

Tid: kl. 08:30-17:00

Plats: Se program

### **Ordförande**

Ann-Marie Johansson (S)

### **Ledamöter**

Bengt Bergqvist (S), 3:e vice ordförande  
Robert Uitto (S)  
Martine Eng (S)  
Jenny Sellsve (S)  
Christer Siwertsson (M), 1:a vice ordförande  
Susanné Wallner (M)  
Jan-Olof Andersson (M)  
Thomas Andersson (C)  
Elin Lemon (C), 2:e vice ordförande  
Anton Nordqvist (MP)  
Jörgen Blom (V)  
Bengt-Åke Arendolf (SD)

### **Ersättare**

Carina Fröberg (S)  
Björn Sahlin (S)  
Linn Berglin (S)  
Kristina Holm (S)  
Niklas Rhodin (S)  
Lise Hjemgaard-Svensson (M)  
Elise Ryder Wikén (M)  
Thomas Gutke (M)  
Eva Hellstrand (C)  
Lennart Ledin (L)  
Lars-Erik Olofsson (KD)  
Elin Hoffner (V)  
Thomas Johansson Nordqvist (SD)

### **Övriga**

1. Program för regionstyrelsen 29 augusti 2017

Beslutsunderlag

- Program för styrelsen 29 augusti 2017

2. Val av justerare och tid för justering

3. Fastställande av föredragningslista (RS/1119/2017)

Ärendebeskrivning

Enligt reglemente för regionstyrelsen har preliminär föredragningslista över de ärenden som avses bli behandlade vid sammanträdet utsänt till ledamöter och ersättare.

Förslag till beslut

Preliminär föredragningslista fastställs som slutlig föredragningslista.

4. Regiondirektörens rapport 2017 (RS/4/2017)

Ärendebeskrivning

- Bemanningsprojektet
- Lägesrapport sommaren
- Uppföljning resultatförbättrande åtgärder
- Regiondirektörens direktiv för verksamhetsplanering 2018

5. Månadsrapport maj och juni 2017 (RS/5/2017)

Ärendebeskrivning

Resultatet per juni 2017 uppgick till -96,4 miljoner kronor. Nettokostnadsökningen till och med juni var 4,2 procent, vilket var samma som utfallet i maj.

Bruttokostnaderna för perioden januari till och med juni 2017 har ökat med 3,4 procent jämfört med samma period föregående år. Kostnadsökningen är något mindre jämfört med utfallet i maj på 3,7 procent. Kostnaden för bemanningsföretag fortsätter att öka och till och med juni var ökningen 14,3 miljoner kronor (18,4 procent) vilket var något högre än föregående månad. Totalt har intäkterna minskat något jämfört med föregående år, men specialdestinerade statsbidrag har ökat. Helårsprognosen är oförändrad sedan maj och uppgår till -170 miljoner kronor.

Ytterligare upplåning har skett från Kommuninvest i mitten av juni med 40 miljoner kronor och då till negativ ränta. Värdepapper har förfallit under juni med 28 miljoner kronor.

Sjukfrånvaron bland Region Jämtland Härjedalens medarbetare fortsätter att minska och uppvisar nu de lägsta värdena sedan år 2010.

#### Förslag till beslut

Månadsrapport per maj och juni 2017 godkänns.

#### Expedieras till

Ekonomidirektör

#### Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse - Månadsrapport juni 2017
- Månadsrapport juni 2017
- Månadsrapport maj 2017

### 6. Redovisning av regionstyrelsens presidiums uppdrag att träffa områdesledningarna för dialog om förbättringar, effektiviseringar och kostnadsminskningar (RS/1802/2017)

#### Ärendebeskrivning

I anslutning till Regionstyrelsens behandling av månadsrapport efter februari beslutade Regionstyrelsen 2017-03-29, § 58: Regionstyrelsens presidium får i uppdrag att tillsammans med regiondirektören under våren träffa områdesledningarna för en dialog om förbättringar, effektiviseringar och kostnadsminskningar.

Regionstyrelsens presidium har träffat följande områdens ledningsgrupper: Akutområdet, Barn unga vuxna, Diagnostik teknik och service, Hud Infektion Medicin, Hjärta Neuro Rehab, Kirurgi/ögon/öron, Kvinna, Ortopeden, Psykiatri, Primärvårdens Närvårdsområde Östersund, Regionstaben och Regionala utvecklingsförvaltningen.

Det är tre områden som inte varit möjliga att träffa – Barnmedicin, Folktandvården och Patientsäkerhet.

Regionstyrelsens presidium redovisar anteckningar från träffarna och sina samlade reflektioner utifrån träffarna.

#### Förslag till beslut

1. Regionstyrelsen har tagit del av rapporten, ställt frågor och fått svar.
2. Regionstyrelsen uppmanar presidiet att tillsammans med den tillträdande regiondirektören diskutera former för fortsatt dialog med verksamheterna.

#### Expedieras till

Regiondirektören

#### Beslutsunderlag

- Förslag till beslut angående uppdrag till regionstyrelsens presidium
- Anteckningar område Akuten

- Anteckningar område BUV
- Anteckningar område HNR
- Anteckningar område Kir-ög-ör
- Anteckningar område Ortopedi
- Anteckningar område Kvinna
- Anteckningar område DTS
- Anteckningar område PVÖstersund
- Anteckningar område HIM
- Anteckningar område psykiatri
- Anteckningar område Regionstab
- Anteckningar område RUF

## 7. Regionstyrelsens uppföljning 2017 av aktiva mål Samhälle - sjukpenningtal hos länets medborgare (RS/16/2017)

### Ärendebeskrivning

Regionfullmäktige har i regionplanen beslutat om ett antal strategiska mål för perioden 2017-2019. I regionstyrelsens verksamhetsplan finns för varje strategiskt mål, två aktiva mål och ett antal framgångsfaktorer i form av utvecklingsområden. De aktiva målen och framgångsfaktorerna är styrelsens prioritering för 2017. De aktiva målen är mätbara och ska följas upp i varje månadsrapport till styrelsen, och som fördjupning två gånger under året. Enligt styrelsens uppföljningsplan ska det aktiva målet under fördjupning Samhälle - sjukpenningtal hos länets medborgare följas upp vid regionstyrelsens sammanträde 29 augusti.

Arbetet med att sänka sjuktalen i länet regleras och följs upp utifrån den långsiktiga utvecklingsplan som regionfullmäktige fastställde under år 2015.

Målet avseende sjukpenningdagar, att till år 2018 minska differensen till riket med en dag jämfört med år 2014, har redan uppnåtts. När arbetet inleddes skiljde det i genomsnitt 3,0 sjukpenningdagar mellan invånarna i Jämtlands län och riket. Efter juni 2017 har skillnaden minskat till 1,0 dag.

### Förslag till beslut

Regionstyrelsens uppföljning 2017 av aktiva mål Samhälle - sjukpenningtal hos länets medborgare godkänns.

### Expedieras till

Processledare sjukskrivningsprocessen

### Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Uppföljning aktiva mål - sjukskrivningstalet
- Rapport Uppföljning av aktiva mål - sjukpenningtal hos länets medborgare
- FK Socialförsäkringsrapport 2017:11 Sjukfrånvaro i Jämtland och Västernorrland



**8. Regionstyrelsens uppföljning 2017 av aktiva mål  
Samhälle -tillgänglighet område barn och unga  
vuxna (RS/15/2017)**

**Ärendebeskrivning**

Regionfullmäktige har i sin regionplan beslutat om ett antal strategiska mål för perioden 2017-2019. I regionstyrelsens verksamhetsplan finns för varje strategiskt mål, två aktiva mål och ett antal framgångsfaktorer i form av utvecklingsområden. De aktiva målen och framgångsfaktorerna är styrelsens prioritering för 2017. De aktiva målen är mätbara och ska följas upp i varje månadsrapport till styrelsen, och som fördjupning två gånger under året. Enligt styrelsens uppföljningsplan ska det aktiva målet under fördjupning Samhälle – tillgänglighet område barn och unga vuxna följas upp vid regionstyrelsens sammanträde 29 augusti.

Målet anger andel barn och unga som får ett första besök inom område barn, unga vuxna, inom 30 dagar.

**Förslag till beslut**

Regionstyrelsens uppföljning 2017 av aktiva mål Samhälle - tillgänglighet område barn och unga vuxna godkänns.

**Expedieras till**

Hälso- och sjukvårdsdirektör  
Områdeschef Barn Unga Vuxna

**Beslutsunderlag**

- Tjänsteskrivelse Uppföljning aktiva mål - tillgänglighet område barn unga vuxna
- Rapport - Uppföljning av aktiva mål - tillgänglighet område barn unga vuxna

**9. Regionstyrelsens uppföljning 2017 av barnens  
rättigheter (RS/1283/2017)**

**Ärendebeskrivning**

Regionstyrelsen har ett övergripande ansvar för att leda och samordna planering och uppföljning av verksamheten. I regionstyrelsens verksamhetsplan och uppföljningsplan för 2017 anges vilka uppföljningsområden som har valts ut för 2017. Enligt den ska regionstyrelsen på sitt möte 29 augusti bland annat följa upp barnens rättigheter. Denna uppföljningsrapport redovisar måluppfyllelsen utifrån regiondirektörens verksamhetsplan.

**Förslag till beslut**

Regionstyrelsens uppföljning 2017 av barnens rättigheter godkänns.

**Beslutsunderlag**

- Tjänsteskrivelse regionstyrelsens uppföljning 2017 av barnens rättigheter
- Bilaga till Regionstyrelsens uppföljning 2017 av barnets rättigheter

**10. Regionstyrelsens uppföljning 2017 av nationella minoriteter (RS/1284/2017)**

**Ärendebeskrivning**

Regionstyrelsen har ett övergripande ansvar för att leda och samordna planering och uppföljning av verksamheten. I regionstyrelsens verksamhetsplan och uppföljningsplan för 2017 anges vilka uppföljningsområden som har valts ut för 2017. Enligt den ska regionstyrelsen på sitt möte 29 augusti bland annat följa upp regionens arbete med nationella minoriteter. Denna uppföljningsrapport redovisar måluppfyllelsen utifrån regionstyrelsens verksamhetsplan.

**Förslag till beslut**

Regionstyrelsens uppföljning 2017 av nationella minoriteter godkänns.

**Beslutsunderlag**

- Tjänsteskrivelse regionstyrelsens uppföljning av nationella minoriteter
- Bilaga till regionstyrelsens uppföljning 2017 nationella minoriteter

**11. Regionstyrelsens uppföljning av våld i nära relationer (RS/1285/2017)**

**Ärendebeskrivning**

Regionstyrelsen har ett övergripande ansvar för att leda och samordna planering och uppföljning av verksamheten. I regionstyrelsens verksamhetsplan och uppföljningsplan för 2017 anges vilka uppföljningsområden som har valts ut för 2017. Enligt den ska regionstyrelsen på sitt möte 29 augusti bland annat följa upp våld i nära relationer.

Denna uppföljningsrapport redovisar det pågående arbetet utifrån regionstyrelsens verksamhetsplan.

**Förslag till beslut**

Regionstyrelsens uppföljning av våld i nära relationer godkänns.

**Expedieras till**

Utvecklingsstrateg

**Beslutsunderlag**

- Tjänsteskrivelse Regionstyrelsens uppföljning 2017 av våld i nära relationer
- Bilaga till regionstyrelsens uppföljning 2017 av våld i nära relation

**12. Regionstyrelsens uppföljning om läkemedel 2017 (RS/1286/2017)**

**Ärendebeskrivning**

Regionstyrelsen har ett övergripande ansvar för att leda och samordna planering och uppföljning av verksamheten. I regionstyrelsens verksamhetsplan och uppföljningsplan för 2017 anges att läkemedel ska följas upp. Denna uppföljningsrapport ger en nulägesbeskrivning av läkemedelsområdet.

Inom läkemedelsområdet sker ständiga förändringar. Verksamheten har behov av nära stöd och tid till läkemedelshanteringen för ökad patientsäkerhet. Läkemedelskostnaderna ökar i hela landet, men under första halvåret 2017 är den procentuella kostnadsökningen högre i Jämtland Härjedalen jämfört med övriga riket.

#### Förslag till beslut

1. Regionstyrelsens uppföljning om läkemedel godkänns.
2. Regiondirektören får i uppdrag att genomföra de åtgärdsförslag som lyfts i rapporten och vid behov återkomma till regionstyrelsen.

#### Expedieras till

Läkemedelsstrategi Område Patientsäkerhet

#### Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Regionstyrelsens uppföljning om läkemedel 2017
- Regionstyrelsens uppföljning 2017 om läkemedel

### 13. Regionstyrelsens uppföljning 2017 om sjukresor (RS/1287/2017)

#### Ärendebeskrivning

Regionstyrelsen har ett övergripande ansvar för att leda och samordna planering och uppföljning av verksamheten. I regionstyrelsens verksamhetsplan och uppföljningsplan för 2017 anges vilka uppföljningsområden som valts ut för 2017. Enligt den ska regionstyrelsen bland annat följa upp sjukresor. Denna uppföljningsrapport ger en nulägesbeskrivning av målet att sänka sjukresokostnaderna som regionstyrelsen tog beslut om i mars 2016. Dessutom redovisas kort åtgärder som vidtas för att nå målet.

#### Förslag till beslut

Regionstyrelsens uppföljning av sjukresor godkänns

#### Expedieras till

Områdeschef diagnostik, teknik och service

#### Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Regionstyrelsens uppföljning 2017 om sjukresor
- Regionstyrelsens uppföljning 2017 om sjukresor

### 14. Revidering av regionstyrelsens verksamhetsplan 2018 (RS/1563/2016)

#### Ärendebeskrivning

Regionfullmäktige beslutade den 20-21 juni 2017, § 94, om ändring av de finansiella målen 2017 i Finansplan 2017-2019. Ändringen föranleder en justering även av regionstyrelsens verksamhetsplan.

Bakgrunden till fullmäktiges beslut var att prognosen för helåret visade på minus 170 miljoner kronor i tertialrapporten per april 2017. Det innebär att de resultatförbättrande åtgärder, som låg till grund för det budgeterade noll-resultatet 2017, inte kommer att hinna få full effekt i år. Samtidigt stiger bl a kostnader för läkemedel och sjukvårdsmateriel betydligt snabbare än landstingsprisindex.

Utifrån regionstyrelsens bedömning om att det efter ytterligare resultatförbättrande åtgärder blir ett prognostiserat underskott på 110 miljoner kronor för helåret 2017 fastställdes följande förändringar i finansplanen:

- Målet ekonomiskt resultat efter finansnetto som procentandel av verksamhetens budgeterade nettokostnader ändrades från noll procent till **minus 2,7 procent**.
- Målet om en nettokostnadsminskning med 2 procent i Finansplan 2017-2019, ändrades till att verksamhetens nettokostnader högst får öka med **1,4 procent** 2017 jämfört med utfallet 2016.

Utifrån den här förändringen förslås målvärdet för det aktiva målet om nettokostnadsförändringen i regionstyrelsen att ändras i enlighet med det nya målet i finansplanen.

#### Förslag till beslut

Regionstyrelsens verksamhetsplan ska revideras enligt följande:

Målvärdet för 2017 gällande det aktiva målet om nettokostnadsförändringen ändras från att vara minus 2 % till att verksamhetens nettokostnader högst får öka med 1,4 %.

#### Expedieras till

Ekonomidirektör och planeringschef

#### Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Revidering av regionstyrelsens verksamhetsplan 2017
- Regionstyrelsens Verksamhetsplan 2017\_reviderad 2

### 15. Analys av regionens ekonomi och styrning (RS/785/2017)

#### Ärendebeskrivning

Regionstyrelsens ordförande kontaktade Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, för samtal om hur en liten region med svag skattekraft ska klara att finansiera sin egen välfärd. SKL föreslog att SKL i ett första steg gör en standardanalys av regionens ekonomi och styrning, utan krav på ersättning. Den grundläggande idén bakom analysen var att arbeta fram en översiktlig analys av nuläget och de framtida ekonomiska förutsättningarna. Denna kan sedan utgöra en plattform för regionens fortsatta utvecklingsarbete. Den kan också tjäna som underlag för fortsatt diskussion av ytterligare stöd av SKL. Resultatet av analysen presenterades i form av en powerpointpresentation dels till regionstyrelsen 2017-06-20 och senare under dagen till regionfullmäktige.

Regionstyrelsen beslutade efter SKLs presentation § 168 att ge regiondirektören i

uppdrag att utifrån den analys som SKL presenterat göra fördjupade analyser tillsammans med SKL och återkomma till regionstyrelsen i augusti och presentera analyserna och förslag till åtgärder med anledning av analyserna.

Regiondirektören har tillsammans med en utsedd analysgrupp inom regionen gjort vissa kompletterande analyser. Tillsammans med representanter från SKL har ett första analysprogram tagits fram för det fortsatta analysarbetet. Det fortsatta arbetet kommer att kunna innebära att ytterligare frågeställningar kommer att behöva analyseras. Summering av höstens analysarbete kommer att ske vid regionstyrelsens möte i december.

### Förslag till beslut

1. Frågeställningarna i regiondirektörens förslag till analysprogram godkänns.
2. Regiondirektören ska löpande redovisa till regionstyrelsen de olika delarna i analysprogrammet.

### Expedieras till

SKL, Lennart Hansson och Roger Mohlin

### Beslutsunderlag

- Förslag till beslut angående analys av regionens ekonomi och styrning
- Analysprogram - Fördjupning utifrån SKLs analys av RJH 2017

## 16. Svar på initiativärende från Thomas Andersson (C) om Fullmäktiges beslut om anmärkning för regionstyrelsen (RS/1292/2017)

### Ärendebeskrivning

Thomas Andersson har i ett initiativärende tagit upp frågan om hur regionstyrelsen formellt ska hantera anmärkningen som regionfullmäktige riktat mot styrelsen för 2016 års verksamhet och styrning.

Enligt 5 kap. 25 a § kommunallagen (KL) ska fullmäktige vid ett sammanträde före utgången av juni månad året efter det år som revisionen avser besluta om ansvarsfrihet ska beviljas eller vägras. Beslutet skall motiveras om det inte är uppenbart obehövt.

Om revisorerna enligt 9 kap. 17 § KL riktat anmärkning mot en nämnd eller en fullmäktigeberedning eller mot enskilda förtroendevalda i sådana organ, ska fullmäktige besluta om anmärkningen även skall framställas från fullmäktiges sida. Beslutet skall motiveras.

Fullmäktige får rikta anmärkning även om revisorerna inte gjort det. Beslutet skall motiveras.

Enligt 5 kap. 25 b § KL får fullmäktige, om ansvarsfrihet vägras, besluta att skadeståndstalan ska väckas. Talan som inte grundas på brott ska väckas inom ett år från det att beslutet om vägrad ansvarsfrihet fattades. Annars är rätten till sådan talan förlorad.

Kommunallagen har inga andra sanktioner föreskrivna än ovan nämnda bestämmelse i 5 kap 25 b § KL samt bestämmelsen i 4 kap 10 § KL om återkallande av uppdraget. Dessa reglerar bara handlingsutrymme vid vägrad ansvarsfrihet. Vid riktad anmärkning finns inga sanktionsmöjligheter.

Enligt 5 kap. 31 § KL gäller att fullmäktige får behandla revisionsberättelsen utan föregående beredning. Fullmäktige ska dock inhämta förklaring över anmärkning som framställts i revisionsberättelsen, och revisorernas uttalande att ansvarsfrihet inte tillstyrks.

Uppdrag i styrelse och nämnder är förtroendemannauppdrag och bygger på förtroende från fullmäktige. Att vägra ansvarsfrihet eller rikta anmärkning mot styrelse, nämnd eller förtroendevald grundar sig på att fullmäktige har någon form av misstroende mot vederbörande.

Genom regionfullmäktiges beslut i april 2017 om att ge regionstyrelsen anmärkning för 2016 års verksamhet har fullmäktige färdigbehandlat frågan om anmärkning. Fullmäktige har inte möjlighet att företa några efterföljande åtgärder eftersom sådana inte finns. Regionstyrelsen och de förtroendevalda har fått komma till tals i ärendet genom sina förklaringar.

Några formella krav på styrelsen att behandla frågan om anmärkning mot styrelsens verksamhet för år 2016 efter det att fullmäktige avgjort frågan finns inte.

Regionstyrelsen tar dock allvarligt på den kritik som revisorerna framför och på den anmärkning som fullmäktige gett för år 2016. Regionstyrelsen har under 2017 ändrat sina arbetssätt. T ex har finansplan och regionstyrelsens egen verksamhetsplan reviderats, budgetdialog genomfördes redan i mars med workshop med områdescheferna, hjälp har hämtats från SKL för att förstärka analysförmågan och regionstyrelsens presidium har själva besökt områdenas ledningsgrupper för att lyssna in situationen och förstärka behovet av snabba och kraftfulla åtgärder.

#### Förslag till beslut

Thomas Anderssons initiativärende är besvarat.

#### Expedieras till

Thomas Andersson (C)

#### Beslutsunderlag

- Förslag till beslut Initiativärende om anmärkning
- Initiativärende från Thomas Andersson (C) om Fullmäktiges beslut om anmärkning för regionstyrelsen

### 17. Uppföljning naturunderstödd rehabilitering - lägesrapport (RS/1126/2016)

#### Ärendebeskrivning

I en motion till regionfullmäktige 2015 föreslog Berit Johansson (C) och Mats Gärd (C) att Grön rehabilitering ska finnas med och erbjudas som rehabiliteringsform och

behandlingsmetod inom Region Jämtland Härjedalen, på liknande sätt som den konventionella rehabiliteringen.

Som svar på motionen beslutade regionfullmäktige i april 2016, §72, att ge regionstyrelsen i uppdrag att utreda evidensen och förutsättningarna för att införa naturunderstödd rehabilitering som rehabiliteringsform och behandlingsmetod och återkomma med ett förslag till november 2016. Den 23 november 2016 fick regionstyrelsen i uppdrag av regionfullmäktige att kontakta Samordningsförbundet i Jämtlands län för att inleda dialogen om ett projekt kring Grön rehabilitering i Jämtlands län.

Samjamt har tackat ja till att samordna arbetet kring att utveckla formerna för Naturunderstödd rehabilitering i Jämtlands län och en arbetsgrupp har bildats för att driva på arbetet. För att få finansiering till projektet söks forskningsmedel tillsammans med Mittuniversitetet.

En lägesrapport med beskrivning av pågående arbete har upprättats och delges regionstyrelsen.

#### Förslag till beslut

Lägesrapport om arbetet med Naturunderstödd rehabilitering i Jämtlands län läggs till handlingarna.

#### Expedieras till

Processledare sjukskrivningsprocessen

#### Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Lägesrapport
- PM naturunderstödd rehabilitering - lägesrapport
- §187 Regionfullmäktige Utredning om förutsättningarna för att införa naturunderstödd rehabilitering som rehabiliteringsform och behandlingsmetod

## 18. Regional kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan (RS/1580/2016)

### Ärendebeskrivning

Regional kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan har genomgått sin årliga revidering. Planen inriktar och styr Region Jämtland Härjedalens kris- och katastrofmedicinska beredskap såväl regionalt som lokalt och är grunden för styrning och samordning av insatser vid både allvarlig händelse och extraordinär händelse. Planen gäller även under höjd beredskap med de anpassningar som ett sådant läge föranleder. Övergripande målsättning är, att minimera de negativa konsekvenserna som en allvarlig eller extraordinär händelse kan medföra för såväl medborgare som region/landsting.

Gjorda ändringar/kompletteringar är:

- Aktuellt ärendenummer på reviderad evakueringsplan för Region Jämtland Härjedalen
- Aktuellt SFS:nr på ny Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)



- Kapitel 4 har fått en ny rubrik ”Ansvarsfördelning” som tydligare beskriver regionens fördelning av den kris- och katastrofmedicinska beredskapen
- Beredskapsplanering kollektivtrafiken (punkt 4.2.3) nytt stycke
- 4.6 Extern samverkan – kompletterats med ”Överenskommelse om samverkan för krishantering i Jämtlands län, före under och efter kris”

#### Förslag till beslut

Regional kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan antas.

#### Expedieras till

Anna-Lena Alfreds, Beredskapschef

#### Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Regional kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan
- Regional kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan

### 19. Införande av remisskrav för smärtbehandling (RS/438/2017)

#### Ärendebeskrivning

När regionfullmäktige år 2015 införde egen vårdbegäran (RS/219/2015) togs krav på läkarremiss bort som gör att patienterna i praktiken själva kan skriva sin remiss för att få vård och behandling inom den öppna vården vart som helst i Sverige. Detta har bland annat medfört att landstingen/regionerna fått minskad kostnadskontroll på vård som länets medborgare tagit del av från vårdgivare i andra delar av landet.

Den 20-21 juni 2017 beslutade regionfullmäktige att ge regionstyrelsen delegation på att fatta beslut om när och för vilka åtgärder läkarremiss återinförs för viss vård och behandling inom öppen specialiserad hälso- och sjukvård. För dessa åtgärder upphör också rätten att utfärda egen vårdbegäran.

För patienter som får smärtbehandling är det idag internt inom regionen i praktiken krav på remiss från läkare. När ett besök görs hos en extern vårdgivare verksam i annat län än där man är folkbokförd och som har avtal med ett landsting/region förutsätts att man följer både vårdlandstinget och hemlandstingets regelverk för remisskrav för att få ersättning för utfört besök.

Det är alltid det medicinska behovet som ska styra men ibland kan hemlandstingen, som bekostar behandlingen, och den som utfärdar behandlingen ha olika uppfattning om det medicinska behovet och vid sådana åkommor kan det vara bra med tydliga remisser.

Då regionen ibland tvingas använda vårdgivare utanför länet för denna tjänst föreslås därför att krav på remiss för smärtbehandling återinförs så att det blir den medicinska bedömningen inom Region Jämtland Härjedalen som gäller. Rätten att utfärda egen vårdbegäran upphör därmed för dessa behandlingar.

#### Förslag till beslut

Krav på remiss från läkare återinförs för smärtbehandling.



Expedieras till  
Beställarchef  
Hälsa- och sjukvårdsdirektör

#### Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Införande av remisskrav för viss vård och behandling
- §74 Regionfullmäktige Införande av möjlighet att ställa remisskrav för viss vård och behandling

## 20. Ansökan till Kammarkollegiet om mindre justering av ändamål avseende Stiftelsen Bröderna Nils och Olof Olssons minnesfond (RS/1019/2017)

#### Ärendebeskrivning

Stiftelsen Bröderna Nils och Olof Olssons minnesfond har som ändamål att ”Disponibel avkastning skall enligt beslut av landstingets utbildnings- och kultur nämnd användas i den lantbruksutbildning som landstinget bedriver för anordnande av särskilda kurser, elevstimulerande åtgärder och fortbildning av personal”.

Landstingsfullmäktige beslutade 2011-06-14--15, § 118 att landstinget, numera region Jämtland Härjedalen, bör bland annat avveckla sin drift av Torstaskolans naturbruksgymnasium. Detta har skett genom att regionen upphörde med intagning av elever till lantbruksutbildning från och med läsåret 2012/2013. Jämtlands Gymnasieförbund (JGY) har övertagit, drivit vidare och kommer att fortsätta driva naturbruksutbildningen vid Torstaskolan. Region Jämtland Härjedalen bedriver numera ingen egen utbildning med lantbruksinriktning. Torstaskolan har, i egenskap av den enda skola i Jämtland som bedriver lantbruksutbildning, varit nästan uteslutande den ende mottagare av stiftelsens utdelningar.

Efter ovan överlåtelse uppfylls inte ändamålet i den mening att avkastningen ska användas i den lantbruksutbildning som landstinget (regionen) bedriver eftersom utbildningen numera bedrivs av Jämtlands Gymnasieförbund. Dessutom saknas numera utbildnings- och kultur nämnd inom Region Jämtland Härjedalen. I övrigt är det samma skola och samma utbildning som bedrivs som innan överlåtelsen men med ny huvudman. Det ursprungliga kärnändamålet förändras alltså inte.

På grund av ovan och för att ändamålet ska uppfyllas till sin helhet bör en ansökan om tillstånd till ändring av stiftelsens förordnande lämnas till kammarkollegiet. Ett förslag till ansökan har upprättats.

Ärendet behandlades av regionstyrelsen den 30-31 maj men återremitterades för att ”klargöra om stiftarnas intention var att stiftelsens ändamål ska vara att disponibel avkastning ska användas till offentligt driven lantbruksutbildning”. Detta har nu klargjorts i förslaget till nytt ändamål.

Det nya ändamålet skulle lyda enligt nedan:

”Disponibel avkastning skall enligt beslut av Region Jämtland Härjedalen användas i

den lantbruksutbildning som bedrivs i Jämtlands län av offentliga huvudmän för anordnande av särskilda kurser, elevstimulerande åtgärder och fortbildning av personal. Med lantbruk menas växtodling och husdjursskötsel för produktion av föda”.

#### Förslag till beslut

1. Ansökan om tillstånd till ändring av ändamålet för stiftelsen Bröderna Nils och Olof Olssons minnesfond lämnas till kammarkollegiet.
2. Stiftelsens ändamål ändras till:  
”Disponibel avkastning skall enligt beslut av Region Jämtland Härjedalen användas i den lantbruksutbildning som bedrivs i Jämtlands län av offentliga huvudmän för anordnande av särskilda kurser, elevstimulerande åtgärder och fortbildning av personal. Med lantbruk menas växtodling och husdjursskötsel för produktion av föda”.

#### Expedieras till

Georgios Bitsakis

#### Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Ansökan till Kammarkollegiet om mindre justering av ändamål avseende Stiftelsen Bröderna Nils och Olof Olssons minnesfond
- Ansökan om permutation NY

## 21. Svar på granskning av ledningssystem inom Region Jämtland Härjedalen (RS/885/2017)

#### Ärendebeskrivning

På uppdrag av regionens revisorer har KPMG genomfört en granskning av Region Jämtland Härjedalens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Granskningen har syftat till att ta reda på om regionstyrelsen har en tillfredsställande styrning och kontroll av att regionens ledningssystem stödjer ett systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med Socialstyrelsens föreskrift 2011:9.

Med anledning av genomförd granskning lämnas i rapporten följande rekommendationer till regionstyrelsen:

- Skapa en samsyn och en tydlighet i organisationen kring tolkningen av vad ett processinriktat arbetssätt innebär och hur detta ska förverkligas i Region Jämtland Härjedalen.
- En viktig del i detta är att definiera vilka processer som behövs för att kunna utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.
- Inför snarast en rutin för att den information som redan finns om processers effektivitet på verksamhetsnivå ska tillgängliggöras och användas i styrningen på regionnivå.
- Utse en person som ansvarig att driva ledningssystemfrågan framåt, en förvaltare av ledningssystemet.
- Säkerställ att regionens dokumenthanteringssystem lever upp till verksamheternas krav på användarvänlighet.

En redovisning av vilka åtgärder som regionstyrelsen vidtar eller avser vidta med

anledning av granskningsresultatet ska lämnas till regionens revisorer senast den 31 augusti 2017. Ett förslag till svar har upprättats inom hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen.

#### Förslag till beslut

1. Upprättat förslag till svar på granskning av ledningssystemet, daterat 2017-08-18, antas.
2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

#### Expedieras till

Utdrag och svar skickas till regionens revisorer  
Regionstabschef  
Utvecklingschef  
Vårdstrateg  
Kvalitetsstrateg

#### Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Svar på granskning av ledningssystemet
- Svar till revisionen angående revisionsrapport om ledningssystem
- Granskning av Ledningssystem inom Region Jämtland Härjedalen
- Revisionsrapport granskning av Ledningssystem inom Region Jämtland Härjedalen

## 22. Svar på remiss av DS 2014:14 Vissa ändringar i läkemedelslagen (RS/997/2017)

#### Ärendebeskrivning

Regeringen har beslutat att möjligheten att bevilja särskilda tillstånd för försäljning av antroposofiska medel ska tas bort ur läkemedelslagen den 1 juli 2018. I denna promemoria lämnas förslag på hur läkemedelslagen ska ändras med anledning av detta, inklusive särskilda övergångsregler. Det föreslås även ändringar i läkemedelslagen som innebär att bestämmelserna angående utbytbarhet även kommer att gälla läkemedel om godkänts centralt inom den Europeiska unionen.

Betänkandet har hanterats av regionjurist inom Samordningskansliet samt strateg inom läkemedel, Område Patientsäkerhet.

Remissvar ska ha inkommit till Socialdepartementet senast den 30 augusti 2017.

#### Förslag till beslut

1. Upprättat förslag till svar på remiss DS 2014:14 Vissa ändringar i läkemedelslagen, antas.
2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

#### Expedieras till

Chef Område Patientsäkerhet  
Läkemedelsstrateg

## Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Svar på remiss Vissa ändringar i läkemedelslagen
- Svar på Remiss av DS 2017:14 Vissa ändringar i läkemedelslagen (RS/997/2017)
- Missiv till Remiss Ds 2017:14 Vissa ändringar i läkemedelslagen
- Betänkande av DS 2017:14 Vissa ändringar i läkemedelslagen

## 23. Svar på remiss Regional grundsyn för totalförvarsplanering i de fyra nordliga länen (RS/1336/2017)

### Ärendebeskrivning

I försvarspolitisk inriktning – Sveriges försvar 2016-2020 anger riksdagen att den säkerhetspolitiska situationen i Europa har försämrats och att det innebär förändrade krav på den svenska totalförvarsförmågan. Den 10 december år 2015 beslutade regeringen om planeringsanvisningar för det civila försvaret och att myndigheter med särskilt ansvar inför och vid höjd beredskap ska återuppta planeringen för sin beredskap inom ramen för civilt försvar. Den 10 juni år 2016 överlämnade Försvarsmakten och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap rapporten Sverige kommer att möta utmaningarna – gemensamma grunder (grundsyn) för en sammanhängande planering för totalförsvaret till Regeringen. Av rapporten framgår att länsstyrelserna, med stöd från Försvarsmaktens militärregioner, senast år 2019 ska ha tagit fram regionala grundsyner för totalförvarsplanering.

Totalförsvarets chefsgrupp i region nord, bestående av landshövdingar, chef för Polisregion Nord och chef för Militärregion Nord beslutade den 8 september år 2016 att sätta samman en arbetsgrupp med uppdraget att till den 14 september år 2017 redovisa ett förslag till regional grundsyn för totalförvarsplanering inom de fyra nordliga länen. Kommuner och landsting ingår inte primärt i planeringen och hade därför ingen representation. Region Jämtland Härjedalen fick och accepterade förfrågan om att representera Region/Landstingen i norr.

Den regionala grundsynens målsättning är att berörda myndigheter, landsting/regioner och kommuner ska:

- Kunna dela information med höga krav på robusthet och sekretess
- Bidra till samlade lägesbilder och lägesanalyser med fokus på hot som riskerar att ge allvarliga regionala konsekvenser
- Ha grundläggande förmåga att tillämpa regelverk för höjd beredskap
- Ha en krigsorganisation som kan leda och samverka under höjd beredskap
- Bereda underlag för väl avvägda beslut om prioriteringar
- Ha grundläggande kunskap om värdlandsstöd för civila och militära resurser
- Påbörja företagsplanering

I dokumentet finns en beskrivning av berörda aktörers roller och ansvar samt en aktivitetsplan för åren 2017-2020. Då Regionen har deltagit i arbetet med framtagandet av den regionala grundsynen är det naturligt att Regionen ser positivt på dokumentets innehåll i stort. Det är en försvårande omständighet att landsting/regioner ännu inte har fått besked angående vilka som är att betrakta som

prioriterade i arbetet med den sammanhängande planeringen för totalförsvaret. Det bidrar till en osäkerhet angående i vilken omfattning landsting/regioner i nuläget ska delta i arbetet med totalförsvarsplanering. Regionen föreslår i remissvaret att det kan förtydligas att dokumentet är en överenskommelse om en aktörsgemensam inriktning och samordning för totalförsvarsarbetet i norra regionen. Det bör också framgå i dokumentet hur det och/eller aktivitetsplanen ska revideras.

Förslag till svar har upprättats inom Krisberedskap, säkerhet och miljö. Svar ska lämnas till Länsstyrelsen i Norrbottens län senast 25 augusti. Då regionstyrelsen har sitt sammanträde 29 augusti har vi begärt om anstånd till dess varför paragrafen bör justeras omedelbart.

### Förslag till beslut

1. Upprättat förslag till svar på remiss om regional grundsyn för totalförsvarsplanering i de fyra nordliga länen, antas.
2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

### Expedieras till

Beredskapschef

### Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Svar på remiss Förslag till regional grundsyn för totalförsvarsplanering i de fyra nordliga länen
- Svar på remiss: Förslag till regional grundsyn för totalförsvarsplanering i de fyra nordliga länen
- Remiss Begäran om yttrande över förslag till regional grundsyn
- Remissutgåva Regional grundsyn för totalförsvarsplanering

## 24. Uppdrag till regionstyrelsens ordförande att besluta om svar på remiss om HPV-vaccination av pojkar (RS/1566/2017)

### Ärendebeskrivning

Region Jämtland Härjedalen har getts möjlighet att lämna synpunkter på Folkhälsomyndighetens beslutsunderlag till regeringen om att erbjuda pojkar vaccination mot humant papillomvirus inom det nationella allmänna vaccinationsprogrammet för barn. Folkhälsomyndigheten har gjort bedömningen att vaccinationen uppfyller smittskyddslagens kriterier.

För att en vaccination ska kunna omfattas av ett nationellt vaccinationsprogram ska

- den enligt smittskyddslagen (SFS 2004:168) effektivt förhindra smittspridning eller minska sjukdomsburden av smittsamma sjukdomar i befolkningen eller vissa grupper av befolkningen,
- vara samhällsekonomiskt kostnadseffektiv, och
- vara hållbar från etiska och humanitära utgångspunkter

Folkhälsomyndigheten bedömer att vaccination av pojkar mot humant papillomvirus (HPV) uppfyller smittskyddslagens tre kriterier för att ingå i ett nationellt allmänt

vaccinationsprogram. Bedömningen har gjorts utifrån de 13 faktorer som beskrivs i smittskyddslagstiftningen och dess förarbeten.

Synpunkterna ska vara Folkhälsomyndigheten tillhanda senast 10 september. För att kunna använda tiden fullt ut föreslås att regionstyrelsens ordförande efter samråd med regionstyrelsens 2:e vice ordförande fattar beslut om remissvaret.

#### Förslag till beslut

Regionstyrelsens ordförande får i uppdrag att ta beslut om svar på remiss om HPV-vaccination av pojkar efter samråd med regionstyrelsens 2:e vice ordförande.

#### Expedieras till

Regionsekreterare

#### Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Uppdrag till regionstyrelsens ordförande att besluta om svar på remiss om HPV-vaccination av pojkar
- Missiv - Remiss från Folkhälsomyndigheten om HPV-vaccination av pojkar
- Remiss - Beslutsunderlag om HPV-vaccination av pojkar i det nationella vaccinationsprogrammet

### **25. Val av representanter från regionstyrelsen för översyn av förfrågningsunderlag Hälsoval 2019 (RS/1044/2017)**

#### Ärendebeskrivning

Vid regionfullmäktiges sammanträde 20-21 juni 2017 fastställdes förfrågningsunderlaget för Hälsoval 2018. Samtidigt gav regionfullmäktige Vårdvalsnämnden i uppdrag att tillsammans med regionstyrelsen se över förfrågningsunderlaget inför 2019 för att undersöka möjligheterna att ytterligare stimulera primärvårdens utveckling som styrande i regionens sjukvårdssystem.

Representanter från vårdvalsnämnden och regionstyrelsen ska därför utses. Från regionstyrelsen ska tre ledamöter utses, två från majoriteten och en från oppositionen.

#### Förslag till beslut

Xx, yy och zz utses som regionstyrelsens representanter för översyn av förfrågningsunderlag Hälsoval 2019.

#### Expedieras till

Vårdvalsnämnden

Beställarchef

#### Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Val av representanter från regionstyrelsen för översyn av förfrågningsunderlag Hälsoval 2019
- §80 Regionfullmäktige Förfrågningsunderlag Hälsoval Region Jämtland Härjedalen 2018

**26. Deltagande vid informationsträff om livsmedelsupphandling och uppföljning den 11 september (RS/1801/2017)**

**Ärendebeskrivning**

Upphandlingsavdelningen och kostenheten har bjudit in regionstyrelsen till en informationsträff om livsmedelsupphandling och uppföljning av livsmedel den 11 september kl. 09.00-12.00.

Regionstyrelsens ordinarie ledamöter, ersättare samt politiska sekreterare bör ha möjlighet att delta på träffen.

**Förslag till beslut**

1. Regionstyrelsens ordinarie ledamöter, ersättare samt politiska sekreterare får möjlighet att delta i informationsträffen om livsmedelsupphandling.
2. Träffen ingår i årsarvodet för ordinarie ledamöter. För ersättare i regionstyrelsen utgår förrättningsarvode samt ersättning för förlorad arbetsförtjänst och resor.

**Expedieras till**

Sekretariatet

**Beslutsunderlag**

- Tjänsteskrivelse Deltagande vid informationsträff om livsmedelsupphandling och uppföljning
- Inbjudan o program - information om livsmedelsupphandling 11 sep

**27. Anmälan av inkomna handlingar till RS 2017-08-29 (RS/3/2017)**

**Ärendebeskrivning**

- Cirkulär 17\_40 SKL. Ny lag om meddelarskydd i vissa enskilda verksamheter, meddelarskyddslagen (2017\_151)
- Regeringsbeslut till Riksförbundet för sexuell upplysning, beviljad ansökan om bidrag avseende Kvinnors hälsa – sexualupplysning på olika språk
- Meddelande från SKLs styrelse om överenskommelse om att stärka arbetet med mänskliga rättigheter
- Förbundsavgift år 2018 till Sveriges Kommuner och Landsting
- Protokoll: FoU-råd 2017-05-04
- Protokoll: Utskottet för ekonomi 2017-05-22 §§33-34
- Protokoll: Utskottet för ekonomi 2017-05-22 §§28-32 §§35-37
- Protokoll: Landstingsbostäder – bolagsstämma 2017-05-17
- Protokoll: Patientnämnden i Jämtlands län 2017-05-19
- Protokoll: Pensionärsrådet 2017-05-23
- Protokoll: Landstingsbostäder 2017-04-06
- Protokoll: Landstingsbostäder 2017-05-09
- Protokoll: Utskottet för infrastruktur 2017-05-09



## Förslag till beslut

Information om regionstyrelsens inkomna handlingar enligt upprättad förteckning noteras till protokollet.

## Beslutsunderlag

- Anmälan av inkomna handlingar till RS 2017-08-29

## 28. Anmälan av delegationsbeslut till regionstyrelsen 2017 (RS/2/2017)

### Ärendebeskrivning

#### 1. Beslut fattade av regiondirektör/ bitr. regiondirektör

- Svar på remiss om ändrade övergångsbestämmelser för den föreslagna lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (prop. 2016/17:106) (RS/704/2017)
- Representanter i styrgrupp för kunskapsnätverk samisk hälsa (RS/2304/2016)
- Evakueringsplan för Region Jämtland Härjedalen (RS/1811/2016)
- Svar på remiss på Socialstyrelsens förslag till intyg för praktisk tjänstgöring för audionomer utbildade utanför EU och EES (RS/1248/2017)
- Svar på remiss: Promemorian Specialpedagogisk kompetens i fråga om neuropsykiatriska svårigheter (RS/757/2017)
- Avgiftshandbok (RS/610/2016)

#### 2. Beslut fattade av ordförande/vice ordförande/ 2:e vice ordförande

- Svar på remiss av SOU 2017:15 Kvalitet och säkerhet på apoteksmarknaden (RS/882/2017)
- Svar på remiss av delbetänkandet digitalforvaltning.nu (SOU 2017:23) (RS/728/2017)
- Svar på remiss: Översyn och uppdatering av den nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (RS/578/2017)
- Svar på remiss: Karensavdrag – en mer rättvis självrisk (Ds 2017:18) (RS/1197/2017)

#### 3. Beslut fattade av regionstabschef

- Projekt – Anpassning dataskyddsförordningen (RS/1511/2017)

#### 4. Beslut fattade av ekonomidirektör

- Lån från Kommuninvest i Sverige AB (RS/578/2017)

#### 5. Beslut fattade av ekonomistrateg

- Ansökan om bidrag ur Per Sundells fond (RS/1293/2017)

#### 6. Beslut fattade av områdeschef

- Löneöversynsförhandlingar, område Folktandvård (RS/681/2017)

#### 7. Beslut fattade av chefer

- Anställningsbeslut för perioden 2017-05-19 – 2017-08-17 (RS/602/2017)



### Förslag till beslut

Information om delegationsbeslut enligt upprättad förteckning noteras till protokollet.

### Beslutsunderlag

- Anmälan av delegationsbeslut RS 29 augusti

## 29. TILL FULLMÄKTIGE

## 30. Översyn av policy för ungdomsdemokrati i Jämtlands län (RS/1077/2017)

### Ärendebeskrivning

Region Jämtland Härjedalens verksamheter styrs av olika styrdokument såsom policyer, strategier och planer. En policy är ett styrdokument som anger Region Jämtland Härjedalens värdering i en fråga eller förhållningssätt till något.

Regionfullmäktiges presidium har ansvar för att se till att beslutade policys hålls aktuella. I en översyn som presidiet har gjort över regionens policyer konstaterades att ett antal policyer borde kunna tas bort. En av de policyerna är policy för ungdomsdemokrati för Jämtlands län som fastställdes av landstingsfullmäktige den 26—27 juni 2007, § 115.

I policyn för ungdomsdemokrati framgår hur kommunerna och dåvarande Jämtlands läns landsting formulerar sin inriktning om hur ungdomar i länet ska kunna få större inflytande och större kunskap och erfarenhet av det svenska demokratiska systemet. Policyn är styrande för ansvariga inom kommunerna och landstinget för hur man ska arbeta med både att skapa möjlighet till mer inflytande och lära ut vad demokrati är.

Den 6 oktober 2014, § 120 antog dåvarande regionstyrelsen vid Regionförbundet en ungdomsstrategi för Region Jämtland Härjedalen i vilken följer den regionala utvecklingsstrategin och slår fast vilka ungdomspolitiska områden som lokalt ska prioriteras för att skapa en långsiktig och hållbar utveckling i Jämtland Härjedalen.

Av detta följer att policyn för ungdomsdemokrati är inaktuell och kan tas bort.

### Förslag till beslut

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Policy för ungdomsdemokrati i Jämtlands län tas bort.

### Expedieras till

Enhetschef Sekretariatet

### Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse om policy för ungdomsdemokrati i Jämtlands län

**31. Kostnadsfri vaccinering mot Hepatit-B för barn  
(RS/1734/2017)**

**Ärendebeskrivning**

De nationella vaccinationsprogrammen i Sverige delas in i allmänna vaccinationsprogram för hela befolkningen och särskilda vaccinationsprogram för riskgrupper. Regeringen fattar beslut om vilka sjukdomar som ska omfattas av nationella vaccinationsprogram, medan landsting och kommuner ansvarar för att kostnadsfritt erbjuda målgrupperna de vaccinationer som ingår i programmen.

Genom det allmänna vaccinationsprogrammet för barn erbjuds barn skydd mot tio sjukdomar; difteri, stelkramp, kikhosta, polio, haemophilus influenzae typ b (Hib), pneumokocker, mässling, påssjuka, röda hund och humant papillomvirus (endast flickor).

Samtliga barn upp till 18 års ålder som inte har vaccinerats enligt föreskrifterna om vaccination av barn ska erbjudas kompletterande vaccination av barnhälsovården eller elevhälsan beroende på barnets ålder mot sjukdomar som ingår i det allmänna programmet. Vaccinationer ska erbjudas även till asylsökande barn och barn som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

Utöver de nationella vaccinationsprogrammen kan Folkhälsomyndigheten ge ut rekommendationer om vaccinationer. Dessa rekommendationer är inte bindande, utan landsting och regioner beslutar om implementeringen av rekommendationerna. De har också ansvar för att erbjuda vaccinationer till riskgrupper. Folkhälsomyndigheten rekommenderar att alla spädbarn erbjuds vaccination mot hepatit B. Vaccination mot hepatit B rekommenderas även till barn med ökad risk att utsättas för smitta, tex barn från riskländer, eller med föräldrar från riskländer.

Sedan 2014 ligger ett förslag från Socialstyrelsen om införande av hepatit B i barnvaccinationsprogrammet för regeringsbeslut, men ännu har inget beslut tagits.

Barnhälsovården i Region Jämtland Härjedalen erbjuder sedan 2010 alla barn komplettering med vaccin mot hepatit B till självkostnadspris inom ramen för barnvaccinationsprogrammet.

Sedan början av 2016 har Region Jämtland Härjedalen på grund av nationell vaccinbrist erbjudit det dyrare så kallade sexvalenta vaccinet inom barnvaccinationsprogrammet. Detta vaccin innehåller förutom vaccin mot difteri, stelkramp, kikhosta, polio, Haemophilus influenzae typ b även vaccin mot hepatit B. Merkostnaden på ca 300 000 kronor finansierades 2016 inom Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningens budget.

Region Jämtland Härjedalen vill även i fortsättningen följa Folkhälsomyndighetens rekommendation att alla spädbarn erbjuds vaccination mot hepatit B genom att som standard kostnadsfritt erbjuda sexvalent vaccin inom barnvaccinationsprogrammet.

Ovanstående erbjudande bör även gälla för nyvaccination av äldre barn, 12 mån-6 år

(till de börjar i förskoleklass) som av någon anledning valt att skjuta på vaccination, eller av annan anledning är ovaccinerade enligt barnvaccinationsprogrammet.

Sedan tidigare har barn från riskländer, eller med föräldrar från riskländer, d.v.s. länder med endemisk smitta, erhållit vaccination mot hepatit B enligt nationella vaccinationsprogrammet. Dessa barn och unga erbjuds kostnadsfritt vaccination från födseln och kostnadsfri komplettering i åldrarna 0-18 år.

Enligt beslut i Vårdvalsnämnden 2016-10-13 § 46 om omdisponering av medel (VVN/9/2016) finns medel redan avsatta som ska täcka merkostnaderna för införande av kostnadsfri vaccinering mot hepatit-B för barn.

### Förslag till beslut

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

1. Region Jämtland Härjedalen ska följa Folkhälsomyndighetens rekommendationer gällande vaccination mot Hepatit B för barn i åldern 0-6 år samt till barn i riskgrupper i åldern 0-18 år enligt ovanstående förslag. Vaccinationerna ska erbjudas kostnadsfritt.
2. Merkostnaden finansieras genom redan avsatta medel i Vårdvalsnämndens budget.

### Expedieras till

Chef Hälso- och sjukvårdspolitiska avd  
Hälso- och sjukvårdsdirektör  
Chef Område Patientsäkerhet

### Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Kostnadsfri vaccinering mot Hepatit-B för barn i åldern 0-6 år
- §46 Vårdvalsnämnden Omdisponering av budget för privata vårdgivare 2017

## 32. Investering MR-kamera (RS/1806/2017)

### Ärendebeskrivning

Området Diagnostik Teknik Service, DTS, signalerar att investeringen i den tredje MR-kameran som just nu pågår beräknas bli 5 mkr dyrare än beviljad investeringsram om 17,8 mkr  
Godkänd investeringsram 2016 4,3 mkr  
Godkänd investeringsram 2017 13,5 mkr  
Totalt beviljad ram 17,8 mkr

Orsak till fördyringen uppges vara att det har gått lång tid mellan prisbedömning och upphandling av kameran samt den heta byggmarknaden i Östersund och länet vilket resulterat till högre priser för ombyggnationen. DTS vill undersöka möjligheten att finansiera merkostnaden inom ramen för den akuta potten eller potten för oförutsedda.

Under 2017 hanteras den stora efterfrågan på MR-undersökningar genom att anlita

en MR-buss för att köerna inte ska öka till en kostnad på ca 800 000 kronor hittills.

Investeringsrådet har behandlat ärendet 2017-07-17 och föreslår följande omdisponeringar inom den totala investeringsbudgeten som fullmäktige beslutat om :

DTS tillåts gå vidare med investeringen i en tredje MR-kamera trots fördyringen.

Investeringen kan inte i sin helhet finansieras genom årets akuta pott eller årets pott för oförutsedda. Det skulle i så fall innebära att dessa potter blir helt förbrukade.

Istället föreslås att DTS får finansiera investeringen och fördyringarna genom:

- a) nyttja det överskott, 1 800 000 kr, som hittills uppkommit från årets beslutade och avslutade investeringar över 250 000 kr
- b) ca: 400 000 kr, besparing som DTS prognostiserar göra i beviljad investering av säckbanan som ska bytas i städcentralen.
- c) 1 500 000, beviljad investering i lastbil verkställs inte – förnyad behovsprövning 2018 eller 2019.
- d) 400 000 kr finansieras inom DTS egna investeringspott för investeringar under 250 000 kr eller omprioritering mellan DTS övriga under året beviljade investeringar
- e) 900 000 kr tas från den akuta potten år 2017

Det bör prövas om regionfullmäktige skulle ge regionstyrelsen möjlighet att fatta denna typ av beslut som innebär förändringar mellan investeringsobjekt utan att totala investeringsbeloppet förändras. Detta för att snabbare kunna verkställa investeringarna under budgetåret.

### Förslag till beslut

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

1. Investering i MR-kameran godkänns.
2. Finansiering sker i enlighet med investeringsrådets förslag ovan.
3. När reglementen och regelverk ses över med anledning av nya kommunallagen senare i höst bör frågan om delegering från regionfullmäktige till regionstyrelsen prövas gällande omdisponering mellan objekt inom investeringsbudgetens totalram.

### Expedieras till

Ekonomidirektör, Lisa Wallin/Ekonomi- och personalavdelningen, Örjan Strömqvist (DTS), Investeringsrådet

### Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Investering MR-kamera/DTS
- Underlag 170821 Magnetkamera 3

## 33. Svar på medborgarförslag från Dan Ånnegård om införande av bedömningsambil (RS/1372/2017)

## Ärendebeskrivning

Dan Ånngård har lämnat in ett medborgarförslag om införande av en bedömningsambil. Förslaget innebär att en eller två bedömningsambilar placeras i länet. Som motivering nämns bland annat att bedömningsbilen redan på hämtplats kunna göra en medicinsk bedömning och hänvisa patienten till rätt vårdnivå, avlasta akutmottagningen, frigöra ambulansresurser för akuta behov samt minska transporter till sjukhuset.

För närvarande pågår ett projekt kring resurserna utanför Östersunds sjukhus, där primärvården och ambulanssjukvård ingår. Utifrån närhet till patienten och patientens behov ska projektet resultera i förslag till ny uppdragsbeskrivning och organisation av prehospital vård. Projektet är tänkt att pågå till och med den 31 december 2018 och beskrivs nedan.

Region Jämtland Härjedalen arbetar utifrån ett övergripande syfte att primärvården ska få en utökad roll i och med att en större andel av sjukvården ska bedrivas närmare patienten. För att ytterligare utveckla detta ska projektet identifiera hur en framtida prehospital organisation genom samlade resurser ska öka tillgängligheten för patienten och ge bästa möjliga vård i patientens närhet. Såväl primärvården som ambulanssjukvården spelar en nyckelroll då de har ett övergripande uppdrag att utifrån patienternas tillstånd identifiera rätt vårdnivå och besluta om fortsatt egenvård, behandling i hemmet eller hänvisa till annan vårdnivå. Rekommendation om fortsatt egenvård, behandling i hemmet eller hänvisning till annan vårdnivå skulle kunna realiseras i högre utsträckning och med högre grad av patientsäkerhet med stöd av ett mer utvecklat och digitaliserat läkarstöd och standardiserade vårdkedjor.

Projektet ska:

- Utreda resursbehov och dimensionering framåt gällande;
  - Primär- och sekundärtransporter till vårdinrättning
  - Geografisk placering av huvudresurser
  - Säsongsvariationer
  - Prehospital kompetens
- Utreda möjlighet till ökat antal standardiserade vårdkedjor in i specialiserad vård.
- Utreda möjlighet till ökad digitalisering som hjälp i den prehospitala bedömningen.
- Utreda möjlighet till att ambulanssjukvården kan utgöra en resurs i det preventiva folkhälsoarbetet samtidigt som hög beredskap upprätthålls.
- Utreda ökat prehospitalt samarbete mellan ambulanssjukvård och primärvård.

Inom projektet ska bland annat verksamhetsdata såsom antal uppdrag, framkörningstider, vänteperioder för patienter, nyttjandegrad av ambulans med mera tas fram liksom en omvärldsanalys (inkl. hur andra landsting/regioner har organiserats med bedömningsbilar, first responder, "lättambulans och liknande).

Det medborgarförslaget föreslår ingår således i den utredning/översyn som pågår inom projektet. Projektet kommer att delredovisas löpande och en slutredovisning

kommer att ske i samband med projektavslut den 31 december 2018.  
Medborgarförslaget överlämnas till prehospitala projektet för kännedom.

### Förslag till beslut

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Medborgarförslaget anses besvarat.

### Expedieras till

Dan Ånnegård

Projektledare prehospitala projektet

### Beslutsunderlag

- Svar på medborgarförslag från Dan Ånnegård om införande av bedömningsambil
- Medborgarförslag från Dag Ånnegård om införande av bedömningsambil

## **34. Svar på motion från Eva Hellstrand (C) om vår väg mot en fossilfri framtid – om fossilfri bilpark (RS/328/2017)**

### Ärendebeskrivning

Eva Hellstrand (C) föreslår i en motion att regionfullmäktige ska besluta att Region Jämtland Härjedalens bilpark ska vara fossilfri senast 2022 samt att en plan för att stegvis uppnå detta utarbetas.

I dagsläget finns tre olika avtal på leasingbilar för Region Jämtland Härjedalen.

- Tvåhjulsdrivna personbilar
- Fyrhjulsdrivna personbilar och
- elbilar och laddhybridbilar (avtal maj 2017)

Alla tre avtalen har samordnats så att de förfaller 28 februari 2018. Avtalen har samordnat förfalldatum för att skapa möjligheter till att under 2017 göra en översyn över vilken fordonspark som regionen bör ha som leasingfordon kommande år. I översynen ska faktorer som vilket antal fordon det finns behov av, hur fordonen används, möjligheter att ställa om till eldrift/biobränslen med flera aspekter utredas. Målet med översynen är att på ett kostnadseffektivt sätt minska klimatpåverkan från våra leasingfordon. Det är dock svårt att bedöma när hela bilparken kan vara fossilfri innan översynen är gjord.

En stor utmaning för en övergång till fossilfria fordon är bränsleinfrastrukturen i länet. Det har funnits planer på att sätta upp laddstolpar vid regionens verksamheter i länet och vi beviljades även medel från ”Klimatklivet” (Naturvårdsverket) för 40 % av kostnaden, men vår egen medfinansiering är tyvärr inte löst.

Det finns i dagsläget inga beslut eller riktlinjer utifrån klimatpåverkan på vilka bilar som ska upphandlas eller avropas annat än det långsiktiga målet i Långsiktig utvecklingsplan, område Miljö om att ”Vid inköp och hyra av fordon ska fordon med minsta möjliga miljöpåverkan prioriteras”. Det är därför både befogat och önskvärt att en översyn görs så att en plan och eventuella riktlinjer kan fastställas för att

minska Region Jämtland Härjedalens klimatpåverkan från leasingfordon.

Med anledning av ovanstående föreslås att motionen anses besvarad. En översyn ska genomföras under 2017 och ska leda fram till att en plan för att minska klimatpåverkan från leasingfordon kan fastställas av regionstyrelsen.

### Förslag till beslut

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

1. Motionen anses besvarad.
2. Regionstyrelsen får i uppdrag att följa upp resultatet av översynen och fastställa en plan för minskad klimatpåverkan av fordonsparken.

### Expedieras till

Områdeschef DTS Örjan Strömquist

Enhetschef Flemming Patz

Upphandlare Odd Åkerlind

Miljöstrateg Åsa Paletun

### Beslutsunderlag

- Svar på motion från Eva Hellstrand (C) "på väg mot en fossilfri framtid" om fossilfri bilpark
- Motion från Eva Hellstrand (C) gällande vår väg till en fossilfri framtid

## **35. Svar på motion från Thomas Hägg (S) gällande klimatpremie till anställda i Region JH som åker kollektivt till sitt arbete alternativt går eller cyklar (RS/342/2017)**

### Ärendebeskrivning

Thomas Hägg (S) har lämnat in en motion med förslag om att Region Jämtland Härjedalen inför en klimatpremie till samtliga anställda som åker med kollektivtrafiken (buss eller tåg), alternativt går eller cyklar minst 60 % av sina arbetsdagar per år. Premien utbetalas förslagsvis i efterskott efter det årliga lönesamtalet.

Region Jämtland Härjedalen har beslutat att gå med i Climate and Economic Research in Organizations (CERO) som är ett koncept utvecklat för att hjälpa organisationer att hitta ekonomiskt hållbara strategier för att uppnå klimatmål för resor. Medarbetarnas resebeteende och acceptans för alternativa åtgärder analyseras och modelleras explicit för att nå maximalt stöd i organisationen. I korthet innebär CERO en grundlig analys av organisationens klimatmål i termer av både kostnader, klimatpåverkan och resmönster. Bland annat kartläggs hur anställda reser i tjänst samt till och från arbetet, vilka fordon organisationen äger och hur de används. Därefter jämförs nuläget med de uppställda målen och kostnads- och klimatoptimala åtgärder identifieras. Sist men inte minst konstrueras ett system som medger regelbunden uppföljning ner på enhetsnivå.

I den CERO-analys som gjordes vid Region Jämtland Härjedalen i början av året granskades både tjänsteresor och arbetspendling. Där konstaterades att



medarbetarnas arbetspendling har en väldigt stor klimatpåverkan. Av resultatet i enkäten som skickades både till medarbete och förtroendevalda kan man också utläsa att de flesta är positiva till att Region Jämtland Härjedalen arbetar för att minska klimatpåverkan från arbetspendling. Det är därför angeläget att hitta bra åtgärder för att främja klimatsmartare alternativ även för dessa resor.

Den 12 april genomfördes en workshop där tjänstemän utifrån analysen med CERO-metoden, tog fram ett antal åtgärder för att minska klimatpåverkan från såväl tjänsteresor som arbetspendling. Bland det som Region Jämtland Härjedalen ska fokusera på är hur man som arbetsgivare kan stimulera fler att gå, cykla, samåka eller åka kollektivt till arbetet. Exempel på områden som ska utredas är möjligheten att underlätta en mer flexibla arbetsformer, subventionera månadskort till lokal- och länstrafik samt se över antalet parkeringsplatser och rådande parkeringsavgifter. Ett ytterligare sätt att uppmuntra till ett klimatsmart resande till och från arbetet är att ge anställda möjlighet att teckna en förmånscykel. Skatteverket har under 2015 klargjort vilka regler som gäller när arbetsgivaren tillhandahåller cyklar som kan användas privat samt i tjänsten och ett flertal regioner och kommuner har redan infört detta.

Sammanlagt har 12 uppdrag/utredningar rörande arbetspendling utkristalliserats vid CERO-arbetet. Uppdragen har lämnats till ansvarig utredare och en första uppföljning av uppdragen genomfördes den 13 juni.

Införandet av en miljöpremie som motionären föreslår är inget som ursprungligen ingick i uppdragen knutna till CERO men bör utredas vidare som en del av de uppdrag som rör arbetspendling.

### Förslag till beslut

Regionstyrelsen förslår regionfullmäktige

Motionen bifalls i det hänseende att förslaget tas med i det fortsatta utredningsarbetet inom CERO.

### Beslutsunderlag

- Svar på Motion från Thomas Hägg (S) gällande klimatpremie till anställda i Region J/H som åker kollektivt till sitt arbete alternativt går eller cyklar
- Motion från Thomas Hägg (S) gällande klimatpremie till anställda i Region J/H som åker kollektivt till sitt arbete alternativt går eller cyklar

## 36. Svar på motion från Lennart Ledin (L) och Mats El Kott (L) gällande landstingets indelning i valkretsar (RS/350/2017)

### Ärendebeskrivning

Lennart Ledin och Mats El Kott, båda (L) har i en motion föreslagit att landstinget i kommande val ska bestå av en valkrets. I andra hand föreslår de att landstinget delas in i två valkretsar, Östersunds kommun respektive länets övriga kommuner. Som grund anför de att vallagen nu har som huvudregel att landsting består av en valkrets. Med en valkrets får man lika värde på rösterna. Om det inte går bör valkretsarna bestå av ungefär lika många röstberättigade för att få största möjliga rättvisa för värdet på rösterna.



Enligt vallagen är landsting vid val till landstingsfullmäktige en enda valkrets om inte fullmäktige beslutar att dela in landstinget i två eller flera valkretsar. Beredningen för översyn av den politiska organisationen för mandatperioden 2019 - 2022 har beslutat att inte lägga fram förslag till fullmäktige om indelning av landstinget i flera valkretsar. Med hänsyn till detta kommer landstinget vid kommande val till landstingsfullmäktige att bestå av en valkrets.

Beredningen för översyn av den politiska organisationen för mandatperioden 2019 - 2022 behandlade ärendet 2017-06-15, § 10 och föreslår regionfullmäktige att motionen ska anses besvarad.

#### Förslag till beslut

Regionstyrelsen tillstyrker beredningens förslag.

#### Expedieras till

Regionfullmäktige

#### Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Svar på motion från Lennart Ledin (L) och Mats El Kott (L) om landstingets indelning i valkretsar
- §10 Beredning översyn politisk organisation Motion från Lennart Ledin (L) och Mats El Kott (L) gällande Landstingets indelning i valkretsar
- Motion från Lennart Ledin (L) och Mats El Kott (L) gällande Landstingets indelning i valkretsar

### 37. Informationer

#### Ärendebeskrivning

- Redovisning från konferenser, utskott mm



1

Program för regionstyrelsen 29 augusti  
2017

Samordningskansliet  
Charlotte Funseth  
Tfn: 063-14 75 51  
E-post: [charlotte.funseth@regionjh.se](mailto:charlotte.funseth@regionjh.se)

2017-08-22

## Program för styrelsen 29 augusti 2017

**Tid: Tisdag 29 augusti 08.30 – 14.00 Hörsalen - Öppet sammanträde**  
**14.00 – 17.00 Styrelserummet**

Tisdag den 29 augusti

- |       |  |  |
|-------|--|--|
| 08.30 | Regiondirektörens rapport<br>- Bemanningsprojektet<br>- Lägesrapport sommaren<br>- Resultatförbättrande åtgärder<br>- Regiondirektörens direktiv för verksamhetsplanering 2018 | Ingela Jönsson<br>Camilla Simonsson<br>Lisbet Gibson<br>Ingela Jönsson |
| 09.30 | Paus   |  |
| 10.00 | Månadsrapport maj och juni   | Ekonomidirektör  |
| 10.20 | Analys av regionens ekonomi och styrning   | Ingela Jönsson   |
| 10.40 | Uppföljning Barnens rättigheter<br>Uppföljning Nationella minoriteter<br>Uppföljning Våld i nära relationer  | Sofia Kling  |
| 11.10 | Svar på remiss Regional grundsyn för totalförsvarsplaneringen i de fyra nordliga länen   | Anna-Lena Alfreds  |
| 11.30 | Uppföljning aktiva mål Samhälle –<br>Sjukpenningtal hos länets medborgare<br>Tillgänglighet område barn unga vuxna   | Camilla Simonsson<br>Mikael Lec-Alsén                                  |
| 12.00 | Lunch  |  |
| 13.00 | Uppföljning Sjukresor  | Örjan Strömqvist   |
| 13.20 | Uppföljning Läkemedel  | Karin Lindgren   |
| 13.40 | Svar på granskning av ledningssystemet   | Mikael Ferm<br>Anna-Kerstin  |

Lejonklou

-----

### **Styrelserummet**

14.00 Redovisning från träff med områdesledningarna  
presidium

Styrelsens

14.20 Redovisning från konferenser, utskott mm  
- Redovisning från ZÖ-gruppens möte 25 augusti

14.30 Partigrupper

15.00 Beslutsärenden

17.00 Slut

### **Offentligt sammanträde**

Dagens information till regionstyrelsen den 29 augusti 08.30-14.00 2017 är offentlig. Allmänheten, media, fullmäktigeledamöter och medarbetare är välkomna att lyssna på föredragningar i frågor där regionstyrelsens fattar beslut eller där beslut går vidare till regionfullmäktige. Föredragningarna sker i Hörsalen på Östersunds sjukhus.

Medias frågor till politiker eller tjänstemän hänvisas till pauser eller efter mötets slut.



5

Månadsrapport maj och juni 2017

RS/5/2017

2017-08-07

Ekonomi- och personalavdelningen  
Jennie Eriksson  
Tfn:  
E-post: jennie.a.eriksson@regionjh.se

RS/5/2017

## **Månadsrapport maj och juni 2017**

### **Ärendebeskrivning**

Resultatet per juni 2017 uppgick till -96,4 miljoner kronor. Nettokostnadsökningen till och med juni var 4,2 procent, vilket var samma som utfallet i maj.

Bruttokostnaderna för perioden januari till och med juni 2017 har ökat med 3,4 procent jämfört med samma period föregående år. Kostnadsökningen är något mindre jämfört med utfallet i maj på 3,7 procent. Kostnaden för bemanningsföretag fortsätter att öka och till och med juni var ökningen 14,3 miljoner kronor (18,4 procent) vilket var något högre än föregående månad. Totalt har intäkterna minskat något jämfört med föregående år, men specialdestinerade statsbidrag har ökat. Helårsprognosen är oförändrad sedan maj och uppgår till -170 miljoner kronor.

Ytterligare upplåning har skett från Kommuninvest i mitten av juni med 40 miljoner kronor och då till negativ ränta. Värdepapper har förfallit under juni med 28 miljoner kronor.

Sjukfrånvaron bland Region Jämtland Härjedalens medarbetare fortsätter att minska och uppvisar nu de lägsta värdena sedan år 2010.

### **Regiondirektörens förslag**

Månadsrapport per maj och juni 2017 godkänns.

I tjänsten

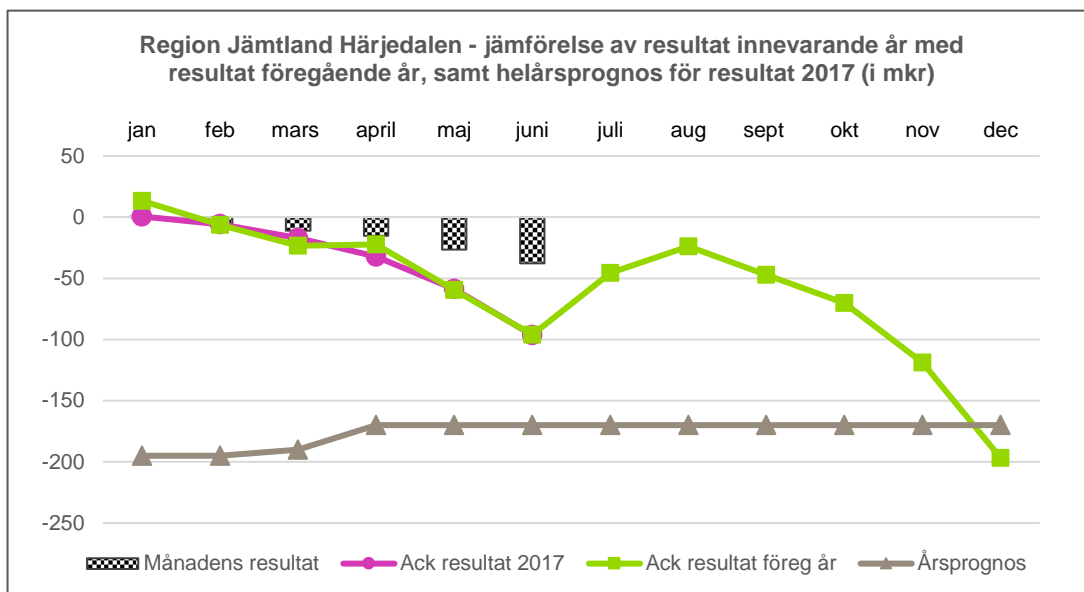
Ingela Jönsson  
Tf Regiondirektör

### **Utdrag till**

Ekonomidirektör

# Månadsrapport juni 2017

## Region Jämtland Härjedalen



## Sammanfattning

### Ekonomi

Det ackumulerade resultatet efter juni månad uppgick till -96,4 miljoner kronor. Nettokostnadsutvecklingen uppgick till 4,2 procent, ingen förändring sedan föregående månad. De största kostnadsökningarna förutom personal avser bemanningsföretag och läkemedel.

Intäkterna har minskat marginellt jämfört med föregående år.

Helårsprognosen ligger kvar oförändrad och uppgår till -170 miljoner kronor.

### Personal

Antalet årsarbetare fortsätter att öka.

Kostnaden för inhyrda sjuksköterskor har ökat med 14,6 miljoner kronor jämfört med samma period föregående år. Kostnaderna för inhyrda läkare har minskat med 1 miljon kronor.

Sjukfrånvaron bland Region Jämtland Härjedalens medarbetare fortsätter att minska och uppvisar nu de lägsta värdena sedan år 2010.

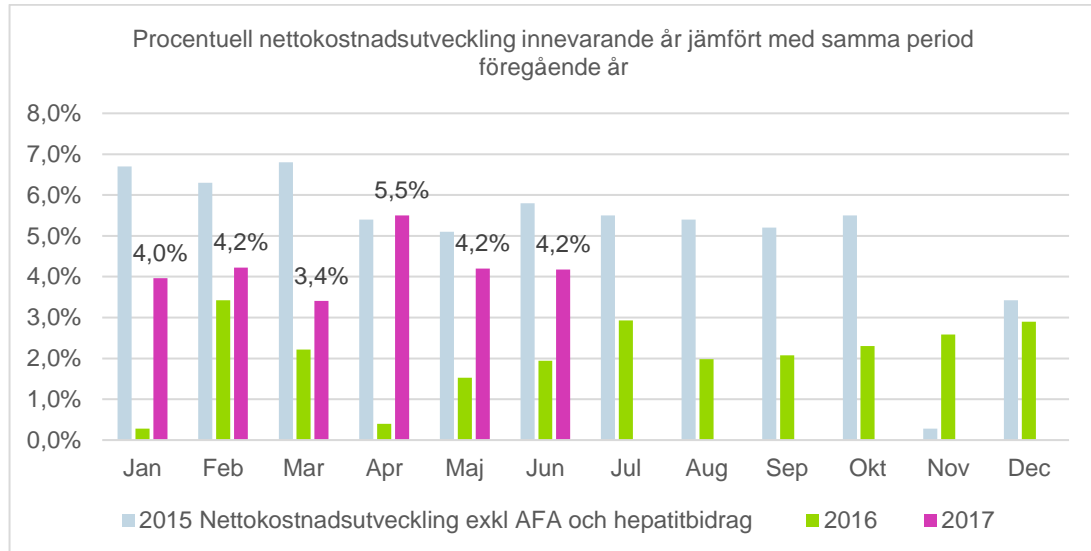
### Verksamhet

Målen för tillgänglighet till vård nås fortsatt inte.

Sjukpenningdagarna har minskat med 0,8 dagar under året och målet är därmed uppnått.

**Ingela Jönsson**  
 Tf Regiondirektör

## Utvecklingen av regionens ekonomi januari-juni 2017



Rapporten för juni månad är en av de förenklade månadsrapporter som enligt tidplanen för 2017 ska lämnas för mars, juni, september och november. Rapporten utarbetas i regionstaben och baseras inte på inlämnade rapporter från områdena. Fokus ligger på regionens ekonomi och faktorer som påverkar ekonomin.

Region Jämtland Härjedalens ackumulerade resultat uppgick till -96,4 miljoner kronor till och med juni 2017, vilket är i paritet med föregående års resultat, som då uppgick till -96,2 miljoner kronor. För juni månad var resultatet -37,7 miljoner kronor.

Nettokostnadsutvecklingen till och med juni 2017 är fortsatt på samma nivå som föregående månad och uppgick till 4,2 procent. Nettokostnadsutvecklingen är betydligt högre än föregående år men fortsatt lägre än 2015.

Prognosen ligger kvar oförändrad på -170 miljoner kronor.

### Verksamhetens bruttokostnader

Verksamhetens bruttokostnader fördelade sig enligt följande tabell:

Jämförelse perioden jan-juni (miljoner kronor)	2016	2017	Förändring	i %
<b>Bruttokostnader totalt</b>	<b>2 346,0</b>	<b>2 426,9</b>	<b>80,9</b>	<b>3,4 %</b>
Varav personalkostn exkl pensioner	1 079,1	1 119,9	40,8	3,8 %
Varav riks- och regionvård	176,5	163,6	-12,9	-7,3%
Varav läkemedel	199,8	207,6	7,7	3,9 %
Varav sjukresor taxi	18,9	19,9	1,0	5,2 %
Varav bemanningsföretag	77,4	91,6	14,3	18,4%

Bruttokostnaderna för perioden januari till och med juni har ökat med 3,4 procent, motsvarande 80,9 miljoner kronor jämfört med samma period 2016. Även om bruttokostnaderna fortsätter att öka jämfört med föregående år så sker inte ökningen i lika



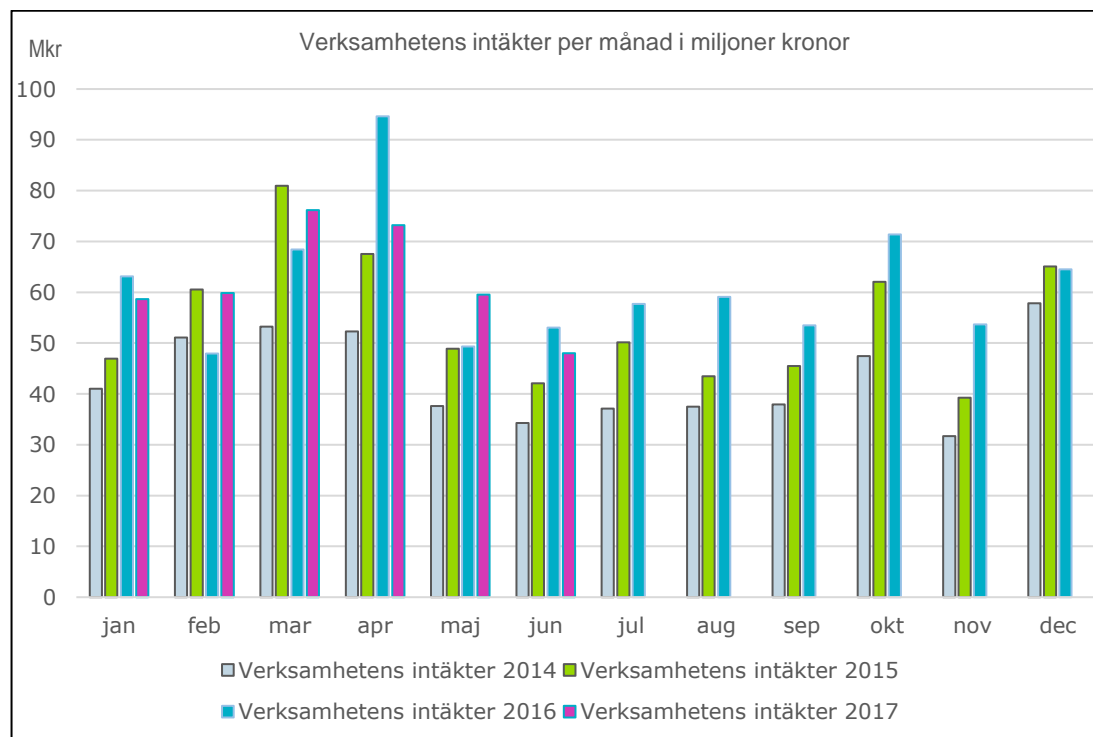
hög takt som de första månaderna under 2017 och är lägre än förändringen till och med juni föregående år som då var 3,8 procent. Förändringen efter maj 2017 var 3,7 procent och 4,1 procent efter april. Kostnaden för bemanningsföretag fortsätter att öka, till och med juni var ökningen 14,3 miljoner kronor (18,4 procent) vilket var något högre än föregående månad. Det är främst kostnader för inhyrda sjuksköterskor som ökar. Även personalkostnader fortsätter att öka och var till och med juni 40,8 miljoner kronor högre än samma period föregående år. Kostnader för läkemedel har ökat med 7,7 miljoner kronor. Riks- och regionvårdskostnaderna har minskat med 12,9 miljoner jämfört med samma period 2016.

### Verksamhetens intäkter

Verksamhetens intäkter fördelade sig enligt följande tabell:

Jämförelse perioden jan-juni (miljoner kronor)	2016	2017	Förändring	i %
<b>Verksamhetens Intäkter totalt</b>	<b>376,4</b>	<b>375,4</b>	<b>-1,0</b>	<b>-0,3%</b>
Varav patientavgifter exkl tandvård	35,8	34,2	-1,6	-4,6%
Varav specialdestinerade statsbidrag	120,6	127,0	6,4	5,3 %
Varav försäljning hälso- och sjukvård	112,2	110,6	-1,6	-1,4%

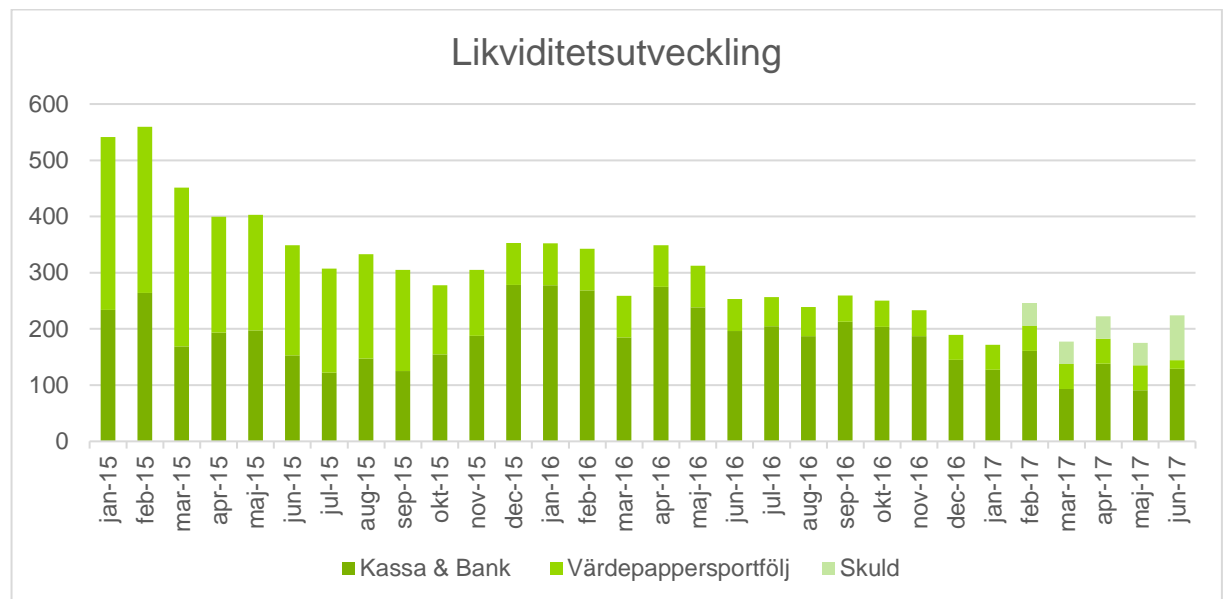
Verksamhetens intäkter minskade totalt sett med 0,3 procent ackumulerat till och med juni 2017 jämfört med samma period 2016. Specialdestinerade statsbidrag har ökat för perioden med 5,3 procent. Intäkterna för patientavgifter och försäljning hälso- och sjukvård har minskat med 1,6 miljoner kronor vardera jämfört med föregående år. För övrigt följer intäktsutvecklingen trenden enligt tidigare år, med en ökning under mars och april för att sedan minska något i maj och juni.



### Likviditetsutveckling

Den beslutade låneramen i Finansplanen är totalt 100 miljoner kronor innevarande år. Ytterligare upplåning har skett från Kommuninvest i mitten av juni med 40 miljoner kronor och då till negativ ränta. Upplåningen ska användas för att finansiera investeringar i verksamheterna. Totala lånesumman uppgår efter juni till 80 miljoner kronor.

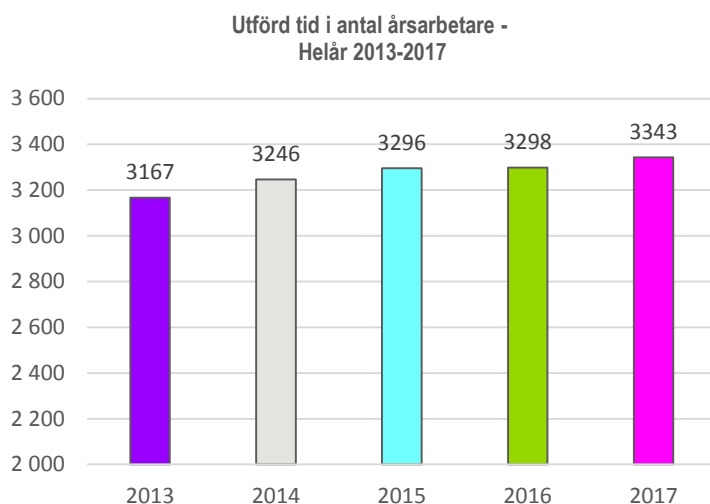
Värdepapper har förfallit under juni med 28 miljoner kronor och ingår nu i posten kassa och bank i tabellen nedan. Värdepappersportföljen uppgår efter juni till 15 miljoner kronor. Under juli och augusti 2017 förfaller resterande värdepapper.



## Medarbetare

### Utförd tid anställda

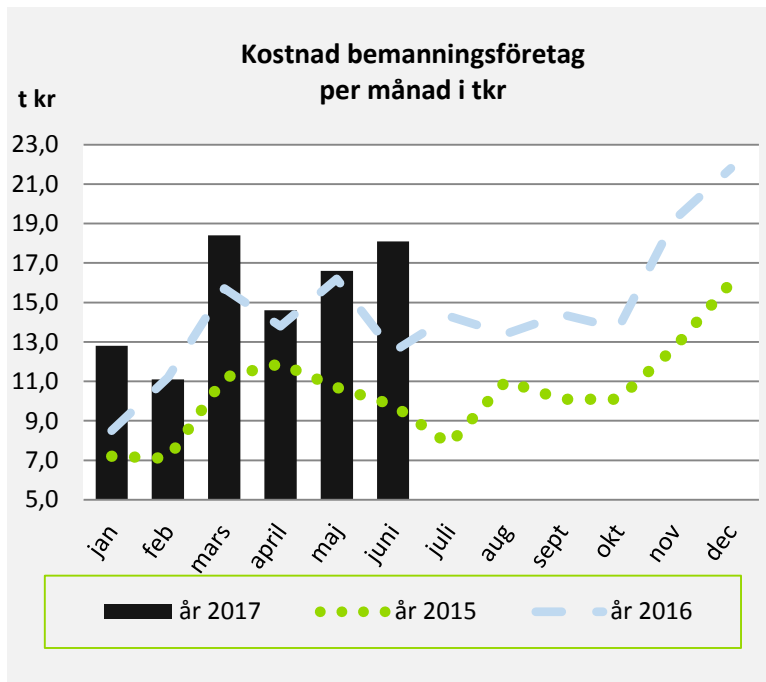
Kommentarer till utfall och gjorda åtgärder för att uppnå målet att komma ner till 2013 års nivå:



Diagrammet ovan visar helår 2013-2016 och rullande tolv för 2017 (juni till december 2016 samt till och med maj 2017). Utförda tiden har ökat med motsvarande 45 årsarbetare under rullande 2017 jämfört med föregående år. Rullande tolv månader har en vardag mer än 2016 vilket gör ca 11 årsarbetare.

### Nyttjande av bemanningsföretag

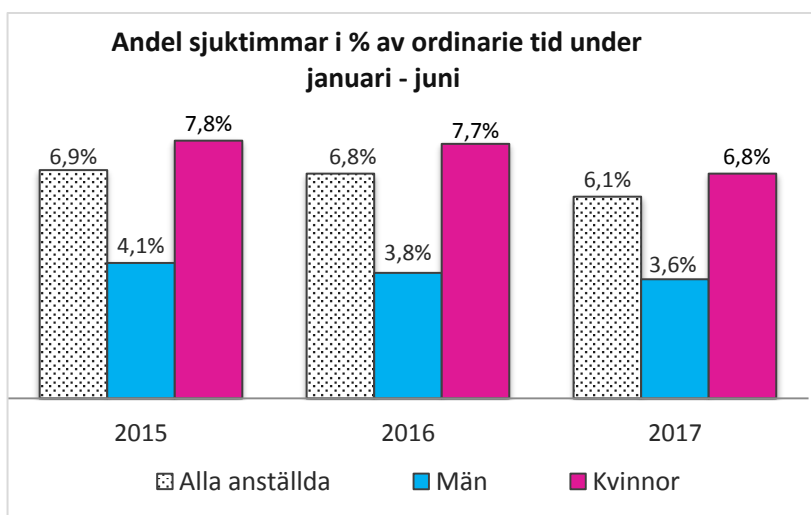
Kostnad bemanningsföretag (miljoner kronor)	Jan-juni 2016	Jan-juni 2017	Förändring (mkr)	Förändring (%)
Övrig personal	2,0	2,7	+0,7	+32,4 %
Läkare	65,6	64,5	- 1,0	-1,6 %
Sjuksköterskor	9,8	24,4	+ 14,6	+149,5 %
<b>Totalt</b>	<b>77,4</b>	<b>91,6</b>	<b>+ 14,3</b>	<b>+ 18,4 %</b>



Vad gäller minskning av inhyrda läkare har primärvården minskat sina kostnader med cirka 7,2 miljoner. Eftersom andra områden har ökat sina kostnader blir den totala minskningen 1 miljon kronor. Vad gäller ökning av inhyrda sjuksköterskor har område hud, infektion, medicin ökat sina kostnader med cirka 5,9 miljoner. Eftersom andra områden också har ökat sina kostnader blir den totala ökningen 14,3 miljoner kronor jämfört med samma period föregående år.

## Sjukfrånvaro

Sjukfrånvaron bland Region Jämtland Härjedalens medarbetare fortsätter att minska och uppvisar nu de lägsta värdena sedan år 2010. Det är framför allt kvinnornas sjukfrånvaro som minskat.



Sjukskrivningen totalt sett fortsätter att minska. Alla månader under året ligger lägre än året innan vad gäller sjukfrånvaro innevarande månad. De är även lägre än 2015 års siffror vilket bidrar till den nedåtgående trend som sker nu under 2017. Per sista juni ligger den ackumulerade sjukfrånvaron på 6,1 procent jämfört med 6,8 procent och 6,9 procent samma period åren innan. Antalet sjuktimmar minskar med 22 345 timmar.

Sänkningen av sjukfrånvaron syns mest hos kvinnor från 7,7 till 6,8 procent sjukfrånvaro av den utförda tiden. På förvaltningsnivå minskar båda förvaltningarna och regionstaben. Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen minskar från 7,1 procent till 6,4 procent, Regionstaben från 4,6 procent till 3,9 procent och Regional utveckling från 3,0 procent till 2,6 procent.

## Aktiva mål 2017 i regionstyrelsens verksamhetsplan

### Samhälle

Aktiva mål	Målvärde	Utfall juni-17 och kommentar
Andel barn och unga som får ett första besök inom område barn, unga vuxna, inom 30 dagar.	100 % inom 30 dagar	Ackumulerat t.o.m Juni 2017: 82 %
Minskning av sjukpenningtal hos länets medborgare	2017: minska med 0,8 dagar	Målet för helår har uppnåtts. Sjukpenningdagarna har minskat med 0,8 dagar under året (t.o.m. maj). Jämtlands län ligger nu endast 1,2 dag över riksgenomsnittet. För åren 2014 och 2015 var differensen till riket i genomsnitt 3,1 dag.

### Patient

Aktiva mål	Målvärde	Utfall juni-17 och kommentar
Andel vårdskador ska minska.	Minska jämfört med resultat oktober 2016.	8 jämfört med 12 i oktober 2016, rullande tolv. Nytt utfall i delårsrapport.
Minska återinskrivningar.	Lägre andel än 2014 <15 %	16,8 % i maj, nytt utfall i delårsrapport.

### Medarbete

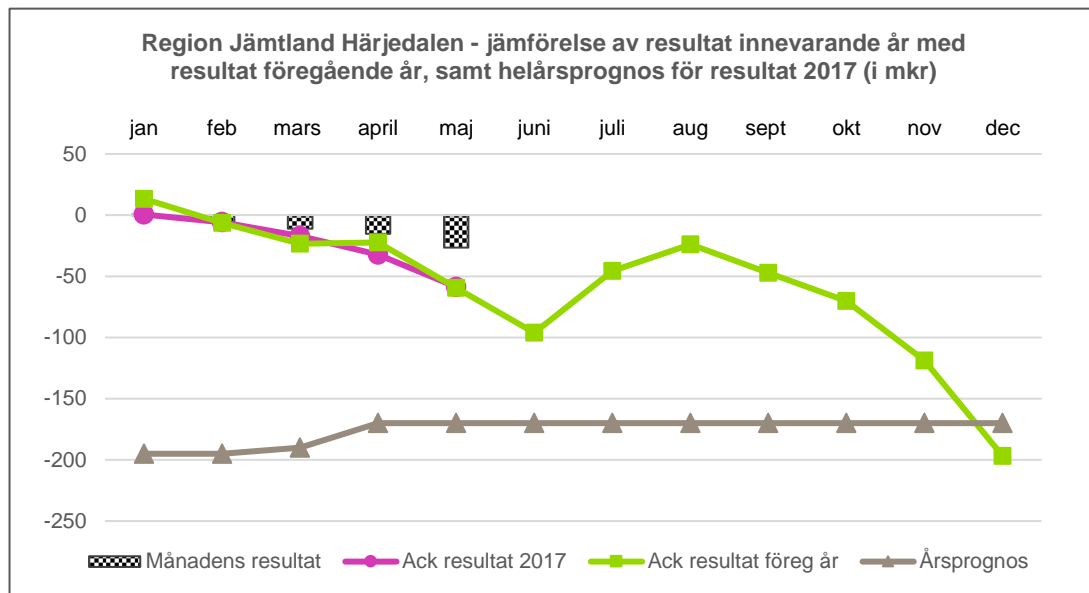
Aktiva mål	Målvärde	Utfall juni-17 och kommentar
Sjukfrånvaron för medarbetare inom Region Jämtland Härjedalen ska minska.	6 % helår	6,1 % jan-juni 2017 (6,8 % jan-juni 2016) Sjukfrånvaron fortsätter sjunka och är nu tillbaka i nivå med 2010 års utfall.
Beroendet av bemanningsföretag ska minska.	2015 års nivå = 125,6 mkr Motsvarar en minskning med 25 % jmf med föregående år. Utfall 2016 t o m juni: 77,9 mkr	Utfall t.o.m juni; 89,0 mkr d v s en ökning.

### Verksamhetsresultat

Aktiva mål	Målvärde	Utfall juni-17 och kommentar
Nettokostnadsförändringen ska minska.	Minus 2 %	Juni 4,2 % vilket är samma som fg månad.
Vårdgarantin ska vara uppfylld	100 % 0-7-90-90	Region Jämtland Härjedalen som helhet klarar inte målet i någon av Vårdgarantis dimensioner

# Månadsrapport maj 2017

## Region Jämtland Härjedalen



### Sammanfattning

#### Ekonomi

Efter maj månad uppgick nettokostnadsutvecklingen till 4,2 procent (i april 2017 5,5 procent). De största kostnadsökningarna förutom personal avser bemanningsföretag och läkemedel och sjukvårdsmateriel.

Intäkterna har ökat med 1,2 procent jämfört med föregående år, då främst specialdestinerade statsbidrag.

Helårsprognosen ligger kvar oförändrad och uppgår till -170 miljoner kronor.

#### Personal

Jämfört med mars månadsrapport har antalet årsarbetare ökat med 10.

Nyttjandet av bemanningsföretag fortsätter öka för sjuksköterskor. Kostnaderna för inhyrda läkare minskar.

Sjukfrånvaron totalt för Region Jämtland Härjedalen fortsätter att vara lägre än tidigare år. Det är framför allt kvinnornas sjukfrånvaro som minskat.

#### Verksamhet

Målen för tillgänglighet till vård nås fortsatt inte. Endast 59 procent är klara inom 4 timmar avseende väntetid till akuten.

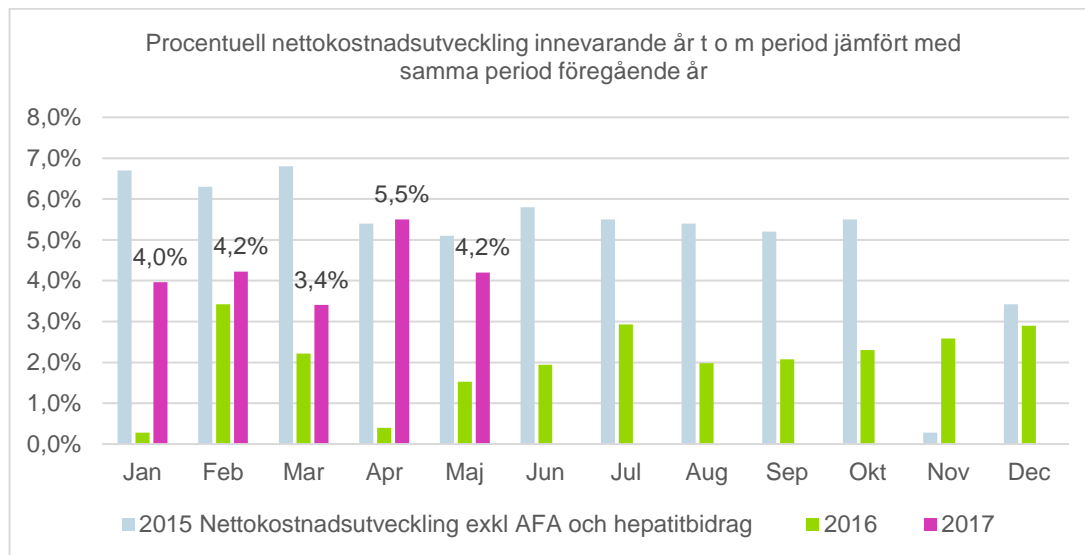
Den nya enheten Servicecenter startade upp sin verksamhet den 2:a maj.

Regionala utvecklingsnämnden har beslutat om att delta i Elbusprojektet tillsammans med Östersunds kommun.

En ny helikopter är på plats och planeras vara i sjukvårdsdrift i slutet av juni.

**Ingela Jönsson**  
**Tf Regiondirektör**

## Utvecklingen av regionens ekonomi januari-maj 2017



Region Jämtland Härjedalens ackumulerade resultat per maj månad 2017 uppgick till -58,7 miljoner kronor, vilket var marginellt bättre jämfört föregående år, då det ackumulerade resultatet uppgick till -59,4 miljoner kronor.

Nettokostnadsutvecklingen till och med maj 2017 har förbättrats jämfört med föregående månad och uppgick till 4,2 procent. Nettokostnadsutvecklingen är nu tillbaka på samma nivå som i februari i år. Framst har bruttokostnadsökningen bromsats jämfört med tidigare månader. Till och med maj var den 3,7 procent jämfört med 4,1 procent till och med april.

Prognosen ligger därför kvar oförändrad på -170 miljoner kronor.

### Verksamhetens bruttokostnader

Verksamhetens bruttokostnader fördelade sig enligt följande tabell:

Jämförelse perioden jan-maj	2016	2017	Förändring	i %
<b>Bruttokostnader totalt</b>	<b>1 943,4</b>	<b>2 014,9</b>	<b>71,6</b>	<b>3,7%</b>
Varav personalkostn exkl pensioner	901,0	934,1	33,1	3,7%
Varav riks- och regionvård	144,6	134,4	-10,2	-7,1%
Varav läkemedel	165,4	171,8	6,5	3,9%
Varav sjukresor taxi	16,3	16,4	0,1	0,8%
Varav bemanningsföretag	65,4	73,5	8,1	12,4%

Bruttokostnaderna för perioden januari till och med maj har ökat med 71,6 miljoner kronor jämfört med samma period 2016. Även om kostnaden för bemanningsföretag fortsätter att öka så är ökningen på +12,4 procent inte lika kraftig som tidigare månader i år.

Ökningstakten har sjunkit månad för månad från 19,5 procent till och med mars, till 15,6 procent till och med april ner till 12,4 procent till och med maj. Det är främst kostnader för inhyrda sjuksköterskor som ökar. Kostnader för läkemedel har ökat med 3,9 procent. Riks- och regionvårdskostnaderna har minskat med 10,2 miljoner jämfört med samma period



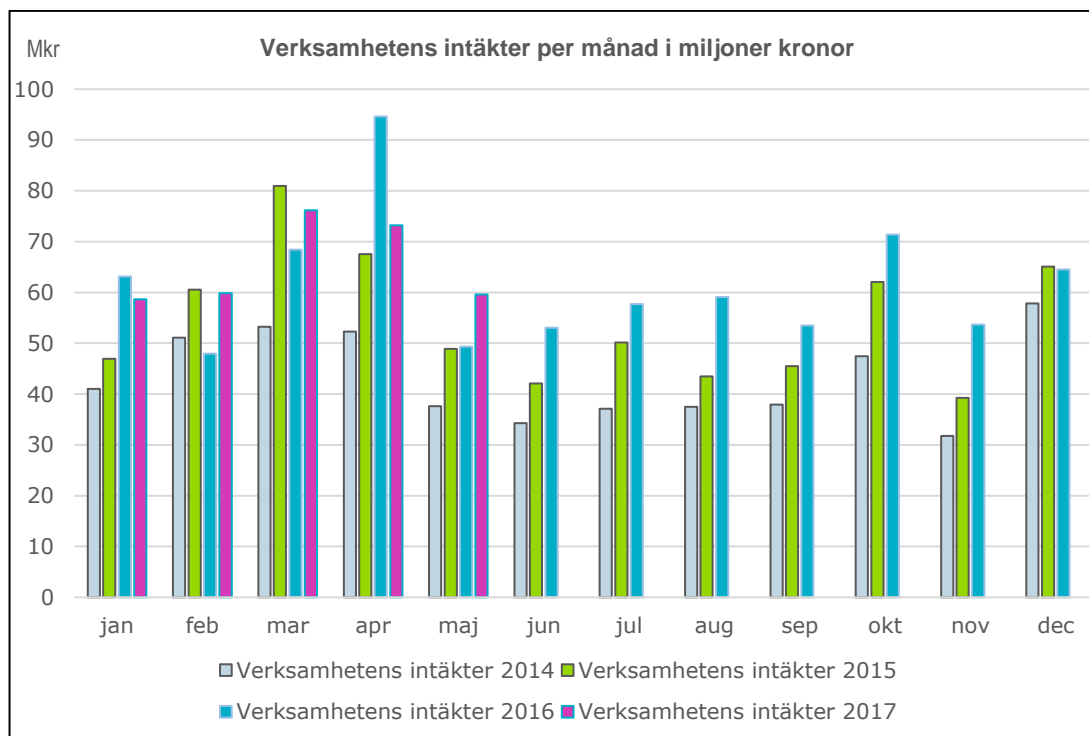
2016. Dessa kostnader kan dock variera kraftigt under året och mellan åren beroende på förekomsten av antalet mycket svåra och dyra sjukdoms/olycksfall, varför det är för tidigt att dra några slutsatser om kostnadsutvecklingen för helåret 2017.

### Verksamhetens intäkter

Verksamhetens intäkter fördelade sig enligt följande tabell:

Jämförelse perioden jan-maj	2016	2017	Förändring	i %
<b>Verksamhetens Intäkter totalt</b>	<b>323,4</b>	<b>327,4</b>	<b>4,0</b>	<b>1,2%</b>
Varav patientavgifter exkl tandvård	28,8	28,6	-0,2	-0,6%
Varav specialdestinerade statsbidrag	105,8	109,4	3,6	3,4%
Varav försäljning hälso- och sjukvård	101,6	101,5	-0,1	-0,1%

Verksamhetens intäkter ökade totalt sett med 1,2 procent ackumulerat till och med maj 2017 jämfört med samma period 2016. Specialdestinerade statsbidrag har ökat för perioden med 3,6 procent. Intäkterna för patientavgifter och försäljning hälso- och sjukvård ligger ungefär på samma nivå som föregående år. Införandet av en ny version av vårdsystemet Cosmic i maj bedöms ha gett en viss negativ påverkan på patientintäkterna. För övrigt följer intäktsutvecklingen trenden enligt tidigare år, med en ökning under mars och april för att sedan minska något i maj. Dock har intäktsökningen på grund av högre specialdestinerade statsbidrag varit högre för maj i år jämfört med tidigare år.



## Kommentarer till ekonomiskt resultat från verksamheten 2017

Verksamhet i miljoner kronor, per förvaltning/nämnd	Utfall t o m maj 2017	Budget t o m maj 2017	Avvikelse ack utfall mot ack budget maj 2017	Årsprognos maj 2017 budget-avvikelse	Årsprognos april 2017 budget-avvikelse
<b>Hälso- och sjukvårdsförvaltningen</b>	<b>-1134,0</b>	<b>-1005,7</b>	<b>-128,4</b>	<b>-308,2</b>	<b>-306,7</b>
<b>Regionala utvecklingsförvaltningen</b>	<b>-129,8</b>	<b>-134,3</b>	<b>4,5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Regionstaben</b>	<b>-95,6</b>	<b>-106,1</b>	<b>10,5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Patientnämnden	-1,2	-1,2	0,0	0,0	0,0
Förtroendevalda politiker	-10,1	-10,4	0,3	0,0	0,0
Landstingsrevision	-2,0	-2,3	0,4	0,0	0,0
Vårdvalsnämnd	-271,9	-275,7	3,7	-1,6	-1,6
Gemensam IT-nämnd	0,4	0	0,4	0,0	0,0
Motsedda	-42,6	-100,1	57,5	88,6	87,1
<b>SUMMA VERKSAMHET</b>	<b>-1687,0</b>	<b>-1635,8</b>	<b>-51,2</b>	<b>-221,2</b>	<b>-221,2</b>
Finansförvaltningen	1628,3	1608,7	19,5	51,2	51,2
<b>TOTAL AVVIKELSE MOT BUDGET REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN</b>	<b>-58,7</b>	<b>-27,1</b>	<b>-31,6</b>	<b>-170,0</b>	<b>-170,0</b>

### Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen visar ett underskott på -128,4 miljoner kronor mot budget. Utfallet ackumulerat uppgår till -1 134,0 miljoner kronor. Kostnader för bemanningsföretag fortsätter att öka men även kostnaden för läkemedel trots aktiva åtgärder, bland annat kring läkemedelsförskrivningen inom reumatologin. Patienter med behov av dyra läkemedel har ökat och därmed också kostnaden.

Intensivvårdsavdelningen (IVA) har gått över till läkemedelsservice vilket inneburit att lagret av läkemedel utökats. Ett upphandlat läkemedel har inte funnits att tillgå så annan produkt har levereras till en kostnad som är sju gånger högre.

Årlig uppräknings av fast ersättning för ambulanshelikoptern är utöver ramökning cirka 400 000 kronor. Nya helikopteravtalet innebär ökad driftkostnad med 150 000 kronor per månad, under året cirka 1 miljon kronor samt en engångssumma på 900 000 kronor. Total ökad kostnad drygt 2 miljoner kronor.

Sjukreskostnaderna förutom kostnader för ambulanshelikoptern har endast ökat marginellt, med 0,6 procent. Sjukresor med buss och flyg har minskat och sjukresorna med bil har ökat mycket lite. Dialysmottagningen har ökade kostnader för taxiresor för dialyspatienter, som av patientsäkerhetsskäl måste åka taxi. Dessutom har antalet patienter i behandling inom hematologi (blodsjukdomar) ökat. Men övriga områden inom hälso- och sjukvården har minskat sina kostnader för sjukresor med taxi, vilket visar på att förbättringsåtgärden med att förbättra intygsutfärdanden, i LUP-paket sjukresor, har gett effekt.

Riks- och regionvårdskostnaderna har minskat totalt sett, men har ökat med 3,3 miljoner kronor inom strokesjukvården. Det gäller då patienter med svår stroke.

### Regionala utvecklingsförvaltningen

Förvaltningen redovisar ett överskott på 4,5 miljoner kronor mot budget efter maj månad. Utfallet ackumulerat uppgår till -129,8 miljoner kronor.

Bedömningen är att resurser och verksamheter inom förvaltningsorganisationen är i balans och prognosen till årets slut är därför ett nollresultat.

Länstrafiken i Jämtlands län AB har dock lämnat oroväckande prognoser för resultatet 2017. Prognosen är så svag att det finns risk för att halva aktiekapitalet kommer att förbrukas. För att undanröja risken för att bolaget ska behöva upprätta en kontrollbalansräkning har Regionala utvecklingsnämnden beslutat om en så kallad kapitaltäckningsgaranti om 8 miljoner kronor. Den kommer att läggas fram för beslut av regionfullmäktige.

### **Regionstaben**

Regionstabens utfall per maj månad visar ett överskott på 10,5 miljoner kronor mot budget.

Regionstabens ackumulerade utfall var 1,4 miljoner kronor bättre jämfört med samma period 2016. Intäkterna var 24,8 miljoner kronor högre än 2016. Detta beror bland annat på högre intäkter för flyktinghälsovården.

Kostnaderna var 23,3 miljoner kronor högre än samma period 2016, där flyktinghälsovårdens ökade kostnader bidrog till 18 miljoner kronor av ökningen. Personalkostnaderna har ökat med 1,2 miljoner kronor till följd av inskolning av nya chefer, där chefstjänster under en tid överlappat varandra.

### **Resultatförbättrande åtgärder**

Rekryteringsrådet fortsätter verka under år 2017, och ärendena har mestadels rört sig om ersättningsrekryteringar och projektanställningar. Den ökade personalkostnaden för Regionstaben under år 2017 beror till största del på projektanställningar finansierade av externa medel.

Aktiv personalplanering för att minska övertidstimmar pågår men svårigheterna ökar när antalet personer i tjänst minskar. Kompetensförskjutning görs så långt det är möjligt.

OBS-platser stänger 10 veckor i stället för 7 under sommaren på grund av brist på sjuksköterskor.

När det gäller neddragning av badmästartjänst har utredningen av badet medfört ett ändrat fokus, istället för minskning av bemanning ska fokus vara på att öka intäkter från externa brukare.

För att minska kostnader för bemanningsköp inom primärvården har beslut om pristak införts och förhandlingar har gjorts för att reducera timpriset. Dessutom har primärvården beslutat om stopp för att nyttja inhyrda sjuksköterskor från och med 1 juni.

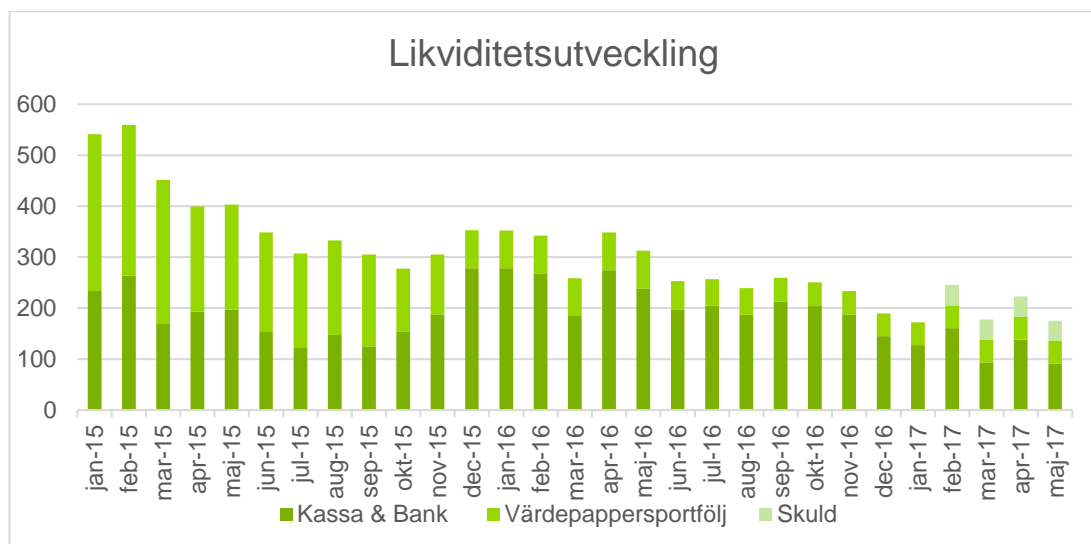
Förbättringsarbetet Opus 2020, har nu genomfört 10 workshops riktade framför allt mot kirurgklinikens interna verksamhet.

Övriga besparingar tom maj 2017	Tusen kronor
Fakturagranskning	1 468
Minskning av kostnader för arvodesläkare	233
Riks- och regionvård för NPH patienter	300
Vakanshållning vid frånvaro AT/SG medicin	250
Ta bort lungbakjouren (Läkare Medicin)	1 144
Förkortad introduktion för uppstart slutenvård BUP	1 000
Långsiktig planering för minskning av stafettbemanning	5 100
Ej tillsatta tjänster	1 168
<b>Totalt tusen kronor</b>	<b>10 663</b>

### Likviditetsutveckling

Likviditeten har försämrats med 14,2 miljoner kronor sedan årsskiftet, att jämföra med samma period föregående år, då likviditeten försämrades med 40,1 miljoner kronor. Likviditeten har dock under denna period förstärkts med ett lån från Kommuninvest på 40 miljoner kronor, vilket innebär att likviditeten utan den åtgärden skulle ha minskat med 25,8 miljoner kronor.

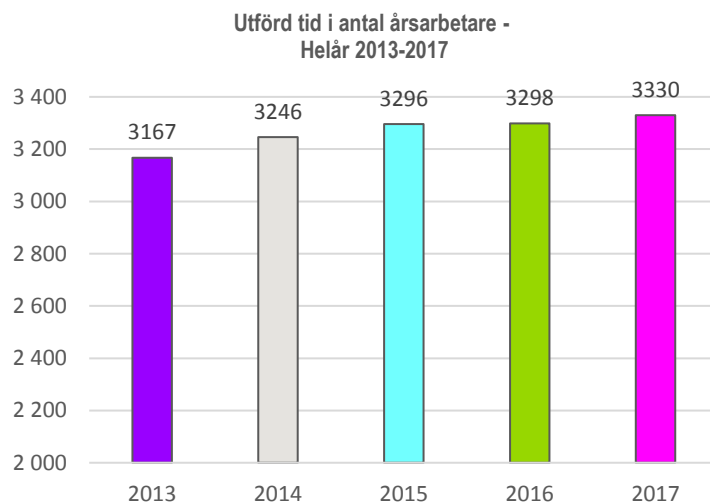
Den beslutade låneramen i Finansplanen är totalt 100 miljoner kronor innevarande år. Nästa upplåning kommer ske i mitten av juni med 40 miljoner kronor och då till negativ ränta. Upplåningen ska användas för att finansiera investeringar i verksamheterna.



## Medarbetare

### Utförd tid anställda

Kommentarer till utfall och gjorda åtgärder för att uppnå målet att komma ner till 2013 års nivå:



Diagrammet ovan visar helår 2013-2016 och rullande tolv för 2017 (maj till december 2016 samt till och med april 2017). Den utförda tiden har ökat med motsvarande 32 årsarbetare under rullande tolv 2017 jämfört med föregående år. Jämfört med mars månadsrapport har antalet årsarbetare ökat med 10.

### Utförd tid t o m april respektive år

	2014	2015	2016	2017
Total utförd tid	1 894 523	2 058 180	2 013 232	2 068 645
Ledning	82 698	94 444	95 798	95 798
ÖvL/SpecL	134 147	137 293	128 679	134 299
ST-läkare	64 442	62 945	63 579	68 455
Underläkare	23 995	33 728	37 998	42 779
Sjuksköterskor	611 031	619 337	616 416	613 415
Undersköterskor	321 646	337 524	323 904	337 457
Med.sekreterare	108 786	115 987	114 459	115 329
Psykolog Psykoterap	34 362	34 492	33 310	37 924
Paramed	137 106	142 045	138 296	148 322
Admin personal	148 775	195 769	181 589	201 806
Övrigt	227 534	284 617	279 207	273 063

När det gäller förändring till och med april så har den utförda tiden ökat med motsvarande 94 årsarbetare jämfört med 2016. Antalet vardagar under januari till och med april åren 2016 och 2017 är detsamma.

Det är framförallt område primärvård och område diagnostik, teknik och service samt till viss del Regionstaben som står för den större andelen av ökningen. Område primärvård

anger att orsakerna till ökningen är bemanning av beredskap med egna läkare, att kringarbetet har ökat för övriga yrkesgrupper i och med många inhyrda läkare, folkhälsan (ca 11 befattningar) har överförts från och med april 2017, tre verksamhetsutvecklare har överförts till primärvården samt en utökning av två chefsbefattningar från hösten 2017. Ytterligare orsaker är en uppbemanning utifrån att kunna upprätta en tillräcklig god arbetsmiljö samt att tidigare vakanta befattningar har bemannats.

Inom område diagnostik, teknik och service består ökningen till största delen av införandet av de nya verksamheterna Servicecenter, Sjukreseenheten samt Konferensservice. I övrigt har utförd tid ökat på grund av fler specialistläkare på röntgen, bemanning av vakanser på laboriemedicin samt en ökning för att möta den fortsatta produktionsökningen inom diagnostiken.

Inom Regionstaben beror ökningen främst på fler projektanställningar på grund av en markant ökning av statliga bidrag. Även nyinrättande av tjänster har tillkommit på grund av förändrade omvärldskrav, exempel på sådana är flyktingsamordnare och etableringskoordinator.

#### **Åtgärder som vidtas för att minska den utförda tiden**

Inom område akutvård görs en översyn av arbetade timmar inom samtliga enheter för att se hur det är möjligt att dra ner antalet timmar med eller utan påverkan på verksamheten samt arbete med kompetensförskjutning.

Inom område diagnostik, teknik och service fortsätter satsningen på utbildning av ST-läkare för att kunna bli självförsörjande på specialister i framtiden. Röntgenenheten arbetar med produktions- och kapacitetsplanering. Till hösten startar självbetjäning i receptionen samt en effektivisering inom tryckeri/scanning.

Inom område hud, infektion, medicin pågår det ständigt en dialog om huruvida vakanshållning är ett möjligt alternativ vid uppkomna vakanser. Inskolningskostnader har ökat de senaste åren då det är stor personalomsättning samtidigt som det är svårt att rekrytera i tillräcklig omfattning. Fokus ligger på att behålla ordinarie personal för att på så sätt minska inskolningskostnader.

Område kirugi, ögon, öron avropar läkare via bemanningsföretag efter noggrann prövning. På kirurgkliniken nyttjas läkare del av veckor istället för hela veckor när det går. De nyttjas optimalt utifrån kompetensförhöjning och utbildning av de egna läkarna samt att ingrepp utförs som annars hade blivit skickade för Riks- och regionvård.

På ögonkliniken pågår olika förbättringsarbeten med syfte att förbättra tillgängligheten, minska behov av bemanningsföretag samt förskjuta kompetens. I år klarar ögonkliniken av att själv bemanna kataraktkirurgin vilket de inte gjorde 2016. Dock kvarstår problemet med att kliniken är kraftigt underbemannad av ögonspecialistläkare men rekrytering pågår.

Inom Regionstaben finns ett rekryteringsråd som en del av regionstabsledningen. Det innebär att alla personalbehov inom Regionstaben, oberoende av omfattning och längd, ska stämmas av innan beslut fattas om rekrytering.

Område psykiatri är långt under 2013 års nivå och behöver anställa personal framför allt i heldygnsvården för att upprätthålla hög patientsäkerhet.

Område barn och unga vuxna är, avräknat de nya verksamheterna, väl i nivå med 2013 års nivå avseende utförd tid.

Inom område barn- och ungdomsmedicin är utförd tid i paritet med 2013 vilket till stor del beror på att verksamheten befinner sig i liknande situation på nytt. Det vill säga med långtidssjukfrånvaro och vakanta tjänster som inte varit möjliga att ersätta till följd av svårrekryterade yrkesgrupper.

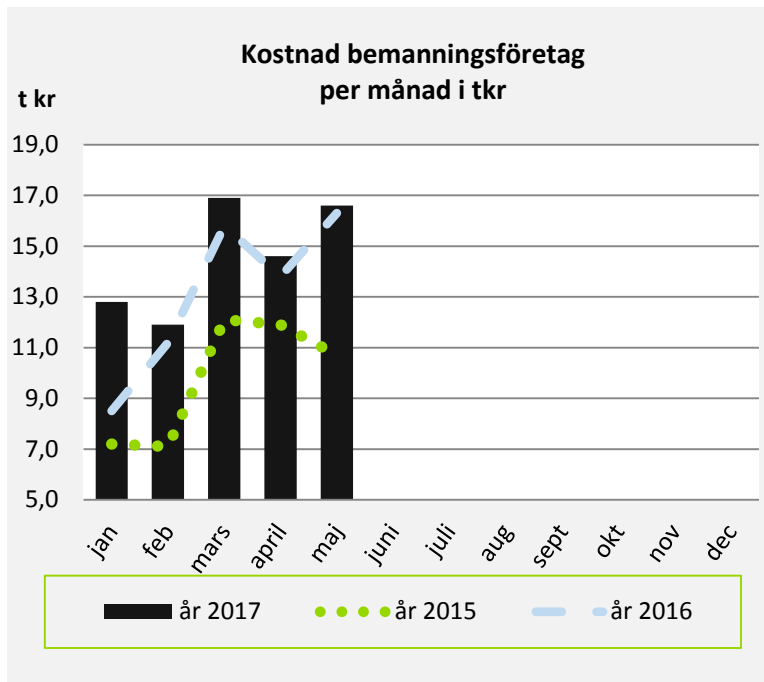
Inom område hjärta, neuro, rehab har minskning skett bland annat genom färre vårdplatser på rehabiliteringsavdelningen samt vakanshållningar. Neddragning av vårdplatser inom akutsjukvården har skett i perioder. Ett stort mål för området är att arbeta med att behålla ordinarie personal och att vara en attraktiv arbetsgivare. Innan nyanställning görs det alltid bedömning ifall vakanshållning är ett möjligt alternativ.

#### Nyttjande av bemanningsföretag

Kostnad bemanningsföretag (miljoner kronor)	Jan-maj 2016	Jan-maj 2017	Förändring (mkr)	Förändring (%)
Övrig personal	2,0	2,5	+0,5	+25 %
Läkare	55,0	51,0	- 4,0	-7 %
Sjuksköterskor	8,4	19,9	+ 11,6	+138 %
<b>Totalt</b>	<b>65,4</b>	<b>73,5</b>	<b>+ 8,1</b>	<b>+ 12 %</b>

Vad gäller minskning av inhyrda läkare har primärvården minskat sina kostnader med drygt 7 miljoner kronor. Även område diagnostik, teknik och service och område kirurgi, ögon, öron har minskat sina kostnader. Eftersom område barn och unga vuxna, område hud infektion medicin, område hjärta, neuro, rehab och område psykiatri har ökat sina kostnader blir den totala minskningen 4 miljoner. Inom övriga områden är förändringarna marginella.

Vad gäller ökning av inhyrda sjuksköterskor har område hud, infektion, medicin och område hjärta, neuro, rehab ökat sina kostnader med 4,9 miljoner. Eftersom andra områden också har ökat sina kostnader blir den totala ökningen 11,6 miljoner kronor.



Nyttjandet av bemanningsföretag beror på vakanta sjuksköterskebefattningar samt fortsatt brist på specialistläkare.

#### Åtgärder som vidtas för att minska nyttjande av bemanningsföretag

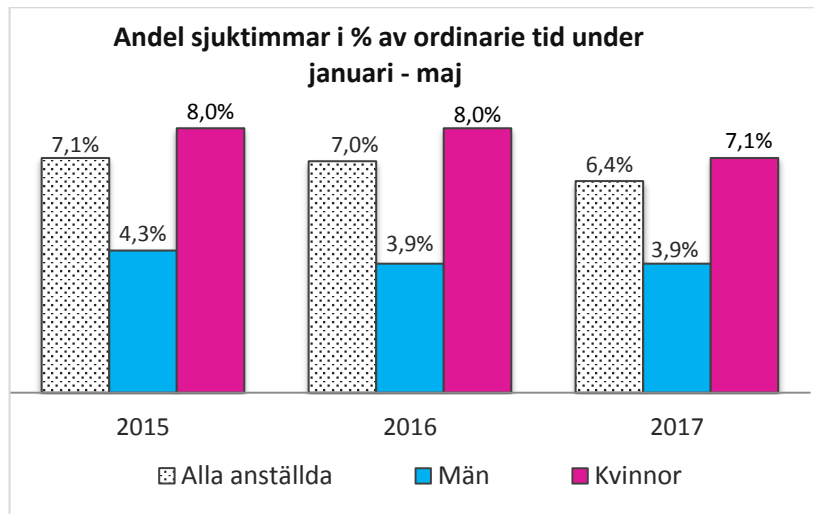
- Fortsatt rekrytering av ST-läkare, specialistläkare samt sjuksköterskor.
- Utlandsrekrytering
- Fortsatt arbete med produktions- och kapacitetsplanering för bättre styrning.
- Kompetensförskjutning på slutenvårdsavdelningar, vilket bl a innebär att 45-55 arbetsuppgifter identifierats som både undersköterskor och sjuksköterskor kan göra. För närvarande pågår utbildning av ett 100-tal undersköterskor för att säkerställa kompetens inför överföring av arbetsuppgifter från sjuksköterskor till undersköterskor.

Förutom detta har område primärvård ett mål på 700 stafettveckor för hela 2017 att jämföra med ca 1 220 veckor 2016. Varje hälsocentral har fått i uppdrag att göra en bemanningsplan för året. Beslut är taget i ledningsgrupp om ett kostnadstak på 1 500 kronor per vecka för bemanningsläkare och att inte använda bemanningsköterskor från 1:a juni 2017.

Område hud, infektion, medicin och område hjärta, neuro, rehab öppnar en enhet för utskrivningsklara patienter i sommar bemannad med huvudsakligen undersköterskor för att bland annat kunna minska köp av inhyrd personal.

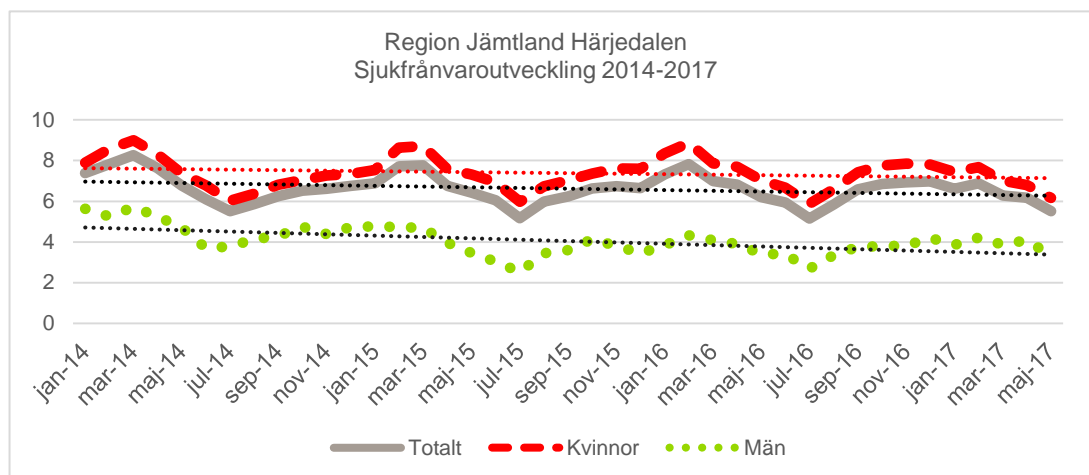


## Sjukfrånvaro



Sjukskrivningen totalt sett fortsätter att minska. Alla månader under året ligger lägre än året innan vad gäller sjukfrånvaro innevarande månad. De är även lägre än 2015 års siffror vilket bidrar till den nedåtgående trend som sker nu under 2017. Per sista maj ligger den ackumulerade sjukfrånvaron på 6,4 procent jämfört med 7,0 procent och 7,1 procent samma period åren innan. Antalet sjuktimmars minskar med 15 161 timmar.

Sänkningen av sjukfrånvaron syns mest hos kvinnor från 8,0 till 7,1 procent sjukfrånvaro av den utförda tiden. På förvaltningsnivå minskar båda förvaltningarna och regionstaben. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen minskar från 7,4 procent till 6,7 procent, Regionstaben från 4,7 procent till 3,9 procent och Regional utveckling till 2,7 procent från 3,1 procent.



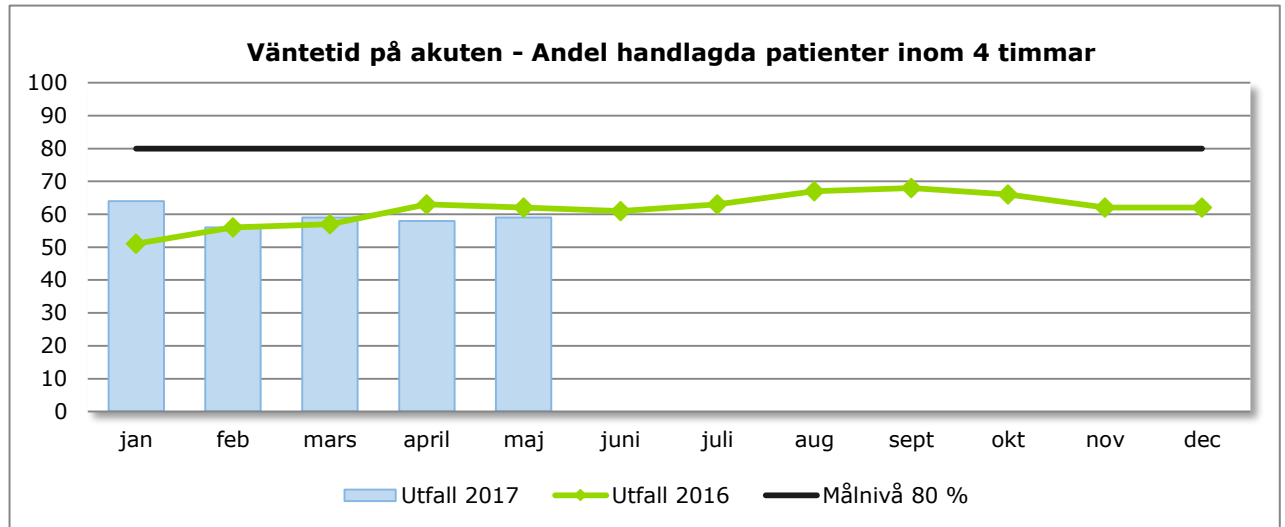
## Verksamhet inom hälso- och sjukvården

### Väntetid vid akuten

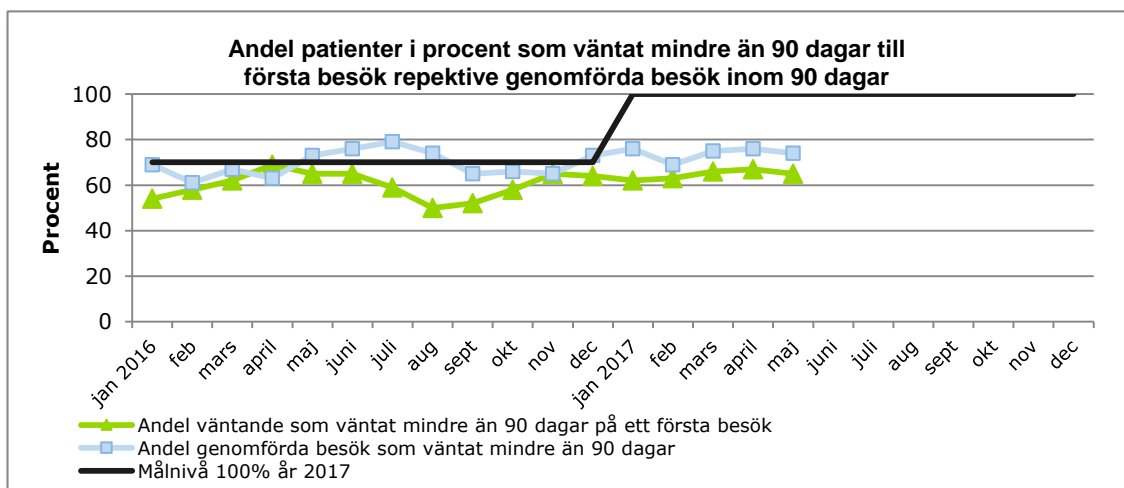
#### Väntetid inom specialistvårdens akutmottagning

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

För maj månad var totalt 59 procent klara inom 4 timmar varav kvinnor 59 procent och män 59 procent.



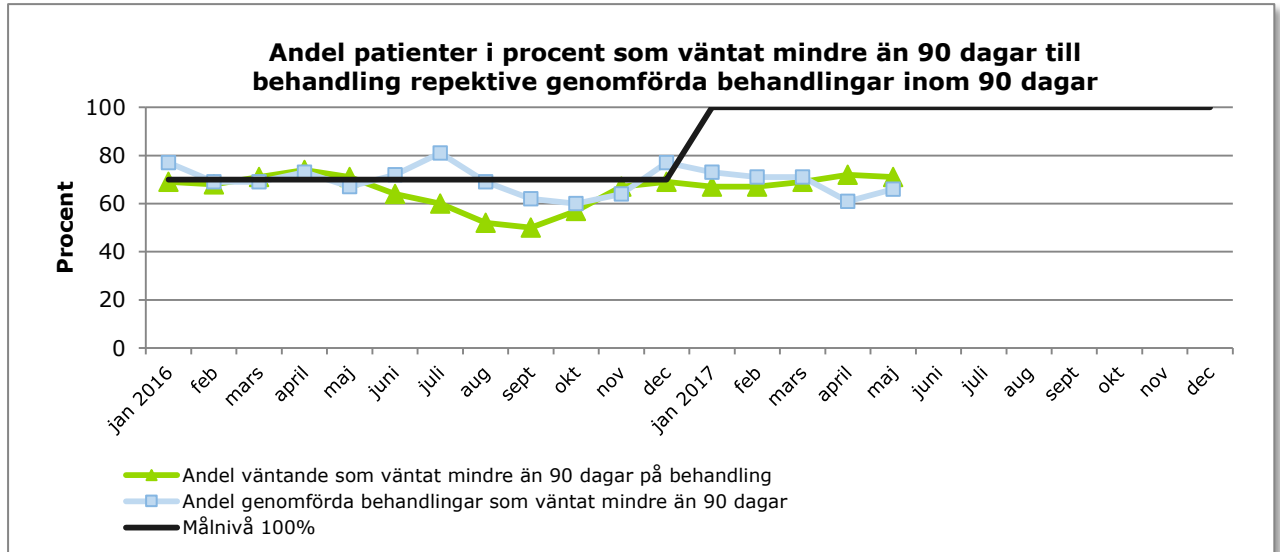
### Tillgänglighet inom 90 dagar , vårdgarantin



### Könsuppdelad statistik för maj månad 2017:

Väntande till 1:a besök, totalt: 65 procent varav kvinnor 67 procent och män 62 procent.

Genomförda 1:a besök, totalt: 74 procent varav kvinnor 75 procent och män 73 procent.



**Könsuppdelad statistik för maj månad 2017:**

Väntande till behandling, totalt: 71 procent varav kvinnor 70 procent och män 71 procent  
 Genomförda behandling, totalt: 66 procent varav kvinnor 69 procent och män 62 procent

## Tillgänglighet primärvården

Telefontillgänglighet samma dag, 0:an

Tillgänglighetsmålet nås inte för primärvården totalt under maj månad.

Läkarbesök inom 7 dagar, 7:an

Tillgänglighetsmålet nås inte för primärvården totalt under maj månad.

Hälsocentral	0:an	7:an
Myrvikens hc	91	88
Svenstavik hc	89	87
Bräcke hc	54	93
Kälarne hc	96	86
Funäsdalens hc	89	93
Sveg hc	93	97
Föllinge hc	92	93
Krokoms hc	87	79
H-strands hc		74
Backe hc	97	94
S-sunds hc	72	82
Hallens hc	91	83
Järpens hc	88	93
Åre hc	94	97
Brunflo hc	84	80
Frösö hc	73	71
Lits hc	94	92
Lugnviks hc	83	84
O-sala hc	65	86
Z-gränds hc	69	82
Fjällhälsan	Ingen uppgift	70
Offerdals hc	Ingen uppgift	77
Nya Närvården	Ingen uppgift	83
Närvård Frostviken	Ingen uppgift	Ingen uppgift

## Aktiva mål 2017 i regionstyrelsens verksamhetsplan

### Samhälle

Aktiva mål	Målvärde	Utfall maj-17 och kommentar
Andel barn och unga som får ett första besök inom område barn, unga vuxna, inom 30 dagar.	100 % inom 30 dagar	Maj 2017: 86 %
Minskning av sjukpenningtal hos länets medborgare	2017: minska med 0,8 dagar	Sjukpenningdagarna har minskat med 0,6 dag under året (jmf 2016-12-31) och minskat med 1,5 dag jmf april 2016.

### Patient

Aktiva mål	Målvärde	Utfall maj-17 och kommentar
Andel vårdskador ska minska.	Minska jämfört med resultat oktober 2016.	8 jämfört med 12 i oktober 2016, rullande tolv.
Minska återinskrivningar.	Lägre andel än 2014 <15 %	16,8 %

### Medarbete

Aktiva mål	Målvärde	Utfall maj-17 och kommentar
Sjukfrånvaron för medarbetare inom Region Jämtland Härjedalen ska minska.	6 % helår	6,4% jan-maj 2017 (7,0% jan-maj 2016)
Beroendet av bemanningsföretag ska minska.	2015 års nivå = 125,6 mkr Motsvarar en minskning med 25 % jmf med föregående år. Utfall 2016 t o m maj: 65,4 mkr	Utfall t.o.m maj; 73,5 mkr d v s en ökning.

### Verksamhetsresultat

Aktiva mål	Målvärde	Utfall maj-17 och kommentar
Nettokostnadsförändringen ska minska.	Minus 2 %	maj 4,2 % vilket är lägre än fg månad.
Vårdgarantin ska vara uppfylld	100 % 0-7-90-90	Region Jämtland Härjedalen som helhet klarar inte målet i någon av Vårdgarantins dimensioner



## 6

Redovisning av regionstyrelsens  
presidiums uppdrag att träffa  
områdesledningarna för dialog om  
förbättringar, effektiviseringar och  
kostnadsminskningar

RS/1802/2017

2017-08-21

Ingela Jönsson  
Tfn: 063-14 77 62  
E-post: ingela.jonsson@regionjh.se

RS/1802/2017

## **Redovisning av regionstyrelsens presidiums uppdrag att träffa områdesledningarna för dialog om förbättringar, effektiviseringar och kostnadsminskningar**

### **Ärendebeskrivning**

I anslutning till Regionstyrelsens behandling av månadsrapport efter februari beslutade Regionstyrelsen 2017-03-29, § 58: Regionstyrelsens presidium får i uppdrag att tillsammans med regiondirektören under våren träffa områdesledningarna för en dialog om förbättringar, effektiviseringar och kostnadsminskningar.

Regionstyrelsens presidium har träffat följande områdens ledningsgrupper: Akutområdet, Barn unga vuxna, Diagnostik teknik och service, Hud Infektion Medicin, Hjärta Neuro Rehab, Kirurgi/ögon/öron, Kvinna, Ortopeden, Psykiatri, Primärvårdens Närvårdsområde Östersund, Regionstaben och Regionala utvecklingsförvaltningen.

Det är tre områden som inte varit möjliga att träffa – Barnmedicin, Folk tandvården och Patientsäkerhet.

Regionstyrelsens presidium redovisar anteckningar från träffarna och sina samlade reflektioner utifrån träffarna.

### **Regiondirektörens förslag**

1. Regionstyrelsen har tagit del av rapporten, ställt frågor och fått svar
2. Regionstyrelsen uppmanar presidiet att tillsammans med den tillträdande regiondirektören diskutera former för fortsatt dialog med verksamheterna.

I tjänsten

Ingela Jönsson  
Tf Regiondirektör

Utdrag till

Regiondirektör



## Minnesanteckningar från Regionstyrelsens träff med Område Akuts ledningsgrupp 20170613

Närvarande: Anita Secher OC, Britt-Marie Stolth Ambulansen, Ulrika Fjellstrand Nyman Verksamhetsutvecklare, Christel Nord Ambulansen, Pernilla Forsman Verksamhetsstöd, Helena Ivansson EC Ambulansen, Elisabeth Ågren EC Centraloperation, Christine Jonsson EC Akutmottagningen, Caroline Starlander EC Medicinavd/MLA Akutområdet, Carina Bouvine EC Centraloperation.

Ann-Marie Johansson, Christer Siwertsson, Elin Lemon per telefon  
Ingela Jönsson och Gertrud Bertilsdotter-Reineke

### Hur arbetar ni med utvecklingsarete enligt LEAN ?

#### Besök RS Presidium 170613

- Hur vi arbetar med utvecklingsarbeten enligt Lean
  - Resurser verksamhetsutvecklare, inte leancoach, flera medarbetare leanutbildade
  - Flöden, enhetliga rutiner, rätt vårdnivå (Förbättrings-A3, värdeflödesanalyser)
  - Samverkan via Opråd – tidigare opstart, standardiseringar
  - Samverkan via akutråd, förändrat arbetssätt akm, flöde receptionen, snabbspår, förändrad läkarkompetens och PNA saknas
  - Ambulansen enhetlig utrustning
  - IVA – utbildning att använda kval register i förbättringsarbete = förkortad respiratortid
  - Rätt vårdnivå – akm ssk bedömningar, hänvisning ambulans (lämna hemma)
  - Daglig eller veckostyrning

Använder inte "ordet LEAN" som ord. 1 person utbildad LEAN-coach, dock har den personen inte möjlighet att jobba som coach p g a bemanningsläget av ane ssk. Flera ssk har gått lean-utbildning. Vi pratar mer flöden, enhetliga rutiner och rätt vårdnivå.

Vi använder de verktyg som finns t ex A3, 5S mm

Ambulansen har påbörjat det stora förbättringsarbetet tillsammans med primärvården. På Akutmottagningen kommer ca 15 patienter om dagen som enbart får en sjuksköterskebedömning, antingen är egenvård eller primärvård, dvs inte borde komma till akuten. Vart kommer de ifrån? mest Östersunds kommun och skickade av 1177.

Det är också på gång att försöka göra kvalitetsgranskning med hjälp av 1177- Vilka patienter hänvisas av 1177, Vad hände med dem som kom till akuten?,

Ett annat problem är att det är för låg läkarkompetens i första nivån på akuten. Att förändra läkarkompetensen - Vem äger frågan? Svaret är att det är flera verksamheter inblandade men också en kostnadsfråga. Det är gjort en utredning dvs första paketet i LUPen, det återstår kostnadsberäkningar som ska göras bl a av Annika Jonsson, men pga andra uppdrag har detta inte prioriterats än. Det finns många olika modeller/lösningar. Vi försöker hitta "vår" modell, men till syvende o sist handlar det om kostnaderna.

## Hur långt har ni kommit med produktions och kapacitetsplanering och förbättring av tillgängligheten?

### Produktions och kapacitetsplanering

- Ingen egen verksamhet
- Bemanning utifrån flöden
- SOS Alarm larmplaner
- C-op samordning med kliniker
  
- Behov av resurs med mandat att planera op-programmet för hela c-op

---

## Hur långt har ni kommit med kompetensförskjutning ?

### Kompetensförskjutning

- Akm – kartläggning klar
- C-Op –
  - Allmänssk Uppvakningsavdelning/opentré
  - VNS personalkök och VNS mellanstäd mellan operationer
  - All instrumenthantering dag/kvälltid till STC
  - Usk plockar instrument till operationer
  - Bemanningsansvariga (i st för fler EC)
- IVA – allmänssk, usk

---

Brist på anestesi ssk - ersatta med allmän ssk på UVA/opentrén  
IVA har förändrat bemanningsmål med lägre andel ssk

Visa remisser t ex röntgen av vissa ortopedpatienter, ska kunna skrivas av ssk på akutmott.  
Detta skulle kunna gå via karriärvägar. Undersköterska ta över gipsning från ssk

Förmodligen skulle mer överföring av arbetsuppgifter från läkare till sjuksköterska vara  
möjlig med fasta läkare på akm

## Hur samarbetar ni med andra enheter när det gäller bemanning ?

### Samverkan med andra enheter när det gäller bemanning

- C-op och IVA kring postop
- C-Op och Öronmottagning, opssk
- Akm använder OBS som dragspel
- Kombinationstjänster vid önskemål
- Amb och akm i höst

Samverkan med Campus när det gäller narkosläkare och narkossköt

Lysande verksamhet ex HC Funäsdalen

Väntar med spänning på den prehospitalla utredningens resultat

Under hösten kommer ssk från ambulansen, med erfarenhet från akm, att arbeta på akm p g a brist på ssk på akm

## Beskriv er interna budgetprocess

### Interna budgetprocessen

- Genomgång med ekonom och EC för att beräkna budget, "gissa" intäkter
- Arbetade timmar utifrån bemanningsmål
- Inga pengar att omfördela, fördelning utifrån föregående års utfall/budget
- Fasta kostnader och avtal ökar mer än uppräknig,
- Personalkostnader, helikopter, avtal SOS Alarm, sjukvårdsartiklar, utökat uppdrag C-Op
  
- Planeringsförutsättningar och behov/ uppdrag som är kopplat till budgeten?

Idag räcker inte pengarna till - saknar ett antal miljoner. Vet inte "hur" ska man tänka, vad är uppdraget? Ex hur många operationstimmar ska c-op utföra och budgetera för?

Varför ökar/växer kostnaderna?

- Donationsosal
  - Öron Op-sal
  - Campus
  - Nytt helikopteravtal
  - Lönesatsningar
- Dvs nya utökade verksamheter utan ökad budget
- Samöva, internationellt
  - Ambulansen
- En liten ökning varje år
- Medicinteknikutveckling
  - Äldre befolkning

### **Hur följer ni upp er verksamhet och vad sker om man inte håller sig inom ramarna ?**

## Uppföljning av verksamheten

- Kort uppföljning på LG, pulsmöten, 2-3 ggr per år uppföljning av uppdrag och VP, kval register
- Genomgång med ekonom
- Budget eller andra mätetal
  - Arbetade timmar, overtid, sjuktal
  - Produktion/bemannning
  - Kostnader som ökar mer än förväntat
  - Uppdraget
  
- Konsekvenser om man inte håller sig inom ramarna

Tittar i första hand på personalkostnader och arbetade timmar och koppling till produktion

Tittar på varför, om det är något som kostar mer än förväntat– om det är något specifikt

Det stora underskottet, ser man redan när man lagt budget utifrån det förväntade uppdraget

## Minnesanteckningar från Regionstyrelsens träff med Område Barn Unga vuxnas ledningsgrupp 20170613

Närvarande: Mikael Lec-Alsén OC, Anna Olander EC/BUH, Håkan Löfvenberg EC BUP, Tua Bardosson EC FBH, Lars-Gunnar Björk Ekonom verksamhetsstöd, Erich Bieber EC BUP.

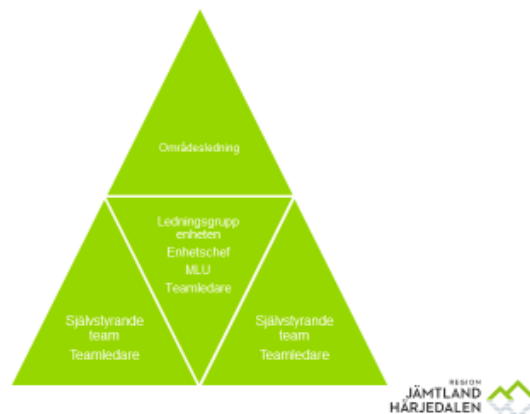
Ann-Marie Johansson, Christer Siwertsson, Elin Lemon per telefon.  
Ingela Jönsson och Gertrud Bertilsdotter-Reineke.



### Hur arbetar ni med utvecklingsarete enligt LEAN ?

#### Frågeställningar för besöket

- Hur arbetar ni med utvecklingsarbete enligt lean?
    - **Teamansvar** för resultat, teamutveckling och förbättringsarbete
    - **Värdeskapande**. Fokus på patienten och hur väl vi kan hjälpa patienten. Framtagande av data för att mata detta.
- Införande av ny teknik och nya metoder för att öka patientnyttan  
 Digitala patientbesök  
 Internetbehandling  
 Stöd och behandlingsplattformen  
 Gruppbehandlingar  
 Start mobila verksamheter. Akutteam och IKB team.  
 Allt med syfte att skapa mer patientnytta/personaltid



Detta står inte överst på listan. Vi arbetar med förbättringsarbetet på annat sätt - T ex Självstyrande team med en teamleader

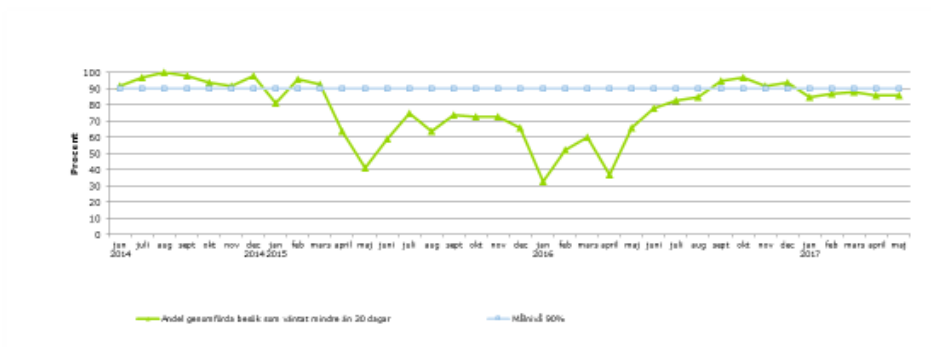
Egna Ledningsmöten  
Verksamhetsutveckling  
Utbildningar

Försöker trycka ansvaret för förbättringsarbetet neråt i organisationen

## Hur långt har ni kommit med produktions och kapacitetsplanering och förbättring av tillgängligheten?

- Hur långt har ni kommit med produktions och kapacitetsplanering och förbättring av tillgängligheten?
  - Produktions och kapacitetsplanering av utredningar
  - Ökad koll på vad som produceras, behov och tillgängliga resurser genom; verksamhetsutveckling av registreringar i cosmic, kvalitetsmått av vårdens resultat, kompetensplanering.
  - Fokus tillgänglighet första besök till BUP.

### Tillgänglighet till första besök BUP



Analyser av produktion och kapacitet sker i alla våra verksamheter. De konstaterar också att de har dålig koll hur det går för våra patienter efter att de lämnat oss.

Verksamheterna har ökat inflöde med samma bemanningsstatus

Det är rimligt att få bedömning inom 30 dagar

## Hur långt har ni kommit med kompetensförskjutning ?

Ssk sköter den medicinska uppföljningen, istället för läkare

Förskjutning/Flyttat till kommunerna där vi haft samma arbetsuppgifter dvs specialpedagoger

## Hur samarbetar ni med andra enheter när det gäller bemanning ?

- Hur samverkar ni med andra enheter när det gäller bemanning?
  - Samverkan mellan enheter inom BUV och/eller andra områden? Kommunen (IKB)

Samarbetar med andra områden där vi har små och sårbara kompetenser. Tex mellan BUV och BUM samt BUP och VUP. Mellan enheterna inom BUV sker en hel del tjänsteutbyten tex mellan BUP och BUH.

## Bemanning och fördelning resurser till BUP/BUH

Administrationn	BUP Extra tillskott	BUH Extra tillskott	Övertaliga***
BUH 3 medicinska sekreterare	1 specialistläkare	2 psykologer	1 logoped
BUP 5 medicinska sekreterare	2 sjuksköterskor	1 socionom	1 specialpedagog
FBH 1 medicinsk sekreterare	2 socionomer	1 logoped**	1 arbetsterapeut
BUV 3 administrativa assistenter	5 psykologer	1 specialpedagog	1 sjukgymnast
		1 arbetsterapeut*	<b>Neddragningar</b>
		1 sjukgymnast	2 barnskötare
		1 medicinsk sekreterare	1 specialpedagog
			1 mott. biträde

\* BUH tillhandahåller 20% arbetsterapeut till BUP

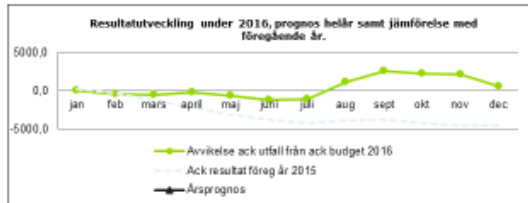
\*\* BUH tillhandahåller 5-10% logoped

\*\*\* Prövning av företrädesrätt till tjänster på andra enheter inom BUV enligt LAS

## Beskriv er interna budgetprocess

- Beskriv er interna budgetprocess. Redogör för där ni har stora differenser hur tänker ni där?

- Budgetkonferens alla chefer. Fokus på "problemområdena"



"Problemområden"  
Hjälpmedel – 1,8 Mkr  
Hyrläkare 4,0 Mkr  
Höga intäkter

Underskott 4,5 milj 2015      Överskott + 600 000 2016

Ser just nu oroväckande kostnadsutveckling

Hyrläkare på barn/ungdoms psyk

Stor diff på behovet av läkare och egna läkare, därav hyrläkare

De hyrläkare som tjänstgör är ex pensionerade och de är här en längre tid, 3-4 personer

Rekrytering ST-läkare, Inga sökande

Statliga pengar -riktade pengar ? När projektet tar slut, så upphör de riktade och statliga pengarna. Just nu används de till metodutveckling, ny teknik och utbildningsinsatser

## Hur följer ni upp er verksamhet och vad sker om man inte håller sig inom ramarna ?

- Hur följer ni upp verksamheten? Är det den givna budgeten som gäller eller finns andra mätetal? Vad sker om man inte håller sig inom ramarna?

- Övergripande resultat området viktigt fokus.

- Större fokus på att budgetera så nära faktiskt utfall som möjligt.

- Slutenvård BUP tillfört 6,7 Mkr. Beräknad kostnad 8,5 Mkr stor utmaning.

- 2015 överfördes 3 Mkr för budget hjälpmedel. Utfall 2016 4,8 Mkr.

Var hitta pengar till att utöka hjälpmedelsbudget? Eller kan vi minska hjälpmedelskostnaderna till 3 Mkr?

Det viktigaste målsättningen är områdets +- resultat. Största kostnaden är personal.

Arbetar för att öka intäkterna tex bassängutredningen där diskussioner pågår med Östersunds kommun om ökad finansiering från dem.



## **Minnesanteckningar från Regionstyrelsens träff med Område Hjärta Neuro Rehabs ledningsgrupp 20170612**

**Närvarande:** Lena Olander, Områdeschef, Karin Larsson EC Hjärtenheten, Cecilia Fors Lyrén EC Hjärtenheten, Pernilla Johansson EC Neuromottagningen, NeuroStrokeavdelningen, Louise Iversen EC Rehab slutenvård, Catarina Nissemark EC Rehab öppenvård, Marielle Sköldebjer EC arbetsterapi/sjukgymnastik, Joel Eriksson ekonom, Anna Sandström verksamhetsutvecklare  
Ann-Marie Johanson, Christer Siwertsson, Elin Lemon(telefon) Ingela Jönsson.

### **Hur arbetar ni med utvecklingsarete enligt LEAN ?**

#### **Lean- verksamhetsförbättring**

- Verksamhetsförbättring: områdesövergripande åtgärdslista
- Daglig styrning
- Värdeflödesanalyser
- Förbättringsförslag på A3
- Slöserijakt

Arbetar mycket utifrån Leans principer. Beskrev gjorda värdeflödesanalyser, slöserijakter och metoden med förbättringsförslag på A3or.

Alla enheter har daglig styrning.  
Området har månadsstyrning – tavla inne på Lena Os rum

Områdesövergripande åtgärdslista med uppdelning vad som ska göras under våren resp hösten.

## Hur långt har ni kommit med produktions och kapacitetsplanering och förbättring av tillgängligheten?

### Produktion och kapacitetsplanering

- Värdeflödesanalyser gällande läkar- och sjuksköterskemottagningar
- Produktionsplaner på samtliga enheter
- Avstämningsmöten på enhetsnivå och på områdesnivå
- Kvar att göra: arbeta utifrån planerna, arbeta med kapaciteten



Har gjort värdeflödesanalyser på läkare och sköterskor på mottagningarna.

Samtliga enheter har gjort produktionsplaner.

Avstämningsmöten sker både på enhetsnivå och områdesnivå. Ekonomen håller i den veckovisa uppföljningen av planeringen.

Även samarbete med HIM eftersom läkaravdelningen finns där.

Vid planeringen har man tittat på processernas flöde och identifierat röntgen som en flaskhals. T ex nämner neuro att MR är för lågt prioriterat utan att neuromottagningen rår på det. Hjärta har ungefär samma situation med klinfys. Bättre kommunikation är svår att få till gällande sådana övergripande flöden.

Samsynsdokument i relation till primärvården är äntligen på gång. Under hösten ska neuro, rehab och reuma gås igenom.

## Hur långt har ni kommit med kompetensförskjutning ?

### RAK-arbetet

- Strokeenheten och Hjärtenheten har påbörjat sitt RAK arbete under våren. Nya rutiner och förskjutning av arbetsuppgifter pågår
- Rehabavdelningen kommer påbörja arbetet under försommaren och hösten
- Mottagningarna har börjat skapa en lista över vilka arbetsuppgifter som finns och genomlysning kommer att starta under hösten



Stroke och hjärta är påbörjat. Rehab har startat men merparten görs till hösten. Lista för avdelningarna är klar att utgå ifrån. Även mottagnin har skapat lista över arbetsuppgifter som kan flyttas.

Distansteknik är också en del i detta arbete t ex att skjuta över en del till distansmöten med patient, t ex inskrivning och uppföljning av PCI som görs tillsammans med primärvården

Arbetsuppgifter har flyttats från läkare till ssk och från ssk till usk och från uska dag till uska natt.

Inte alla enheter tror på färre sjuksköterskor efter helt genomfört arbete, t ex inte neuro, men hjärtenheten tror det när allt är klart.

Christer frågar om vad de tror om en vikariepool – viss tveksamhet uttalades utifrån snabba vårdförlopp och subspecialisering, men nån variant med mindre block skulle kunna vara intressant.

HNR är organiserat i team med alla yrkeskategorier inkl sjukgymnaster, arbetsterapeuter och läkarsekreterare. Det skulle vara bra med alla kategorier i enheterna ink läkarna, men är svårt att få till eftersom de deltar över både HNR och HIMs alla verksamheter.

### **Hur samarbetar ni med andra enheter när det gäller bemanning ?**

## Bemanning- Samverkan

- Enheterna har så kallade "systeravdelningar" och rutiner sinsemellan kring hur de ska kunna hjälpas åt när det är mer tungt under perioder
- Området deltar i vårdplatsmöten
- Vid rehabfall och behov av omplacering av olika anledningar samverkas detta inom området men även mot HIM och övriga sjukhuset

De försöker samarbeta t ex genom egna vårdplatsmöten inom området (varje dag under sommaren). Man hjälps åt så gott det går.

För några år sen fick de kritik från Arbetsmiljöverket- så nu är man försiktigare när det gäller att beordra till arbete på annan enhet. Tydligare att man är överens med arbetstagarens som ska arbeta på annan enhet.

Även omplaceringar arbetas det mer över enhetsgränserna med idag.

## Beskriv er interna budgetprocess

### Budgetprocessen

- Budget läggs på kontonivå på varje kostnadsställe. OC, EC och Ek går gemensamt igenom och lägger budgeten.
- Budgeten läggs på en "slimmad" nivå och kommande besparingsåtgärder medräknas.
- Personaldelen av budgeten beräknas utifrån individnivå.
- Underskottet har lagts på läkemedelsdelen, tanken med det är att få en budget som är möjlig att följa på resterande konton.

Arbetet börjar med att lista en personalbudget utifrån bemanningsmålen på individnivå, drar sen bort för semester och sjukfrånvaro.

Den stora differensen mot budgetramen läggs på läkemedel.

Jobbar med intäkter också. En neurokirurg från Göteborg kommer hit och gör shuntoperationer istället för att det blir dyra regionvårdskostnader.

Till hösten ska ett arbete starta med att kolla att området verkligen tar betalt för allt enligt regler och lagstiftning.

## Hur följer ni upp er verksamhet och vad sker om man inte håller sig inom ramarna ?

### Uppföljning

- Verksamhetsuppföljning sker 1ggr/månad. Deltagare: OC, EC, VU, Ek  
Ekonomisk genomgång och diskussion kring verksamheternas resultat utifrån måltavlor
- Avstämning kring verksamhetsplanen regelbundet

Områdeschefen har verksamhetsuppföljning varje månad med ekonom. OC-EC och verksamhetsutvecklare har uppföljning varje månad med ekonomen. Då både uppföljning av ekonomi, måltavlor och verksamhetsplanen.

Läkarna flaggar till områdeschefen för extra dyra patienter.

Sjukresekostnaderna är svåra att följa upp som chef.

Även riks och regionvårdskostnaderna är svåra att följa upp. Vissa år har manuell uppföljning gjort, men det har man slutat med. Svårt att analysera fakturaunderlagen.

Frågade om varför bussbiljett på kallelsen inte längre tillämpas. Området har en del patienter som uteblir från sin bokade tid utan att avboka pga att de inte har råd att ta sig till sjukhuset.

Möjlighet för patienterna att boka tid själv ska börja tillämpas på reuma till hösten.

EC neuro skulle vilja kunna rekrytera för framtiden men har inte budget för det nu.

## Minnesanteckningar från Regionstyrelsens träff med Område Kirurgi/ögon/örons ledningsgrupp 20170529

Närvarande: Anna Warg OC, Siv Wahlström Personalkonsult, Anna Forzelius Storsjögläntan/onkologmott/kir.kurator, Nils Olof Hedman Mag-tarm kirurgi stomimott, Madelene Nyström samordnare sekreterargrupp Kirurgkliniken, Helene Marberg EC urologi/ögon/öron-avd uroterapi mott kirurgiska enheten för inskrivning och dagvård, Annica Mortensen EC Bröst/endokir och kärl/plastik-avd, Karin Antonsson chef ögonkliniken, Lena Lindholm tf chef ögonkliniken, AnnSofie Köhler EC öntfmott + logoped, Åsa Moxell tf EC öron och logopedmott, Evalena Peterson tf EC Hörsel och synrehab Ann-Marie Johansson, Christer Siwertsson, Elin Lemon per telefon Ingela Jönsson och Gertrud Bertilsdotter-Reineke

### Hur arbetar ni med utvecklingsarbete enligt LEAN ?

#### LEAN

- Flertalet verktyg som finns inom LEAN används på området ex värdeflödeskartläggningar, PDSA, A3, 5S m.fl.
- Ordet LEAN kan i verksamheten lätt uppfattas som ett skällsord. Ett ord som används istället är ständiga förbättringar vilket det arbetas för på hela området.
- HIFA urologi och SVF har använt sig mycket av ovanstående verktyg ffa värdeflödeskartläggning och A3
- OPUS och RAK är stora pågående projekt som syftar till just ständig förbättring, standardisering, identifiera slöseri (både tid och pengar) och rätt använd kompetens.
- Alla enheter har pulsmöten på morgonen.
- Områdesledning och flertalet av enheterna har målstyrnings-/förbättringstavlor med därtill hörande möten för att just arbeta med måluppfyllelse och ständiga förbättringar.

Även om enhetschef ej är på plats, så genomförs pulsmötena.

### Hur långt har ni kommit med produktions och kapacitetsplanering och förbättring av tillgängligheten?

Bokar in nya patienter om avbokn. Avbokning via Mina vårdkontakter/röstbrevlåda En del teknikbekymmer (ffa telefoni). Alla sätt att av- och omboka behövs eftersom vi har olika patientkategorier.

Lista på de patienter som kan komma med kort varsel

Genom kartläggningen syns det tydligt vad som saknas; Läkare och Lokaler (ÖNH)

Stor fara för patientsäkerheten med anledning av de långa väntetiderna (Ögon, Urol) Återbesök skulle kunna genomföras på HC, uppföljningssamtal per video Största problemet är brist på specialister (Ögon och Urol) Möte om produktionsplaner varannan vecka (Kir)

Kartlagt kapaciteten, varierat inflöde remisser över tid. (SHR) Extra stor satsning på gravt hörselskadade (ffa Cochleaimplantat)

Många yttre faktorer som man ej kan påverka, men får konsekvenser – tex lokaler, ändrade nationella riktlinjer etc.

## ÖNH+Logoped verksamhet

- Kartlagt produktions o kapacitetsplanering. Brist på läkare, kompetens och utrymmen gör att vi inte kan möta tillgänglighetsbehov.
- Stort utbildningsbehov på läkarsidan pga generationsskifte. Brist på framförhållning i arbete med kompetensförsörjning sedan minst 10 år tillbaka.
- Följer upp mål månadsvis enligt områdets rutiner. Har också lokala mål som följs varje vecka ex oskrivna diktat, lediga tider osv. Detta för att mobilisera resurser till högt prioriterade mål utifrån patientsäkerhet och tillgänglighet.

## ÖGONMOTTAGNINGEN

### VÅR VERKSAMHET

- 2016 cirka 22 000 besök
- Läkare
- Allmänsjuksköterskor
- Ögonsjuksköterskor
- Operationssjuksköterskor
- Undersköterskor
- Ortoptister
- Medicinska sekreterare
- Förebyggande verksamhet
- Akut verksamhet
- Planerad verksamhet
- Läkarmottagning
- Ortoptistmottagning
- Sjuksköterskemottagning

## ÖGONMOTTAGNINGEN

PRODUKTION OCH KAPACITET LÄKARE

- Produktionsplanering läkare finns.
- Behov av cirka 11 heltidstjänster ögonspecialist
- Enkel kapacitetsplanering gjord maj 2017
- 3 överläkare, 2 specialister och 5 ST-läkare
- De flesta jobbar deltid
- Läkarkapaciteten är därför cirka 4,5 heltidstjänster
- Resursbristen ögonspecialist motsvarar 6,5 heltidstjänster

## ÖGONMOTTAGNINGEN

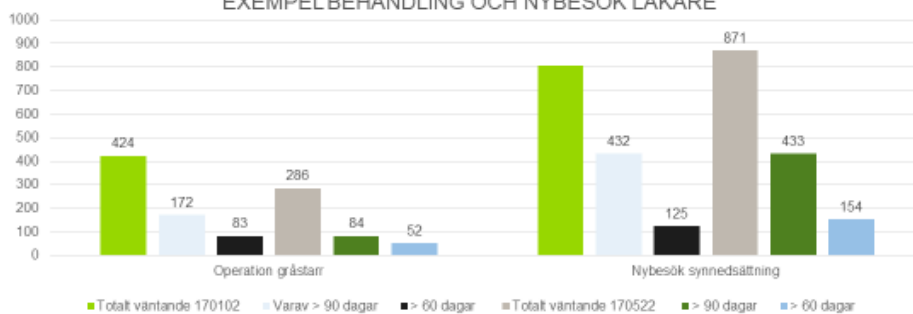
PRODUKTIONSPLANERING UNDERSKÖTERS KOR OCH SJUKSKÖTERS KOR

- Sjuksköterskebehovet tillgodosett idag, men.....
- Väntande pensionsavgångar 2018
- Behov av ögonsjuksköterskor p g a pensionsavgångar
- Planerad vidareutbildning hos sjuksköterska
- Ögonsjuksköterskor i stort sett omöjligt att rekrytera.
- Få utbildningsplatser nationellt, cirka 30 – 60 utexamineras/år (uppdragsutbildning)
- Rekrytering pågår
- Stort behov av undersköterskor
- Saknas cirka fyra stycken utifrån verksamhetens behov
- Förutsättning för bra patientflöde hos läkaren
- Rekrytering pågår

## ÖGONMOTTAGNINGEN

TILLGÅNGLIGHET VÄNTETIDER

EXEMPEL BEHANDLING OCH NYBESÖK LÄKARE

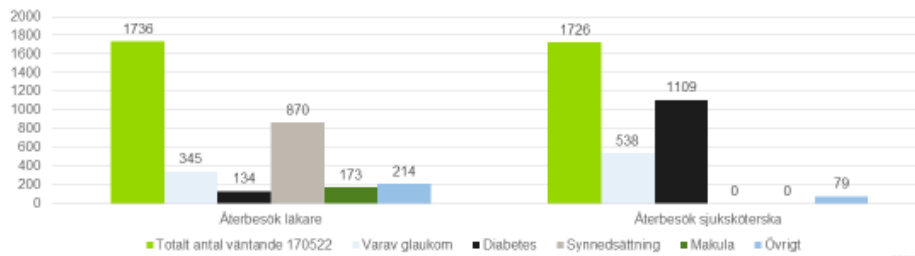




## ÖGNOMOTTAGNINGEN

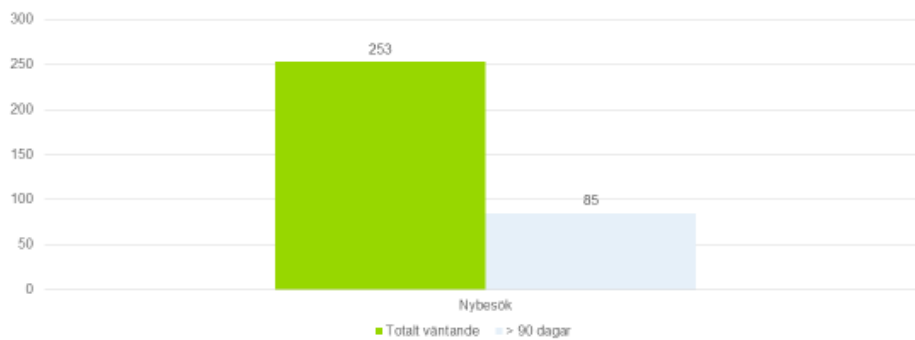
TILLGÄNGLIGHET VÄNTETIDER ÅTERBESÖK LÄKARE OCH SJUKSKÖTERSKA

ANTAL PERSONER SOM INTE FÅTT ÅTERBESÖK I TID



## ÖGONMOTTAGNINGEN

TILLGÄNGLIGHET VÄNTETIDER NYBESÖK SJUKSKÖTERSKA



## ÖGONMOTTAGNINGEN

TOTALT ANTAL VÄNTANDE

### LÄKARE

- Nybesök 984 st
- Återbesök 1803 st
- Totalt 2787 st

### SJUKSKÖTERSKA

- Nybesök 253 st
- Återbesök 1726 st
- Totalt 1979 st

## Hur långt har ni kommit med kompetensförskjutning?

Det är främst vårdavdelningarna som har påbörjat arbete med RAK

- Personalen är engagerade
- Redan idag har usk kvalificerade arbetsuppgifter
- Tittar närmare på flödet gällande "tider"
- Kompetenskort usk, kommer att höja kvalitén på längre sikt
- Patienterna är sjukare idag än förr, mer resurskrävande
- Läkare överlåter mer mottagning till ssk
- Projekt Urologi, där sekreterarna är med på ronderna. Det blir mer kontinuerliga rondanteckningar, så man ska slippa dubletter vid rondanteckningarna, samt att läkarna slipper diktera
- HIFA; förskjutning av arb.uppg från läkare till ssk och sekr på urol.mott.
- Skoperande sjuksköterskor på endoskopienh.

## Fråga om synpunkter om snabbutbildningen av medicinska sekreterare som genomfördes för ett par år sen – Följande svar inlämnat efter mötet:

Området har ingen medicinsk sekreterare anställd som gick denna utbildning och som vi sa vid mötet så tror vi att de flesta av dessa var personer som redan hade en tjänst som ex. receptionist eller annan administrativ uppgift på ex.vis en HC eller liknande.

Under mötet diskuterades det om kompetensförskjutning och att de medicinska sekreterarna på våra kliniker övertar mer och mer uppgifter från sjuksköterskor och läkare. Detta är oerhört viktigt och bidrar till att förbättra tillgängligheten för patienterna.

För att kunna fullfölja en god kompetensförskjutning behövs en gedigen sekreterarutbildning, vilket talar emot en snabbutbildning.

## ÖGONs bilder ang RAK

### RAK

SJUJSKÖTERSKA OCH SEKRETERARE

#### Idag

- Sekreterare gör tidböcker
- Sekreterare planerar ssk- och läkarschema
- Ögonsjuksköterskor sköter nästan all bokning cirka 80% tjänst
- Sjuksköterska sköter av- och ombokning cirka 50% tjänst
- Mycket tomma tider och uteblivna besök
- Dålig telefontillgänglighet p g a många bokningsärenden.

#### RAK framtid

- Sekreterare sköta bokningar, av- och ombokningar, fylla tomma tider och ansvara för och rensa väntelistor.
- Sjuksköterskor ha egna mottagningar och telefonrådgivning
- Erbjuder återbesökstid i samband med besök för mindre bokningshantering
- Rekryteringsbehov sekreterare sannolikt

## RAK

### LÄKARE SJUKSKÖTERSKA

#### Idag

- Läkare ger intravitreala injektioner, cirka 20% läkartjänst/vecka 52 veckor/år
- Läkare bedömer sjukdomsstatus glaukom efter sjuksköterskebesök.
- Administration cirka 200% läkartjänst/vecka
- Långa väntetider till återbesök läkare glaukom

#### RAK framtid

- Sjuksköterska ge intravitreal injektion mot lönetillägg. Frigör läkarresurser
- Uppdatera vårdprogram glaukom med utökat bedömningsansvar för ögonsjuksköterska med glaukominriktning
- Nytt arbetssätt med alltför glaukomkontroller hos sjuksköterska, passerar läkare utifrån behov?
- Minskar administration för läkare och frigör läkarresurser

## RAK

### SJUKSKÖTERSKA UNDERSKÖTERSKA

#### Idag

- Undersköterskor delegering ge ögondroppar
- Sjuksköterskor och undersköterskor förundersöker patienter till läkare
- Tidigare gjorde endast ssk det
- För få undersköterskor
- Långa väntetider sjuksköterskemottagningar

#### RAK framtid

- Endast undersköterskor ska förundersöka till läkarmottagningar
- Sjuksköterskor ha egna mottagningar och telefonrådgivning
- Rekryteringsbehov undersköterskor
- Köpa vårdnära tjänster?

### **Hur samarbetar ni med andra enheter när det gäller bemanning ?**

De tre vårdavdelningarna samplanerar luckor, akutbemanning, för att bli mindre sårbara.

Lite hattigt för personalen, när man lånar emellan.

Lånar även från vårdavdelning till mottagning.

Inskrivning dagvård, en del pensionärer är inne och jobbar timmar.

Lånar sekreterare mellan enheterna, i synnerhet vid diktatskrivning.

### **Beskriv er interna budgetprocess**

## Intern budgetprocess

Intern budget är lagd utifrån DTS förslag, dvs enligt utfall föregående år. Enda undantaget är röntgen där vi valde att lägga en snäv budget 2017 i förhoppning om att vända den negativa trenden som pågått under flera år.

- Arbete pågår för att ta fram uppföljning när det gäller röntgenkostnader för att se vilken typ av röntgen som drar upp kostnaderna. Raindance och röntgensystemet är inte uppbyggda med samma struktur så i dagsläget är det minst sagt komplicerat att bryta ner kostnaderna och analysera vad ökningen beror på. Arbete pågår som sagt men det är oklart när uppföljningsverktyget är färdigt (flera berörda områdesekonomer samarbetar). Kirurgens ekonom har pratat om kostnadsutvecklingen i läkargruppen men det är svårt att angripa problemet när vi inte lyckas utreda orsak.
- Kostnaderna för inkontinensartiklar är lägre än budgeterat, OC/EC får gärna kommentera åtgärd
- I övrigt några justeringar utifrån helårstrenden samt "rullande 12" (fördelningen mellan olika konton blev inte helt optimal)

Frågan hade missuppfattats – de trodde vi frågade efter samspelet mellan köpande och säljande enheter internt inom regionen, därav svaret.

Förtydligande gjordes och då svarade områdeschefen att budgetarbetet sker genom samarbete mellan enhetschefer och ekonom med avslutande summering tillsammans med ekonom. Det är mycket svårt att lägga en rimlig budget när differensen mellan verkligheten (förra årets utfall) och budgetramen är så stor. Budgeten är lagd efter den budgetram som är tilldelad Områdets utfall i år jämförs ffa med utfall föregående år i dialogerna inom området, som hålls fortlöpande. Intressekonflikt då tilldelad budget och produktionskrav inte går ihop. Förbättringsarbeten pågår ständigt i försök att effektivisera verksamheten och sänka kostnaderna.

### **Hur följer ni upp er verksamhet och vad sker om man inte håller sig inom ramarna ?**

## Uppföljning i verksamheten

- Området har ett väldigt stort budgetunderskott med sig sedan tidigare så målet för 2017 är att ligga kvar på samma nivå som 2016 (eller allra helst öka intäkterna och minska kostnaderna). Med andra ord så fokuserar vi mer på utvecklingen mellan 2016 och 2017 än budget 2017.
- Fokus på nettokostnadsutvecklingen, riks- och regionvård samt inhyrd personal.
- Måltavlor. Förutom redovisning till OC/EC så har vår blivande verksamhetsutvecklare skapat en vägg där alla medarbetare kan ta del av områdets måltavlor.

**Särskilt bildspel om Ögonverksamheten – Vi hann inte prata om detta så förberett material skickades med.**

## ÖGONMOTTAGNINGEN

### UTMANINGAR

- Växande specialitet
- Åldrande befolkning
- Förbättrade behandlingsmöjligheter
- Forskningsresultat visar på längre behandlingstider och vidare indikationer vid t ex sjukdomar i gula fläcken.
- För liten kapacitet i förhållande till behov
- Arbetssätt som inte följt specialitetens utveckling och patienternas behov
- Kort sjukfrånvaro och VAB påverkar arbetsmiljön
- Ryckig verksamhet

## ÖGONMOTTAGNINGEN

### VÅRA STÖRSTA UTMANINGAR!

- Väntetiderna innebär en risk för patientsäkerheten
- Vi behöver förändra vår verksamhet
- Hur långt räcker våra resurser?
- Stort investeringsbehov i ekonomiskt svår tid

## **Minnesanteckningar från Regionstyrelsens träff med Område ortopedis ledningsgrupp 20170613**

Närvarande: Lars Holgén OC, Lars Pettersson Ortopedavd, Lars Jonsson Ekonom, Britta Ahlin EC Ortopedavd, Åsa Wengfelt EC Ortoped- & rygg mott, Oscar Jacobsen Verksamhetsutvecklare  
Ann-Marie Johansson, Christer Siwertsson, Elin Lemon per telefon  
Ingela Jönsson och Gertrud Bertilsdotter-Reineke

### **Hur arbetar ni med utvecklingsarbete enligt lean?**

Pulstavlor, målstyrningstavlor, ”gröna korset” används.

Flera gått lean-utbildning.

A3:or används i viss utsträckning.

SVF har använt flera av verktygen, flödeskartläggning, HIFA, uppföljningsmöten.

Uppföljningar av mål i verksamhetsplaner på områdes- och enhetsnivå.

Sårvårdsgrupp, trycksårsgrupp, toagrupp, blåsoverfyllnad – förbättringsarbeten avdelningen.

Ryggmottagningen och Campus – teambaserat.

Distansoberoende teknik – uppstartsfas på mottagningen

Följer obokade patienter (ÅsWe)

Området har länge jobbat med LEAN. Rygg, har blivit t o m blivit nationellt uppmärksammat för sitt arbete med vårdflöden

Ordet LEAN däremot ifrågasätts lite hur mycket vi ska man använda detta ord när det väcker lite motstånd medan arbete med ständiga förbättringar och effektiva vårdflöden inte gör det.

Vi använder LEANs verktyg t ex A3 – en utmaning är att kunna skapa delaktighet i en 24-timmarsverksamhet eftersom alla inte är på plats samtidigt.

De flesta verksamheterna har daglig styrning - Mottagningarna har möten 3 dagar per vecka – 13 min

Rehab – försöker nyttja distansoberoende teknik – ipads vid sina dagligstyrningsmöten

### **Hur långt har ni kommit med produktions och kapacitetsplanering och förbättring av tillgängligheten?**

**Nybesök/återbesök:** Städar väntelistor. Är igång.

Vill jobba mer över funktionsgränserna, hitta flaskhalsar. (mott)

At/Sg klarar tillgängligheten – tar ut väntelista varje månad.

Avd – Förbättringsarbeten vårdplanering, hemgång – Losus

**Operation:** Numera finns en plan för hela året. Ligger till grund för schemat/op-planeringen varje vecka. Följer utfall varje vecka/månad.

Ev. Produktions och kapacitetsplanering för gipsningar, polop på mottagningen, Campus.

Ordet tillgänglighet är väldigt centralt för ortopederna – vad bör vi göra och vad vi gör och differensen däri mellan. Det är många faktorer att beakta inklusive sånt som i ej kan påverka, ex halka

Primärvården är med i arbetet kring våra vårdflöden. Flera skulle kunna åka till hemkommunen, det handlar om 6-10 bäddar. LOSUS – upplevs positivt

Just nu funderar vi över förändringarna i Sollefteå; elektiv verksamhet, hur kan vi samarbeta med dem. Ambussen går ju via Sollefteå. Ortopeden har för många vårdgaranti patienter. Kan samarbete med Sollefteå vara en lösning ?

Campus flyter på bra, måste i framtiden vara med mer delaktiga i områdets planering  
Tar tid innan man ser effekterna i vårdflödena.

Vi kollar de remisser som kommit in, 1 ggr/vecka. Det görs manuellt från COSMIC, går inte på något annat sätt idag. Överlag är utdata är ett problem på många sätt, när det gäller effektiv produktions och kapacitetsplanering.

Christer S frågade om ortopederna använder/samarbetar med akuten (riktat mot usk) när det gäller gipsteknikerna? Ja det samarbetas bra där med intressanta utvecklingsområden. Diskussioner har inletts för vidareutbildning av akutens personal. Intressant om detta också skulle kunna spridas till HC i länet

### **Hur långt har ni kommit med kompetensförskjutning?**

**Avd:** undersköterskor – kompetenskort

Medicinska sekreterare vara med på rond och skriva det de kan direkt.  
Ortogeriatrisk – koordinator.

**Mott:** Sekreterare tagit över vissa arbetsuppgifter. Ryggmott sedan många år. Osteoporoskoordinator.

**At/Sg:** Remissbokningar till handrehabteamet. Första besök vid avgipsning. Sjukgymnaster tar återbesök axelpatienter, vissa nybesök. Vissa återbesök fot.

Har gjort översynen enligt modellen som pågår just nu. Våra usk har gjort sin kompetensutveckling fullt ut. Vi ligger långt fram i detta. USk ska ha bra nivå, det har framkommit vid kartläggning kompetenskort

Undersköterskeutbildningarna i länet har en del brister i sina utbildningar. Wargen är Ok, men Vuxenutbildningarna saknar delar i sin utbildning

Ortopeden har många äldre patienter. Därför har vi en osteoporoskoordinator och har delat in avdelningen i en geriatrisk del.

Personal har varit till Gävle på studiebesök och studerat deras arbetssätt när det gäller kring osteoporos och frakturkedjan.

Utbildningen av sjukgymnaster så att de kan avlasta distriktsläkare och själva skriva remisser – gäller det också privata sjukgymnaster. Nej vi fokuserar i 1:a hand på Regionens anställda. Om privata sjukgymnaster ska delta får betala sin utbildning själva

### **Hur samverkar ni med andra enheter när det gäller bemanning?**

Ffa inom egna enheter. Sekreterare skriver för alla. Lån av arbetsterapeut från remonthagen, roterar inom At/Sg.  
Funderingar kring kombinerad tjänst avd/mott. Ortopedprojektet – samarbete inom avd.

Extern: Tipsar andra om timvikarier. Sekreterare skriver ibland åt akm.  
Gipstekniker – akuten.

Mestadels inom den egna enheten. Våra medicinska sekreterare, akut diktat även för andra vid behov.

Fråga om hur läkarna är organiserade: Ortopeden har en särskild läkaravdelning för alla läkare. Svårt att organisera på något annat sätt eftersom de roterar mellan alla verksamheter.

**Beskriv er interna budgetprocess. Redogör för där ni har stora differenser hur tänker ni där?**

Budgeten görs per enhet/kostnadsställe; OC, EC och ekonom. Fokuseras på grundbemanningen för att klara uppdraget, minimigrundbemanning. Vi har svårt att se en lösning för nollresultat. Tänker mer långsiktigt, minska obalansen.

Skulle behövas inkomster. Ev. genom personer som verkligen kan DRG-kodning, samt har kontroll på avtal.

Ser över möjligheten att öka var enhets arbete i budgetprocessen, för att EC skall få en bättre relation till budgeten, få tänket. Tänka till, var lägger vi obalanserna. Vad är rimlig budget för olika områden, t.ex. utbildning.

Områdeschef och ekonom har möte med varje enhetschef där vi fokuserar på personalkostnader. Svårt att se att det går lägga en nollbudget.

Ortopeden har fått ökade utgifter pga Campus, kostnader som ej budgeterats. Just nu pågår diskussioner om att utöka verksamheten på Campus, men analyser behöver göras hur isåfall?

Ökning med 1.2 % på nettokostnaderna jämfört med ifjol

Svårt att öka inkomsterna, Christer S frågar om Norgepatienter. Vi kan inte försvara att en Norgepatient går före kön.

**Hur följer ni upp verksamheten? Är det den givna budgeten som gäller eller finns andra måttetal? Vad sker om man inte håller sig inom ramarna?**

Månatligen; OML och produktionsmöten (ekonomi, personal – utförd tid, produktion, tillgänglighet), ffa på områdesnivå men även på enhetsnivå (följa upp mer på enhetsnivå?). Kostnads- och intäktsutvecklingen följs. Fokus på nettokostnadsminskning/ökning, samt intäktsutveckling. Vårdgarantipatienter följs.

Den akuta operativa verksamheten är svår att påverka vad avser inflödet.



Budgeten beror även av patientsäkerhet, tillgängligheten, arbetsmiljön. (Ej stafett-sjuksköterska, minska vårdplatser, ej operera elektivt, kostnaderna går upp).

Stå till svars – diskuterar hela tiden åtgärder !

Varje enhet tittar på detaljerna / posterna med ekonomen.

Vid uppföljning läggs mycket tid på utomlänsfakturorna och uppföljning av vårdgarantipatienterna.

Vi har dialog med patienterna om väntetiden och försöker trots långa väntetider att se om vi kan undvika att de åker nån annanstans.

## Minnesanteckningar från Regionstyrelsens träff med Område Kvinnas ledningsgrupp 20170613

Närvarande: Irené Høglert OC, Christina Westberg EC, Carina Sjöqvist EC, Anna-Lena Östlund, Kristina Tullsten, Lars Jonsson Ekonom.

Ann-Marie Johansson, Christer Siwertsson, Elin Lemon per telefon.

Ingela Jönsson och Gertrud Bertilsdotter-Reineke

### Besök RS Presidium

#### HUR ARBETAR NI MED UTVECKLINGSARBETE ENLIGT LEAN?

- Ökat kompetens hos alla undersköterskor, roterar mot 3 enheter mot tidigare två (Kvinnohälsan, Gynmott, gynavd, specMVC, förlossning och BB/Mammot)
- Planering för översyn av verksamheten gynmottagningen: öka antalet besök ytterligare? Periodvis haft kvartsmottagning. Ev enklare operationer vid gynmottagningen?
- Daglig styrning avdelning 107
- Blödning i tidig graviditet < v 20 direkt till avd- ej akuten på jourtid
  
- Mer svårstyrt pga ökad produktion och "trånga", dåligt anpassade lokaler

Lokalerna blir trånga, pga ökad produktion, - dåligt anpassade till verksamhet, - blir sämre flöde, - specialistmödravårdsmottagning på plan 7, så skulle flödet bli bättre. Golvytan finns, men vi skulle behöva riva/flytta väggar, så lokalerna blir anpassade till dagens verksamhet.

Fanns ett " eget " patienthotell på sjukhuset skulle verksamheten bli bättre, pga avstånden i vårt län

Sjukresorna har ökat pga att pat. inte stannar/ligger inne längre tid samt att "nyanlända" nyförlösta får taxiresa tillbaka till hemmet. Beslut från Migrationsverket.

### Hur långt har ni kommit med produktions- och kapacitetsplanering och förbättring av tillgängligheten

- Gynmottagningen är kategoriserad, produktionsplanerad och ska nu kapacitetsplaneras
- Operation är kategoriserad, produktionsplanerad och ska kapacitetsplaneras
  
- Tillgängligheten till första besök har förbättrats jmf januari 2016
- Likaså tillgängligheten till behandling=operation
- Aktivitetsplan är gjord



## Hur långt har ni kommit med kompetensförskjutning?

- Usk delvis pox, OAE mm
- RAK, påbörjat översyn - hösten 2017
- Utbildning i kompetenskort usk hösten 2017
- Medicinska sekr avlastar läkare med olika kvalitetsregister



*Pox=det nyfödda barnets syresättning och cirkulation kontrolleras  
OAE=Otoakustiska emissioner är svaga ljud som kan registreras i hörselgången och anses återspegla ett biologiskt aktivt inneröra. Registrering av otoakustiska emissioner används ofta som ett test för hörselscreening.  
Erbjuds alla nyfödda barn i redan på BB.*

Område Kvinna tillhör inte den prioriterade gruppen eftersom vi inte har några stafettköterskor. Därför är område kvinna planerad för översyn och utbildningar hösten 2017.

Stafettläkare nyttjas till bakjour och journätter, och till speciella operationer där patienterna samlas till 1-2 ggr per termin.

## Hur samverkar ni med andra enheter när det gäller bemanning?

- Området är organiserat så att all personal har kompetens att arbeta inom större delen av området.
- Undersköterskor och barnmorskor ska kunna arbeta inom tre av sex enheter.
- Gynekolog och barnmorska vid Kvinnohälsan har två mottagningar/vecka vid gynmottagningen. Översyn inom området viktig
- Samdiskussion över området i personalbemanning. I sommar "förlossningX"
- Läkare arbetar över hela kliniken dag- och natt



Samarbete – MVC – BVC – HC; Gemensamma möten. Personalen jobbar inte både på MVC/BVC och här. Bra samverkan men ingen rotation där.

7 – 12 pat. per år, som gått hem på tidig hemgång efter förlossningen återinläggning på neonatalavdelningen– dessa fall följs upp 1 ggr per år och diskuteras brett varför, och om vårdkedjan har säkra rutiner– då deltar alla delar i vårdkedjan.

## Beskriv er interna budgetprocess.

Redogör för där ni har stora differenser hur tänker ni där?

- Ekonomiska resultatet analyseras och jmf med produktionen. När budgeten planeras jmf med resultatet tidigare år. Helhetsbilden är viktigast
- Årsschema för alla tjänstegrupper, jmf per månad mot årsbudget. Löpande diskussion sker hela tiden
- Påverkas av politiska beslut. Lokala och nationella (ex. nivåstrukturering, assisterad befruktning)
- Riks- och regionvård är mest svårstyrtd. Följer antal skickade specialistvårdsremisser jmf med budget. Följer kostnader för cytotatikabehandling/antal aktuella patienter/skickade specialistvårdsremisser/cytostatikakostnader

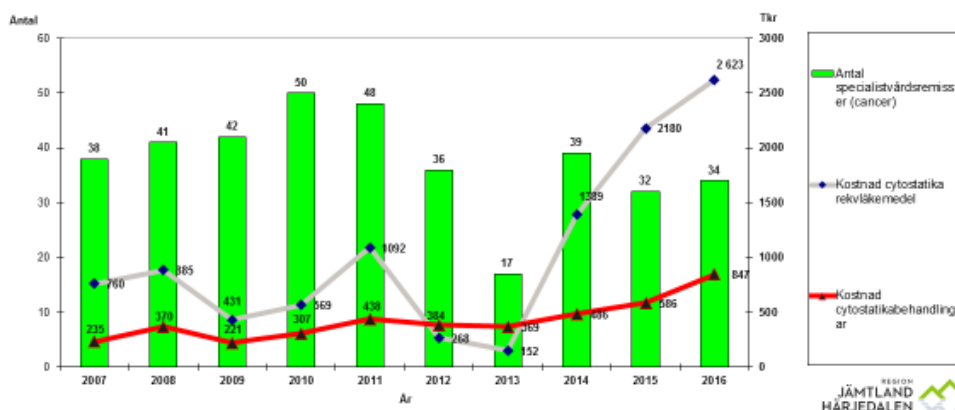
Den budget som finns är beräknad utifrån 1300 barn, 2015-2016 har vi haft mer än 1400 barn. Det klarar sig just nu utifrån 4 miljoner från staten, projektet "Förlossning och Kvinnors hälsa".

IVF, klaras inte inom den beslutade budget när besluten om utökad assisterad befruktning tillkom.

Har ni blivit påverkade av nedläggningen av BB i Sollefteå? En del pat. har kommit från Sollefteå, i huvudsak jämtar som haft närmare till Sollefteå tidigare.

Cancerpatienternas cytotatika är kostnadsdrivande samt innebörden av vårdprogrammet med utökat antal behandlingar.

## Cancer; remisser, kostnader för behandlingar och läkemedel



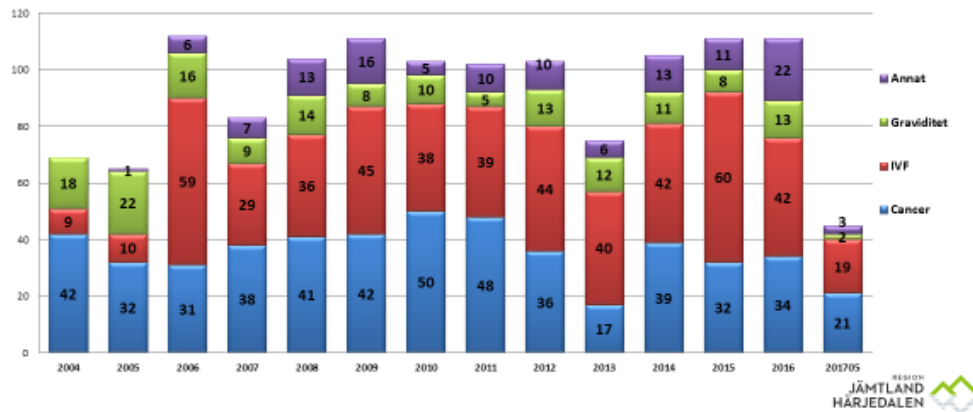
Utomlänsvård har ökat, Området har regelbundna videomöten med de andra 3 norra länen

Gott samarbete finns också med Trondheim, t ex görs ibland Second opinion med Trondheim, vid svåra fosteravvikelser. Område Kvinnas lektor gjorde sin forskning i Trondheim. Innevånare i Härjedalen, åker de till Röros? - Inte många

Samarbete med Västernorrland finns, överläkare, några operationer i Sundsvall per år.

Sundsvall har även skickat pat. till oss. Goda kamrater, dock byter vi inte vård mellan varandra. Vi har ett bättre läge denna sommar än både Sundsvall och Umeå

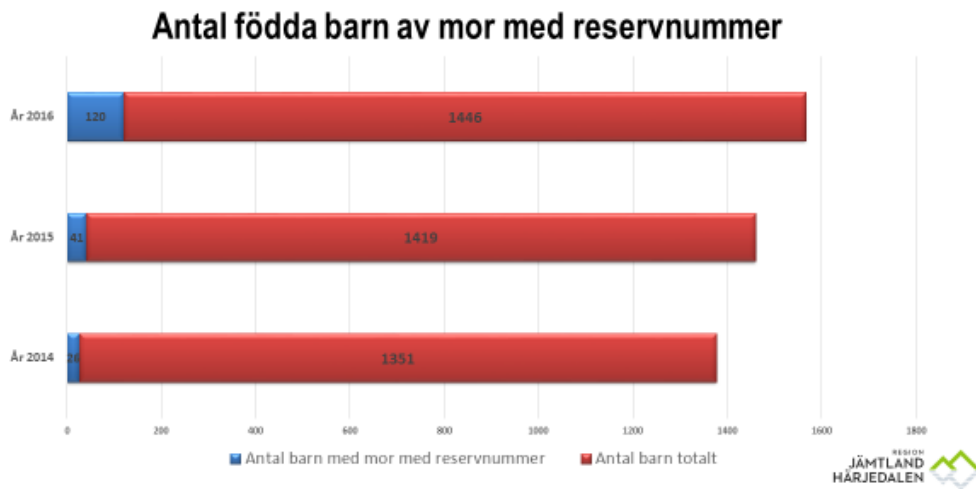
### Specialistvårdsremisser 2004-201705



### Hur följer ni upp verksamheten?

#### Är det den givna budgeten som gäller eller finns andra mätetal?

- Varje månad följs många produktionsmål upp; antal födda barn, sectio, aborter, antal KUB, inkommande remisser, skickade specialistvårdsremisser mm
- Fertiliteten i Regionen, nyanlända
- Perinatal audit, 2 ggr per år tillsammans med Barn
- Årlig uppföljning av alla återinlagda på neonatalavd. Säker vård
- Kvalitetsregister, Gynop, sfinkterrupturer, journalgranskningar mm
- Ledtid till abort, att vi klarar den inom mål. Här finns en gemensam grupp inom vårdkedjan. Följer ledtid på SVF.
- Resultatrapporten följs upp varje månad.
- Antal anställda per månad jmf med budgeterad personal per yrkeskategori
- Ekonomiska resultatet analyseras och jmf med produktionen. Helhetsbilden är viktigast.



### Vad sker om man inte håller sig inom ramarna?

- Antal stafettveckor kontra budgeten för dem. Jämförs också med resultatet för personalkostnader vid läkaravdelningen och hela området
- Varje vikariat /vakant tjänst diskuteras
- Vid nya nationella /politiska beslut översyn av budgeten
- Egenavgifter för patienter; steriliseringar, KUB<35 år och specialistvårdsremisser assisterad befruktning (2 500kr ingår ej i högkostnadsskydd)

## **Minnesanteckningar från Regionstyrelsens träff med Område Diagnostik, Teknik, och Services ledningsgrupp 20170613**

Närvarande: Örjan Strömqvist OC, Jenny Jönsson Ekonom, Marlene Brännlund Ekonom, Carl-Göran Persson EC Röntgen, Kerstin Silfver LAB, Camilla Hellbom Städ, Ingrid Steen Städ, Sara Häggström Hjälpmedels- & Materialenheten, Ingrid Larsson Verksamhetsstöd, Jessica Isaksson Verksamhetsutvecklare, Pär Byenfeldt EC Klinfys Nuklearmedicin, Barbro Olsson Recept/Inre service, Joakim Rödin Servicecenter, Fredrik Eriksson Reception & Inre service, Anne Hallqvist MLA Diagnostik, Linda Henriksson Kommunikationsavdelningen, Malin Torma EC Kostenheten, Sören Olsson EC Medicinsk teknik

Ann-Marie Johansson, Christer Siwertsson, Elin Lemon per telefon.  
Ingela Jönsson, Gertrud Bertilsdotter-Reineke

### **Hur arbetar ni med utvecklingsarete enligt LEAN ?**

#### Område diagnostik, teknik och service

HUR ARBETAR NI MED UTVECKLINGSARBETE ENLIGT LEAN ?

- Daglig styrning
- Pulsmöten
- Högintensivt förbättringsarbete (HIFA)
- A3 vid projektarbeten
- Veckovis avsatt tid för kvalitetsarbete
- Produktions- och kapacitetsplanering
- Standardiserade vårdförlopp
- Servicecenter

Alla jobbar i någon form av LEAN

Ett nutida bevis är Servicecenter. Där har vi samlat

- Fastighetsärenden
- Nycklar
- SITHs kort
- Felanmälan
- Mm som utvecklas vartefter vi ser vad som kan avlast i verksamheterna

Detta är LEAN om något, syftet med Servicecenter är att underlätta för cheferna, a allt samlat på samma ställe

## Hur långt har ni kommit med produktions och kapacitetsplanering och förbättring av tillgängligheten?

### Område diagnostik, teknik och service

HUR LÅNGT HAR NI KOMMIT MED PRODUKTIONS OCH KAPACITETSPLANERING OCH FÖRBÄTTRING AV TILLGÅNGLIGHETEN?

- Klinisk fysiologi har arbetat med en fungerande modell i flera år
- Röntgen har startat upp arbete under 2017. IT-stöd för kapacitetsplanering startar upp i augusti
- Laboratoriemedicin har förändrat schemaläggning under 2017
- Vaktmästeri och Städ har förändrat arbetstider för att anpassa sig till kundernas önskemål
- HMC/Förråd har infört gemensam kundtjänst samt arbetsrotation för att uppnå bättre tillgänglighet

Några exempel som gavs var:

- Röntgen / Labb, ökat antal pat. – startat MR på kvällar
- BMA brist – ändrat schema, många pensionsavgångar, RAK
- Vaktmästeri; I september, självbetjäning, direkt till mottagning/undersökning. Breddinförande 2018
- Post; Förlängd inlämnings tid 16:15. E-brev=kallelser direkt från de medicinska sekreterarna, via PostNord.
- Leveranser av ex paket, förslag att detta kan ske på kvällstid, idag sker det på dagen

## Hur långt har ni kommit med kompetensförskjutning ?

### Område diagnostik, teknik och service

HUR LÅNGT HAR NI KOMMIT MED KOMPETENSFÖRSKJUTNING?

- KlinFys flyttar löpande arbetsuppgifter från läkare till BMA och sjuksköterskor genom delegationer.
- Röntgen bemannar röntgenlab med en röntgensjuksköterska och en undersköterska. Tidigare två sjuksköterskor per lab.
- Röntgen har utbildat en sonograf som övertagit läkares arbetsuppgifter
- Laboratoriemedicin har förskjutit arbete från BMA till andra kompetenser.

Sonograf =ssk – ultraljudsundersökning. Östersund är ett av få sjukhus som har denna funktion.



## Hur samarbetar ni med andra enheter när det gäller bemanning ?

### Område diagnostik, teknik och service

HUR SAMVERKAR NI MED ANDRA ENHETER NÄR DET GÄLLER BEMANNING?

- Röntgen uppmanar, i kallelser, patienter att söka röntgentider hos primärvården när det är möjligt.
- Röntgensjuksköterskor från Primärvården som är under utbildning praktiserar på röntgenavdelningen.
- Läkare från andra områden randar sig på KlinFys. Kardiolog från Medicin arbetar deltid på KlinFys.
- Området har i övrigt liten samverkan med andra områden när det gäller bemanning eftersom kompetensen ofta är unik för området.

Christer S; Det finns röntgen apparater ute på HC i länet och köer på sjukhuset, skulle dessa kunna göras på HC. Svar: C-G; Detta görs redan idag

## Beskriv er interna budgetprocess

### Område diagnostik, teknik och service

BESKRIV ER INTERNA BUDGETPROCESS. REDOGÖR FÖR DÄR NI HAR STORADIFFERENSER HUR TÄNKER NI DÄR?

- Grunden bestäms av de volymer och tjänster som kunderna tänker sig beställa
- Prisnivåerna för 2017 innebar oförändrade priser för diagnostik jämfört med 2016 samt 1,5 % höjning av priser för Service.
- Baserat på ovanstående beräknas intäkter för respektive verksamhet och därefter beräknas kostnaden genom att göra personalbudget samt övrig kostnadsbudget. Kostnadsbudgeten skall ta hänsyn till bedömda kostnadsökningar samt behov av effektiviseringar för att klara ett nollresultat.

## Hur följer ni upp er verksamhet och vad sker om man inte håller sig inom ramarna ?

### Område diagnostik, teknik och service

HUR FÖLJER NI UPP VERKSAMHETEN? ÄR DET DEN GIVNA BUDGETEN SOM GÄLLER ELLER FINNS ANDRA MÄTETAL? VAD SKER OM MAN INTE HÅLLER SIG INOM RAMARNA?

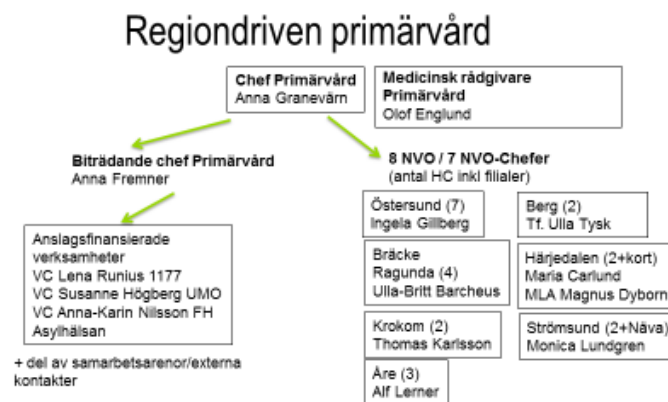
- Resultat per enhet följs upp löpande under året vid respektive månadsrapportering. Redovisas på ledningsgruppsmöten.
- Enheterna redovisar kompletta rapporter vid tertial 1 och tertial 2 samt vid årsbokslutet.
- Kravet är att respektive verksamhet skall klara minst ett nollresultat.
- Övriga mätetal i respektive verksamheter är t ex tillgänglighet, sjukfrånvaro, utförd tid, leveranssäkerhet, olika produktivitetstal, energiförbrukning, andel ekologiska livsmedel m m

## Minnesanteckningar från Regionstyrelsens träff med Primärvårdens närvårdsområde Östersunds ledningsgrupp 20170614

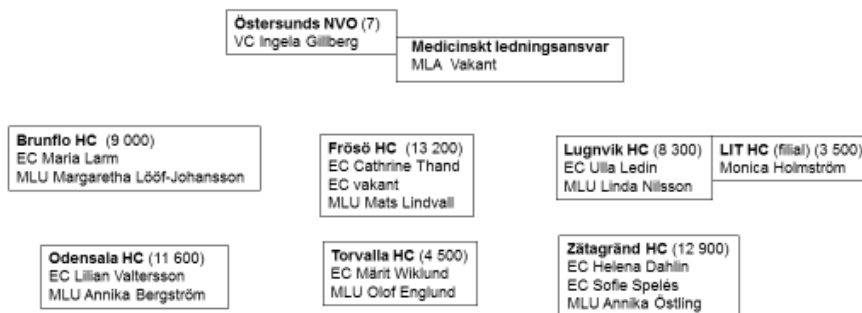
**Närvarande:** Ingela Gillberg VC, närvårdsområdeschef, Ulla Ledin EC HC Lungvik, Anna-Lena Hemmingsson EC Frösön, Cathrine Thand EC HC Frösön Lilian Valtersson EC HC Odensala, Sofie Speles EC Z-gränd, Monica Holmström, EC HC Lit, Märnit Wiklund EC HC Torvalla, Maria Larm EC HC Brunflo, Anita Sandin Assistent

Ann-Marie Johansson, Christer Siwertsson, Elin Lemon (på telefon) och Ingela Jönsson

### Primärvårdens organisation



### Östersunds Närvårdsområde



## Hur arbetar ni med utvecklingsarbete enligt LEAN ?

### Närvårdsområde Östersund

Frågor inför politikerbesök:

#### Hur arbetar ni med utvecklingsarbete enligt Lean ?

- Daglig styrning
- Lean-styrningstavla
- Löpande förbättringsarbete i Leangrupper
- Omstrukturering och ombyggnation effektiviserar verksamheten och förbättrar flödet. Det gör det möjligt att bättre möta medborgarnas behov samt ökar rekryteringsmöjligheterna

#### Hur långt har ni kommit med produktions och kapacitetsplanering och förbättring av tillgängligheten?

- Områdesgemensamt arbete pågår inom PV
- Under hösten planeras ytterligare arbete med telefontillgänglighet/tidsbok och antalet inbokade besök /dag och läkare



Daglig styrning finns på alla HC liksom styrningstavla.

Stort omstrukturingsarbete pågår där starten är hur stan ändrar sig – hur möter vi det inkl om konkurrens av privat HC uppstår.

Till hösten planeras en Workshop för alla HC i Östersund för att ta del av HC Svegs arbete och erfarenheter efter öppnandet av lättakut/öppen mottagning – målet är att ha lättakuter på HC i Östersund också innan 2018.

#### Hur långt har ni kommit med produktions och kapacitetsplanering och förbättring av tillgängligheten?

Nästa vecka pågår arbetet genom att alla Närvårdsområden samlas till ett tillgänglighetsmöte. Diskussionerna handlar om vad registerar vi ? Gör vi lika ? Är vi olika ? Detta ska sen vara grund för diskussioner om hur verksamheterna ska kategorisera sina besök och åtgärder för att kunna göra produktionsplaner.

#### Hur långt har ni kommit med kompetensförskjutning ?

### Närvårdsområde Östersund

#### Hur långt har ni kommit med kompetensförskjutning?

- Vi ha börjat flyttat uppgifter från DSK till USK
- Sjukgymnasterna har tagit över vissa uppgifter från läkare, exempelvis remisskrivning, första bedömning och injektioner
- För att minska sårbarheten i verksamheten jobbar viss personal inom flera områden, tex USK som receptionist och DSK både på mottagningen och BVC
- Patienter styrs över från läkare till PSE

#### Hur samverkar ni med andra enheter när det gäller bemanning?

- Övergripande bemanningsplanering i NVO Östersund
- Gemensamma resurstjänster för BVC, MVC, och DSK i NVO Östersund



PV arbetar föredömligt med kompetensförskjutning t ex Brunflo som under våren varit i flera nationella media om sitt arbete.

Odensalas uskor gör också mer uppgifter nu.

Ett problem är att alla HC och grupper inte gör lika.

På vissa håll blir det lönediskussioner för att man ska ta på sig nya uppgifter. Detta upplevs som ett reellt hinder för kompetensförskjutningen. Enhetscheferna önskar centrala riktlinjer när det gäller detta så att inte varje chef ska brottas med detta och kanske göra olika. Vad gäller ingår det i karriärvägarna, eller i kompetensbeskrivningar som uppdateras löpande.

En del av det uskorna gör kan överföras till patienterna som egenvård. Det borde ges mer information om egenvård till medborgarna. Är lättakuten lösningen? Finns det nåt i det prehospitala projektet som kan underlätta?

Brunflo har anställt en hälsopedagog – och har ett forskningsprojekt.  
Lungvik har en forskningsgrupp kring diabetes  
Rehabkoordinatorerna avlastar mycket bra

### **Hur samarbetar ni med andra enheter när det gäller bemanning?**

Det finns mycket utvecklingspotential i att samordna i en "vikariepool" så kallad resursenhet – men problemet är att bemanna när det är brister på totalen. Näst läkarna är det nu störst brist på MVCsköterskor och signaler på att det finns brist på distriktssköterskor men än så länge lyckas vi bemanna men det är allt färre som söker tjänsterna som annonseras.

Värst i Torvalla – helt tomt på BVC – de föräldrarna för hänvisas tillfälligt till Brunflo, Odensala och Zätagränd. Till hösten finns dock 2 sökande

En eller två centrala familjecentral i Östersund är ingen självklar lösning. Dels pga volymen barn som dagligen kommer till familjecentralen och dels för att det behövs närhet till läkare i anslutning till medicinska behandlingar med risk för komplikationer ex. vaccinationer ges som säkerhet om barnet skulle reagera på vaccinet. Utredning har gjorts men behöver kompletteras.

### **Beskriv er interna budgetprocess + Hur följer ni upp er verksamhet och vad sker om man inte håller sig inom ramarna?**

## Närvårdsområde Östersund

### **Beskriv er interna budgetprocess. Redogör för där ni har stora differenser hur ni tänker där?**

- Vi följer regelbundet upp vår ekonomi, analyserar och arbetar med ständiga förbättringar
- Vi har en stram bemanningsplanering både vad gäller fast och inhyrd personal
- Zätagränd har under 2016 **minskat underskottet med 4 mkr** genom systematisk produktions- och kapacitetsplanering
- Vi bedriver ett systematiskt förbättrings- och utvecklingsarbete
- Vi följer regionens måttal och riktlinjer

### **Hur följer ni upp verksamheten? Är det den givna budgeten som gäller eller finns andra måttal?**

- Ny NVO-organisation, EC-träffar 1 ggr/mån, Lgr NVO Ösd1-2 ggr/mån, VU NVO-chef och PV-chef samt ekonomer.
- Hälsovalets verksamhetsuppföljning
- Patientsäkerhetsdialoger

### **Vad sker om man inte håller sig inom ramarna?**

- Dialog och djupanalys sker vid verksamhetsuppföljningar tillsammans med ekonomer och VC, EC, PV och PV-Chef. Den analys resulterar i åtgärdsförslag för att ändra trenden.

Varannan månad har enhetschef och ekonom genomgång och varannan månad går alla Östersunds enhetschefer tillsammans igenom ekonomin med ekonom.

Det är ju stafettkostnaderna som är det stora problemet. Det ger också produktionsproblem. Den centrala bemanningsenheten har för mycket att göra. Primärvården har önskat en särskild bemanningsenhet för sina egna behov. Idag blir det en del dubbeljobb (både bemanningsenheten och enhetscheferna gör samma saker). PV har frågat om lov att starta en sådan funktion – men fått nej – osäkert av vem.

## Utmaningar

Varje HC gick igenom sina utmaningar

### Närvårdsområde Östersund ; Brunflo HC (9 000)

#### Nuläget läkare

- 5,6 ordinarie läkartjänster bemannas av 1,0 ordinarie läkare.
- 3-4 hyrläkare/vecka.

#### Nuläget distriktssköterskor

- 5 ordinarie tjänster bemannas av 6 distriktssköterskor.

#### Övriga tjänster

- Övriga tjänster fullbemannade.

#### Framåt

- Rekrytering av distriktsläkare pågår.
- En ST-läkare som kommer att jobba ca 0,3 kombinerat med forskning.
- Rekrytering av sjukgymnast pågår.
- Rekrytering av vik psykolog pågår

### Närvårdsområde Östersund ; Brunflo HC (9 000)

#### Sammanfattning

- Som vi alla vet drabbades Brunflo extremt hårt av hyrläkarstoppet med 4 fasta läkare som slutade vilket resulterat i höga kostnader. Patientosäkert med flera Lex Maria anmälningar. Personal som blev sjukskriven och sedan slutade i flera olika kategorier. Vi har nu lyckats vända trenden och är ett växthus med nytt arbetssätt och goda idéer som främjar hela regionen och övriga Sverige tar efter våra goda exempel. Såsom Brunfiodokumentet, sjukskrivningar från dag 8 till 14, lättakut, digital utveckling, riktade mottagningar, vi lyckas genomföra utveckling trots låg bemanning på läkare.
- Antalet DSK är utökat eftersom satsning sker mot specialistmottagning på HC i dagsläget finns Astma/Kol, diabetes och under uppstart hypertoni mottagning. Vård på distansprojekt pågår och är i fas 2, utökas till att flera DL är delaktiga. Även KBT på nätet via 1177 pågår då vi och Krokoms är de som startar detta projekt och har rätt kompetens på psykologerna.
- Våra psykologmottagning har hård belastning och väntetid på ca 6 månader så att öka upp behövs då psykiatri har svårt att ta emot våra remisser.
- Brunflo ligger i bra lokaler med låg hyra och strategiskt placerade om det skulle ske någon olycka i vår närhet.
- Vi har 3 stora SÄBO som vi samarbetar med och även kommunens distriktssköterskor anser att vi har utvecklat ett gott samarbete som i framtiden (inom 3 år då demografin flippar) ökar behovet av hemsjukvård och de äldre blir fler. Vi ser möjligheter att då utnyttja den digitala tekniken mer vid vård med patienten på distans och sjuksköterska mot läkare. Kommunen håller på att köpa in surfplattor för att kunna genomföra detta. Brunflos patienter bor i ett ganska stort område och då är tekniken viktig. Brunflo har fått medial uppmärksamhet i Dagens Medicin, Läkartidningen och våra lokala tidningar som ett gott exempel. Den 11 maj föreläste Maria Larm på dagens medicin där vi belyste många av de ovanstående punkterna på regeringsnivå, socialstyrelsen, och politiker från Stockholm och Västermorrland. Alla pratar om att vi har sjukhustyngd vård och måste planera om för de äldre och kroniska sjuka som kommer att bli fler. Flytta ut läkare till primärvården precis som vi har gjort med en ortopedspecialist fungerar ypperligt. Vi måste börja förändringen i små steg för att få personalen med oss.

## Närvårdsområde Östersund; Frösö HC 13 200

### Nuläge läkare

- 8,3 ordinarie läkartjänster bemannas av 4,2 ordinarie läkare
- 3-4 hyrläkare/vecka
- 2 ST-läkare
- 1 AT-läkare

### Nuläge Distriktssköterskor

- 7,3 ordinarie distriktssköterskor bemannas av 6,6 ordinarie tjänst.

### Övriga tjänster

- Pågående rekrytering av 1,0 DSK
- Pågående rekrytering av 2,0 BVC-DSK

### Framåt

- Ytterligare utbildningsläkare till Frösö HC, ST samt AT alt. Vik Underläkare

## Närvårdsområde Östersund; Frösö HC

### Sammanfattning

- Frösö HC har bra utvecklingsarbeten som pågår, exempel lättakut och "konsult Dr" där det är fokus på tillgängligheten, patientsäkerhet och handledning
- Det finns många möjligheter till utveckling med rätt förutsättningar vad gäller bemanning och ny ledning/styrning
- Frösö är NVO Östersunds största hälsocentral. Frösös utmaning är just antalet listade patienter och ökad belastning r/t ett växande upptagningsområde
- Ny chefsorganisation 2017; två EC med delat ledarskap

## Närvårdsområde Östersund; Lugnviks HC (8300)

### Nuläget läkare

5,2 ordinarie läkartjänster bemannas av:

- 3,15 ordinarie tjänst
- 1 hyrläkare/vecka
- 7 ST-läkare många som arbetar deltid
- 1 AT-läkare.

### Nuläget distriktssköterskor

- 4,6 ordinarie tjänst bemannas av 3 distriktssköterskor och 2 sjuksköterskor
- BVC och MVC vakanta tjänster finns en långsiktig plan för. Under våren har inhyrda sköterskor behövt täcka långtidssjukskrivningar.

### Övriga tjänster

- Alla övriga tjänster kommer att vara bemannade från och med 1/6-17

### Framåt

- Förhandlingar pågår med en distriktsläkare som kan börja november -17. Förhoppningen är att vara oberoende av hyrläkare -18
- Förhandlingar pågår gällande ytterligare ST-tjänst Lugnvik/Lit.



## Närvårdsområde Östersund; Lugnviks HC (8300)

### Sammanfattning

- Detta kan raseras mycket snabbt ifall vi inte får fortsätta arbeta med de förbättringsarbeten som pågår inom NVO Östersund.
- Hyrläkarstoppet 2013 innebar att **antalet listade patienter har ökat med ca 2500**. För att möjliggöra det ökade antalet listade och därmed ökat antal medarbetare har stort förändring krävts gällande lokaler, datautrustning, möbler, klädkostnad mm.
- Enheten har utifrån en god distriktsläkarbemannning valt att ta emot **många utbildningsläkare** som en investering för NVO Östersund. ST-läkarna kräver **handledning som påverkar ordinarie läkares produktion**. Ordinarie läkare handleder i genomsnitt 2 utbildningsläkare var.
- ST-läkarna randar (placering inom specialistvården) sig ca 2,5 år av sina ca 5 år. Det innebär att det är stor variation på hur många ST-läkare som finns på HC och blir svårplanerat. Det betyder att behovet av hyrläkare varierar under året.

Troliga effekter vid ett eventuellt hyrläkarstopp vid filialen i Lit

- Ökat antal listade
- Behov av utökad läkarbemannning. Troligen hyrläkare
- Behov av utökad gällande uska och medicinsk sekreterare.
- Lokalsituationen gör detta omöjligt utan större ombyggnationer.
- Försämrad arbetsmiljö.

## Närvårdsområde Östersund; Lit HC (3500)

### Nuläget läkare

2,25 ordinarie läkartjänst bemannas av:

- 2 hyrläkare som bemannar
- 0,1 ordinarie läkare bemannar BVC mottagningen
- ST-läkare 0,2 från Lugnviks HC.

### Nuläget distriktsköterskor

- 2,8 ordinarie distriktsköterskor av 2,25 tjänst.
- **Övriga tjänster**
- Övriga tjänster fullbemannade.
- Samarbete med Lugnviks HC när det gäller PSE och sjukgymnast.

### Framåt

- Förhandling pågår med läkare för fasta tjänster.
- Förhandling med ST-läkare under förutsättning av ovan.
- Under förutsättning ovan, ev AT-läkare.
- Rekryteringsmöjlighet till ordinarie läkare utifrån att Lugnvik har ST-läkare är intresserad av att arbeta vid Lits hälsocentral när de är färdiga distriktsläkare.

## Närvårdsområde Östersund; Lit HC (3500)

### Sammanfattning

- Patienterna och medarbetarna har en positiv framtidstro utifrån de förhandlingar som pågår både med ordinarie läkare och ST-läkare.
- Detta skulle leda till att behovet av hyrläkare minskar/upphör.

Troliga effekter/konsekvenser vid ett eventuellt hyrläkarstopp

- Patienterna måste hänvisas till annan HC, i första hand Lugnvik som då skulle behöva anställa fler distriktsläkare eller anlita hyrläkare. Det är i dagsläget inte möjligt utifrån lokalsituationen. Lugnvik har i dagsläget redan problem med för små lokaler.
- Längre transporter för patienterna.
- Personalflykt utifrån att det inte finns läkare på plats



## Närvårdsområde Östersund; Odensala HC (11600)

### Nuläget läkare

7,3 ordinarie tjänster bemannas av:

- 3,9 ordinarie distriktsläkare
- 8 ST-läkare som arbetar deltid
- 3-4 AT-läkare under 2017
- En utlands rekryterad läkare assistent anställd
- En till två hyrläkare inplanerad per vecka

### Nuläget distriktssköterskor

- Fullbemannat med 6,5 tjänster

### Övriga tjänster

- Fullbemannat
- Tillfällig utökning av 0,6 usk för att arbeta med ett projekt "Vem gör vad i Värden"

### Framåt

- Planer på att anställa ytterligare sjukgymnast samt ombyggnation i lokalen.
- Planerar att dra ner till en hyrläkare/vecka med förhoppning att under 2018 vara oberoende av hyrläkare.
- Antalet ST-läkare som utbildas på enheten ses som en investering för NVO Östersund.

## Närvårdsområde Östersund; Odensala HC (11600)

### Sammanfattning

- Drabbades hårt av hyrläkarstoppet hösten 2013 då ca 4500 patienter listade sig från Torvalla till Odensala HC på grund av att Torvalla blev en filial utan läkarbemanning. Varken lokal eller personal kunde möta den belastningen. Arbetsmiljön försämrades radikalt och det medförde att 3 distriktsläkare och 5 distriktssköterskors avslutade sin anställning i Regionen.
- Detta medförde stort produktionsbortfall, försämrad tillgänglighet, kraftig ökning av patientklagomål, försämrad patientsäkerhet (Lex Maria) samt stora ekonomiska förluster.
- Denna förändring medförde stora problem med att särskilja kvalitetsmått och ekonomi mellan Odensala och Torvalla. Det har tagit fyra år att bygga upp verksamheten till nuvarande nivå med anställning av 4 nya distriktsläkare, flertalet ST-läkare samt distriktssköterskor.
- Förändrat arbetssätt på psykosociala enheten med snabbare bedömningar leder till färre läkarbesök.
- Under hösten -17 planeras utökning med en sjukgymnast för att ta emot patienter direkt från Lättakut, som planeras i höst. Enheten utbildar 8 ST-läkare samt flera AT-läkare som kräver mycket handledningstid av ordinarie distriktsläkare. ST-läkarna randar ( placering inom specialistvården) sig ca 2,5 år av sina ca 5 år. Det innebär att det är stor variation på hur många ST-läkare som finns på HC och blir svårplanerat. Det betyder att behovet av hyrläkare varierar under året. Försöker under sommaren och hösten att bemanna med endast en hyrläkare.

## Närvårdsområde Östersund; Torvalla HC (4500)

### Nuläget läkare

- 2,8 ordinarie tjänster bemannas av:
  - 2,4 hyrläkare
  - 0,15 ord läkare.

### Nuläget distriktssköterskor

- 2,5 ordinarie tjänster bemannas av 4,0.

### Övriga tjänster

- 2,0 BVC-Dsk saknas.
- Övriga tjänster tillsatta.

### Framåt

- Rekrytering av distriktsläkare pågår.
- Rekrytering ST-läkare pågår.
- Rekrytering av BVC-ssk pågår.

## Närvårdsområde Östersund; Torvalla HC (4500)

### Sammanfattning

- Hyrläkarstopp 2013 gjorde att samtliga läkare slutade, hälsocentralen gjordes om till filial med endast övrig legitimerad personal. En öppen distriktssköterskemottagning inrättades med uppdrag att hela länets befolkning kunde hänvisas hit. Därav högre bemanning dsk även idag. 2016 läkarbemannades filialen åter utifrån en politisk vilja och ett stort behov av att avlasta Odensala. From 2017-04-01 är Torvalla åter en hälsocentral, detta har sin grund i att varken ekonomi eller de kvalitetsparametrar som vårdvalet föreskriver har kunnat följas på ett trovärdigt sätt för någon av enheterna. Ytterligare ett skäl var att de medborgare som flyttade in i området listades automatiskt in i Odensala varpå deras patientunderlag ökade. Inom Torvallas område finns flest Sjöboplatser inom NVO Östersund samt ett korttidsboende som förses med läkarresurs från Torvalla. Långt framskridna diskussioner med läkare finns gällande fast anställning, detta möjliggör också anställning av ST läkare.
- Distriktssköterskornas öppna mottagning (lättakut) ger en god tillgänglighet till våra medborgare och planer finns att utöka även med andra yrkesroller (PSE och sjukgymnast).
- Utbildning av astma/kol sköterska avslutas innan sommaren och en mottagning för dessa patienter kommer att sjasättas. Dsk mottagningar för patienter med sår och behov av BT kontroller är delvis införda. Sjukskrivning från dag 8 kommer också att inom kort utföras av dsk. Psykosociala enheten har till viss del förändrat sitt arbetssätt för att bättre tillgodose befolkningens alltmera ökade behov, men kan ytterligare förbättras.

## Närvårdsområde Östersund; Zätagränds HC (12 994)

### Nuläget läkare

Av totalt 8 läkartjänster är bemannade med:

- 1,4 tjänster bemannade med ordinarie DL
- 1,65. deltidspensionärer anställda
- 3,2 hyrläkare täcker vakanserna.
- 1,25 deltidspensionärer arbetar men slutar på grund av hög ålder under hösten -17

### Nuläget distriktssköterskor

- Fullbemannat med 7,0 tjänster.

### Övriga tjänster

- Psykologtjänst under rekrytering
- Övriga tjänster besatta

### Framåt

- En ST-läkare anställs i augusti
- En ST-läkare anställs i september
- En AT-läkare i december
- En ordinarie distriktsläkare anställs på 80% i juni
- En PTP-psykolog anställs under hösten
- Planerar att anställa två stycken psykologassistenter
- En distriktssköterska och en undersköterska anställs för att arbeta med "Lättakut" och åtgärder enligt LUP. Detta är också för att kunna ta emot den stora andel icke listade patienter som söker svar hos oss.
- Fortsatt behov av hyrläkare 3,2 tjänst

## Närvårdsområde Östersund; Zätagränds HC (12 994)

### Sammanfattning

- Sedan 2015 har underskottet minskats med 4,5 mkr på Z-gränd. Utifrån produktion- och kapacitetsplanering har antalet hyrläkarveckor reducerats främst under perioden 2015-2016. Det har påverkat arbetsmiljön negativt för samtlig personal. Detta har lett till ökad stress och ökad korttidsfrånvaro, personalen är på bristningsgränsen. Ökat antal patientklagomål gällande bristande tillgänglighet och bemötande. Smärtgränsen är nådd, vi har gjort en rejäl ekonomisk åtstramning. Det är inte hållbart i längden, vi riskerar patientsäkerhet, arbetsmiljö och personalflykt. Z-gränd har på grund av sin centrala placering ett stort antal otrohetsbesök. Ca 300 besök per månad vilket motsvarar ca en läkartjänst samt 50% specialistsköterska. Bemanningen är planerad utifrån antalet listade, ej otrohetsbesöken inräknat, vilket medför att vi inte kan möta upp behovet utifrån fritt vårdval. Detta ger ytterligare en mycket hög belastning på personalen.
- Sommaren -16 hade Z-gränd endast en fast anställd läkare av totalt åtta tjänster. Ingen utbildningsläkare eller PTP. Genom AT, ST och PTP kan vi styra över patienter från hyrläkare

## Kostnadsberäkning fast läkare och stafettläkare

Zätagränd HC;

- Fast anställd läkare
  - Genomsnittlig månadskostnad **135 000 kr**, inkl sociala avgifter och semesterersättning.
- Stafettläkare
  - Genomsnittlig månadskostnad **224 000 kr**.

Fast läkare kontra stafettläkare på Z-gränd:

3,7 stafetter = **829 000 kr/månaden** motsvarar 6 fasta läkartjänster = **810 000 kr/månad**.

## Östersunds Närvårdsområde

### Nuläget läkare

39,45 ordinarie läkartjänster bemannas av 15,75 ordinarie Distriktsläkare.

18,1 (25,34) hyrläkare/vecka (33,85 dvs. -5,6) Utbildningsläkare; samt 19 st. ST och 7st. AT

**52x18=936**

### Nuläget distriktssköterskor

Saknar BVC DSK Torvalla och Frösö HC,

Åtgärd; sommarpaket, samordning för BVC Lugnvik/Lit samt Torvalla

### Framåt

Fortsatt rekryteringsprocess för resursbemanning NVO Östersund, utöka internutbildning av BVC-DSK,

## Östersunds Närvårdsområde

### Behov av antalet avrop

- Under året har omständigheter gjort att vi har behövt fler antal avropade veckor av hyrläkare än planerat, orsaker så som ST-randning (sjukhuset), sjukskrivning, föräldraledighet. Varierande kapacitet hos hyrläkarna medför att normen 1,4 inte är hållbar. Utökad administration (till största delen remisshantering och sjukintyg) gör att inhyrda läkare inte producerar patientbesök i det antalet som motsvarar patienternas behov. Vi måste se över vilka hyrläkare vi har och vad dom producerar. Det finns behov av en tydligare controllerfunktion nära NVO-chef inom PV. Bristande kontinuitet ökar belastning, administration, merarbete både för personal och patienten.

## Östersunds Närvårdsområde

- Utbildningsläkare behöver handledning, vilket också tar tid av ordinarie personal. I förlängningen ger det färdiga läkare så vi måste investera. Samtidigt som vi måste satsa på utbildningsläkare så innebär det att belastningen för Medicinska sekreterare, lab-personal och röntgen ökar. En långsiktig investering! För att fortsatt kunna bedriva förbättringsarbete i verksamheten är behovet av vikarier är stort. Detta innebär att vi fortfarande har behov att bemanna med inhyrda läkare. Däremot klarar vi planen att sluta bemanna med inhyrda sjuksköterskor 2017-06-01.
- Det finns mycket hög utvecklingspotential i produktion och kapacitetsplanering för Primärvården. Det nya hemsjukvårdsavtalet och betalningsansvarslagen ställer också nya krav på bemanning i förhållande till behovet hos patienten. Hur rustar vi för det?

## Östersunds Närvårdsområde

### Rekrytering på gång.

- **Distriktsläkare**; ny rekrytering pågår, effekt hösten -17. Sker även löpande allt eftersom ST-läkare blir färdiga distriktsläkare.
- I dagsläget har vi **18 ST-läkare** under utbildning i NVO Östersund. Inom de närmaste 2 år kommer 6 ST-läkare bli färdiga distriktsläkare.
- Under 2017 finns ca **10 AT-läkare** inom NVO Östersund. Vi behöver skapa en bra arbetsmiljö, rimlig belastning och möjlighet till god handledning. Detta är grunden för att ge möjligheter till fortsättning som ST-läkare i PV.

## Östersunds Närvårdsområde

### Verksamhetsutvecklingsarbete som är på gång

- införande av specialistmottagning mm,
  - Astma/kol mott
  - Hypertoni mott
  - Förändrat arbetssätt inom våra psykosociala enheter
  - Lättakut införs på alla enheter inom området under 2017.
  - Vem gör vad i vården, dvs förskjutning av arbetsuppgifter Röntgen remisser skrivs av sjukgymnast Sjukskrivning from dag 8, görs av andra yrkesgrupper
  - Vård på distans
- Utvecklingsarbete via Folkhälsoenheten, ex gruppbehandling diabetes.

## Östersunds Närvårdsområde

### Effekter av eventuell ogenomtänkt neddragning av hyrläkare

- Vi lever fortfarande med effekterna av stafettläkarstoppet 2013. Vi har långsamt börjat bygga upp verksamheterna igen. Risken är uppenbar att detta raseras och kommer att ske i form av:
  - **Bristande tillgänglighet.**
    - Stängning av HC/Filial påverkar patientens möjlighet att få vård i rätt tid, leder till ett ökat tryck på akutsjukvården.
    - Övervältringseffekt/överbelastning på andra HC som inte är dimensionerade att ta emot fler patienter, både lokal- och bemanningsmässigt.
    - Samma antal patienter kommer att fortsätta söka sjukvård, behovet kvarstår.
    - Otrygghet hos medborgare skapar ett större behov av kontakt med vården.

## Östersunds Närvårdsområde

### Uppenbar patientsäkerhetsrisk

- Minskad tillgänglighet för multistjuka ökar risken för svåra sjukdomstillstånd, komplikationer.
- Risk att inte sjukdomstillstånd upptäcks i tid på grund av minskad möjlighet att få vård i rätt tid.
- Otillräcklig bemanning ökar risken för felbedömningar och fördröjning av diagnoser.

### Personalflykt:

- Att fasta läkare säger upp sig.
- Möjlighet till handledning av utbildningsläkare försämras.
- Att specialistsköterskor och annan personal säger upp sig.
- Chefer slutar.

### Arbetsmiljö

- Kraftigt försämrad arbetsmiljö som kan medföra ökade sjukskrivningar.
- Oattraktiv arbetsgivare som medför att det blir svårare att rekrytera ny personal.

## **Minnesanteckningar från Regionstyrelsens träff med Område Hud Infektion Medicins ledningsgrupp 20170612**

**Närvarande:** Mia Ajax områdeschef, Henrik Jonsson Läkaravdelningschef medicin, Anette Herbertsson EC Hud o Kön, Maria Sandström EC medicinenheten, Eva Ericsson EC Lungavd 114, Monica Dalesten EC lungmottagningen, Margareta Laxvik EC dialysenheten, Annika Derås EC medicinmottagningen och dietistmottagningen, Jessica Nääs verksamhetschef infektion  
Ann-Marie Johanson, Christer Siwertsson, Elin Lemon(telefon) Ingela Jönsson.

### **Hur arbetar ni med utvecklingsarete enligt LEAN ?**

Se deras OHbild

### **Hur långt har ni kommit med produktions och kapacitetsplanering och förbättring av tillgängligheten?**

Hud har varit på väg länge pga det trängda läget med läkare har de tvingats till andra lösningar.

Mycket har skett under våren när det gäller kategoriserande av olika besök och åtgärder som är grunder för produktions- och kapacitetsplaneringen.

Det arbetet har också diskuterats gemensamt med område HNR 1 gång i veckan under våren. Det handlar om ändrat arbetssätt i hela teamen.

Det mesta har varit enkelt när det gäller direkta besök, men svårt ang indirekta besök – hur ska de planeras när det gäller läkare ? Det är höstens diskussioner.

Läkaravdelningen deltar i samarbetet i produktions- och kapacitetsplanering – behovet är stort gällande samordning för läkaravdelningen. Läkarna prioriterar jour.akut-mottagning dvs inte avdelning. Det är en utmaning att få till jämt flöde utifrån det.

Dialysens produktions och kapacitetsplanering ska starta till hösten.

### **Hur långt har ni kommit med kompetensförskjutning ?**

Plan 8 Medicinenheten var först ute.

Infektion ska starta till hösten.

Lungkliniken har startat för en månad sen. De har ständiga överbeläggningar – därför har de inte kunnat ta bort nå sköterska, men har möjlig anställning på gång då kan en stafettsköterska tas bort.

Medicins dagvård flyttar arbetsuppgifter från läkare till ssk.

Ytterligare uppgifter är identifierade som Vårdnära servicepersonalen kan göra.

Mottagningarna påbörjar sina kompetensförskjutningsdiskussioner till hösten.

Det är inte klart vad som ingår i Vårdnära service basutbud och vad som kan köpas extra.

Organiseringen med en läkaravdelning är det effektivt ? Ja det skulle vara svårt att få till annars utifrån akutuppdraget och kompetensutveckling mm. Även produktions och kapacitetsplaneringen underlättas nog med en sammanhållen läkaravdelning.

Kommunikation är alltid svårt och kan brista idag mellan de andra enheterna och läkaravdelningen. Men det är också en kulturfråga – att få läkargruppen och sköterskegruppen att arbeta närmare varandra.

Infektion har en gemensam klinik dvs läkarna ingår där i avdelningen – de vill fortsätta så eftersom de bedömer det som bra och effektivt.



### **Hur samarbetar ni med andra enheter när det gäller bemanning ?**

Man roterar mellan avdelning och mottagning – särskilt är det en ambition vid nyanställning. Det blir en balansgång när rotation och kompetensförskjutning motverkar varandra eller gynnar varandra.

Läkarsekreterarna hjälps åt över både HIM och HNR.

Områdescheferna för både HIM och HNR uppmuntrar alla att hjälpas åt över enhets/områdesgränserna.

Det är värdefullt med personer som går från mottagning till avdelning, men enheterna tappar attraktion om de samplaneras.

Vikariepool skulle inte vara sämre än stafetter. Ja det skulle vara attraktivt att arbeta i en vikariepool om det var bättre betalt. Att det inte är gjort beror på att vi har brist på sjuksköterskor – vi vill ha dem för grundbemanningen först som vikarier i andra hand.

Usk-pool ? Jag det skulle vara intressant och skulle troligen ge bättre kompetens hos uskorna där.

### **Beskriv er interna budgetprocess**

Områdeschef och ekonom har genomgång med varje enhetschef och försöker lägga rimlig budget utifrån fjolårets utfall och kunskap framåt.

Bemanning, reskostnader och utbildningskostnader – diskuterar fram rimlig nivå

Läkemedel och utomlänsvården är inte påverkbara – där läggs underskottet

Det är en utmaning att veta att tilldelad pengar inte räcker !

### **Hur följer ni upp er verksamhet och vad sker om man inte håller sig inom ramarna ?**

Verksamhetsuppföljning varje månad mellan Områdeschef och enhetschef.  
- målluppfyllelse, vad har gått bra, vad har gått mindre bra, andra arbetssätt

De tidigare utbudsbegränsningarna och prioriteringarna som gjordes är inte så levande längre pga nya patientlagen

Vi diskuterade också vilka verktyg och stöd som finns för områdeschef och enhetschef: Det finns assistentstöd för bemanning, men rekrytering tar mycket tid av cheferna. Uppföljningssystemen har kan ingen utbildning i. Det är enkelt att få siffror på enheten, men omöjligt att se helheten.

Läkaravdelningen har tillsammans med AT/STstudierektorerna gjort en rekryteringssatsning. De analyserar vilka som är "värda att satsa på". De tänker i 7 års-cykler och har prioriterat bort annat.

## **Minnesanteckningar från Regionstyrelsens träff med Område Psykiatri ledningsgrupp 20170613**

Närvarande: Håkan Gadd OC, Helen Andersson EC psykklin, Ulrika Schröder EC Allmän psykiatri ÖV, Lars-Gunnar Björk Ekonom verksamhetsstöd, Kristoffer Edholm EC Beroendeenheten, Lisa Stjernen EC Akutpsykiatri, Sofie Styrman Personalkonsult, Rikard Strömberg EC Allmänpsyk ÖV, Tiina Ederwall tf EC psykos/Åt, Eva Andersson Verksamhetsutvecklare, Mona Sunnfors EC RUH/neuropsyk ÖV  
Ann-Marie Johansson, Christer Siwertsson, Elin Lemon per telefon  
Ingela Jönsson och Gertrud Bertilsdotter-Reineke

### **Hur arbetar ni med utvecklingsarete enligt LEAN ?**

Största förbättringsåtgärden är projektet ; "Frigör tid för vård". Det syftar till öka direkt patienttid för yrkesgrupperna i slutenvården. Programteorin är att mer tid för patienterna ger ökad kvalitet, bättre flöden och minskad resursåtgång. Frigör tid för vård är utvärderat i England vid ett flertal tillfällen och visar på dessa resultat. Denna förbättringsåtgärd är uppdelad i moduler och genomförs idag på två avdelningar. En tredje avdelning ska starta upp efter sommaren.

I övrigt arbetar områden/enheter olika, men använder de verktyg som finns. Använder t. ex. A3 och värdeflödesanalys. Verksamheten framhåller att de saknar tillgång till lean-coacher i den utsträckning som de skulle behöva. Områdesledningen följer verksamheten vid en puls-tavla

Ett annat förbättringsprojekt är införande av internetbaserad behandling och som startas upp nu. Verksamheten har utbildat ett antal psykologer som ska arbeta med denna form av stöd och behandling. Den förväntade nyttan blir att patienter slipper långa resor och kan göra "sin modul" när det passar. Detta kommer att frigöra tider på mottagningarna. Verksamheten hoppas också att antalet uteblivna besök ska minska då tillgängligheten förbättras. Idag uteblir ca 20 % av besöken.

Vid hembesök har viss personal börjat föra journalanteckningar, tidsbesparing

### **Hur långt har ni kommit med produktions och kapacitetsplanering och förbättring av tillgängligheten?**

Arbetet började redan 2014, men har nu en mer konkret form  
KVÅ-koder kommer att redovisas i höst. Beslut har tagit om hur kategori 1 ska definieras. Det vill säga vad är de huvudsakliga aktiviteterna vi avser att bokföra mot. Ex.vis behandling, utredning o.s.v. Får hjälp av utvecklingsenheten med utdata. Målet är att detta arbete ska vara klart kvartal 4.

### **Hur långt har ni kommit med kompetensförskjutning ?**

Det finns ett uppdrag till enheterna om att jobba fokuserat med detta. Arbetet med kompetenskort är snart klar.

Området har gett DTS ett utredningsuppdrag om att komma med förslag på hur Vårdnära service, kan införas även för psykiatriens vårdavdelningar och vad det skulle kosta. Arbetet ska vara klart i slutet av september.

Verksamheten lyfter att de har problem/utmaning med rekrytering av sjuksköterskor till slutenvården. Antalet ssk på vårdavdelningar har minskat kraftigt. Flera skötare har anställts men kompenserar inte de vakanser som finns. Ett fåtal inhyrda ssk finns särskilt i sommar.

Usk/Skötare/socionomer försöker avlasta ssk Idag många sköra och kortsiktiga lösningar



### **Hur samarbetar ni med andra enheter när det gäller bemanning ?**

Vi samverkar internt och har bl a SAMO = Samordningsmöte ang slutenvården. Vi försöker ha behovsstyrd planering och att man hjälps åt i huset.

EC har gett bemanningsassistenten mandat att flytta personal inom psykiatrihuset.  
Roterar personal i huset, en annan avdelning

Delar överläkare med Region Gotland  
Delar psykolog med Primärvården  
Delar läkare med rehab

### **Beskriv er interna budgetprocess**

OC och ekonom, bearbetar under september budgeten gör förslag till varje chefsområde. Därefter samlas alla för budgetkonferens då alla detaljbudgetar görs tillsammans. Alla chefer gör intern budget själva.

Överskott personalkostnader + 10 miljoner i personalkostnader, detta beror på vakanser

Köpt vård – Regeln är att man ska budgetera 80 % för fjolårets utfall för köpt vård. Verksamheten skulle därför behöva budgetera 19 miljoner för 2017 vilket skulle ta stora summor från övriga verksamhet då anslaget för rättspsykiatrisk vård är drygt 10 miljoner kronor. Överenskommelse med ekonomidirektören att verksamheten ska budgetera anslaget och redovisa avvikelse. Köpt vård på behandlingshem är för närvarande under budget.

Inhyrd personal; det handlar främst om läkare, fåtal ssk.  
SKLs handlingsplan, hantering av köpt inhyrd personal får sin detaljutformning – oberoendet ska uppnås 2018

Området är självförsörjande när det gäller tjänster – dvs. utbildar själv. Svårt att rekrytera Högre löner hos kommunerna;  
Usk/ssk ca 3000:- mer  
Psykologer ca 5000:- mer  
Socionomer ca 2-3000:- mer

AnnMarie påpekade att SVOM diskuterat konkurrensen om personal, vi har där lovat att regionen och kommunerna att inte ska "ta" personal av varandra

### **Hur följer ni upp er verksamhet och vad sker om man inte håller sig inom ramarna ?**

Det är absolut budgeten som gäller

Uppföljning sker konstant via månadsrapporter, bokslut och prognoser

Roland Ylander tar fram specifika underlag för läkemedel, ekonom för inhyrd personal

Man får alltid kommentera sin avvikelser

En patient har skrivit sig mellan länet och ett annat län flera gånger och det som bedömdes som en intäkt i verksamheten blev i stället en kostnad på -1,6 miljoner kronor när det uppdagades att patienten inte längre var skriven i den andra kommunen. Svårt att budgetera för sådana eventualiteter.

Dyra kortsiktiga lösningar är korta vikarieinlägg, bevakningspersonal, övervakning

Kvalitetsregistren är viktiga att följa och analysera för att se vårdens kvalitet.

## Minnesanteckningar från Regionstyrelsens träff med Område ortopedis ledningsgrupp 20170613

Närvarande: Mikael Ferm Regionstabschef, Göran Larsson FOU-direktör, Annica Sörensdotter Personaldirektör, Petra Hellström Personalstrateg (???), Anna-Maria Boström Ekonom, Kerstin Norrbin Utvecklingschef, Marit Nilsson IT-chef  
Ann-Marie Johansson, Christer Siwertsson, Elin Lemon per telefon  
Ingela Jönsson och Gertrud Bertilsdotter-Reineke

Mikael presenterade Regionstabens organisation

### RS presidium besök 22/6



## Hur arbetar ni med utvecklingsarbete enligt lean?

### Utvecklingsarbeten i regionstaben

- Handlingsplan för kvalitetsarbete i regionen (HP lean sträckte sig fram till 2013)
- HIFA
- Digitalisering
- Uppföljningsprocessen
- Organisationsöversyn IT för att möta den "digitala revolutionen" (i enlighet med politisk målsättning)
- Prehospitalt projekt
- Chefsutvecklingsprogram
- Utvecklingsprojekt inom FoUU (Vältel m fl)
- SABA Cloud
- Utveckling av distansteknik bl.a i konferensrum m m

Vi lever som vi lär, kvalitetsutveckling, HIFA  
Vi använder oss av lean i olika projekt t ex

Prehospitalt projekt, olika idéer som vi kommer att köra som pilot i höst/sept  
Även den nya virtuella plattformen, Office 365 kan ses som lean

### **Hur långt har ni kommit med produktions och kapacitetsplanering och förbättring av tillgängligheten**

#### Hur stödja produktions- och kapacitetsplanering?

- Utbildning (chefer, områdesekonomer och personalkonsulter)
- 5-stegsmodellen
- Direkt stöd i produktionsplaneringen

FOUU-avdelningen är kompetensstöd för produktions- och kapacitetsplanering

Vi behöver jobba vidare med de kulturella frågorna

Rollen är att stödja andra enheter, t ex aktivitetslistor, och att avrapportera till Regionledningen varje vecka

### **Hur långt har ni kommit med kompetensförskjutning?**

#### Kompetensförsörjning och karriärvägar

- Tydliggörande av strategibefattningar och karriärväg i regionstaben (strategsamordnare-handläggare)
- Tydliggörande av uppdrag för personalkonsulter, områdesekonom samt alla assistenter i regionen. Regionstaben avser att funktionsleda assistenter i regionen genom introkurs, vidareutbildning m m
- Samtliga chefer ska få uppdrag (från HP chefers förutsättningar)
- Rekryteringssvårigheter (IT-personal, lönehandläggare)

Ej aktuellt med komp.förskjutning men kompetensförsörjning o karriärvägar, påbörjas inom hösten 2017

Känner att vi också måste kunna arbeta med ”karriärvägar” även inom administrationen. Därför pågår arbete med att tydliggöra rollerna assistenter, handläggare och strateger.

Rollbeskrivningar finns endast för de assistenterna som jobbar med personalfrågor. Kompetensförsörjning är ett problem på vissa områden där bl a Statens servicecenter är en konkurrent. En av våra pensionärer jobbar fortfarande för att det ska fungera (71 år)

### **Hur samverkar ni med andra enheter när det gäller bemanning?**

Inom regionstaben samverkar alla avdelningarna via rekryteringsrådet där alla tillsättningar diskuteras.

A-M; Skulle inte ett Rekryteringsråd kunna användas ute på områdena? Ingela; det har undersökts, men eftersom de anställer under andra förutsättningar anser de att det inte passar

### **Beskriv er interna budgetprocess. Redogör för där ni har stora differenser hur tänker ni där?**

## Regionstaben och budget

- Planerad verksamhet, vissa undantag. Exempel är haveri på server vilket medförde akutinvestering
- Hanterar statsbidrag i stor omfattning
- Liten obalans läggs på regionstaben centralt. Vakanser o ej planerad verksamhet har de sista åren vägt upp – alternativet är ytterligare nedskärningar i början på året. Besparingskrav från 2015 uppnådd.
- Samtliga avdelningar håller sin budget
- Sedan tidigare infört rekryteringsråd fortsätter – alla rekrytering, oavsett tid tas upp och diskuteras i rådet

## 2018

- Investeringar – i princip bara IT
- Professionsmiljarden – utvecklingsprojekt på några avdelningar (IT, FoUU, kommunikation, EPA)
- Ofinansierade behov 2018 som måste tas inom ram
  - Förberedelser dataskyddsförordning 500 000 kr
  - Medicinskt lånebibliotek 250 000 kr
  - Office 365 1 miljon kronor

Varje avdelning gör sin budget utifrån kända fakta. Regionstabschefen gör

sammanvägningen och lägger ut ev differenser till de som har möjlighet att hantera en minskad budget

Vi har ”uppdaterat” vissa servrar eftersom det är för långa svarstider  
Införande av Office 365, inte bara inköpet för en 1 milj. utan kostn projektledare, införandet mm

Statsbidrag; uppdelat i 3 kategorier. HOSPA har huvudansvaret för hanteringen.

**Hur följer ni upp verksamheten? Är det den givna budgeten som gäller eller finns andra måttal? Vad sker om man inte håller sig inom ramarna?**

## Uppföljning

- Pulsmöten varje vecka
- Stabsledning varannan vecka (2 timmar)
- Månadsrapporter
- Tertial, delår och årsbokslut
- Regionstabschef, ek o pers sammanställer och analyserar inför varje rapport och delår, årsbokslut.
- Regionstaben har en verksamhetsplan och varje avdelning har en verksamhetsplan som följs upp vid delår och årsbokslut
- Stabens avdchefer deltar på förvaltningsledningarna (RUF på avrop)

Kommentar: regionstaben har dubbla uppdrag, uppåt och inåt. Det inre får ibland "stryka" på foten då själva kärnverksamheterna går först

## Utvärdering ny organisation

64 % av cheferna anser att det är större fokus på kvalitet och förbättringsarbete. Det finns dock ett antal hinder för att det fullt ut kan sägas fått effekt, bl.a. ökad produktion och svårigheter att bemanna verksamheterna.

På övriga frågor om tydligare mandat och befogenheter, förutsättningar för att sprida och genomföra strategier, tydligt leda, mäta och ge feedback, och möjlighet att arbeta med utveckling och förändring svarar i genomsnitt 40 % att de sett positiva förändringar.

Vad gäller det förändrade medicinska ledningsansvaret anser ca 30 % att de sett förändringar medan endast 14 % anser att de har en tydligare roll i uppföljningsarbetet.

**Slutsats: Omorganisationen har hittills gett viss effekt och upplevs positiv, men det finns utvecklingsområden att arbeta vidare med.**

### Några kommentarer

Kortare beslutsvägar och tydligare ledningsförhållanden.

Enklare och direktare men även ökad arbetsbörda för områdescheferna i om att centrumindelningen upphörde.

Bättre samarbete och större fokus på förbättringsarbete... men effekt?

Personalomsättning och omorganisation, fr.a. inom FoUU har inneburit att effekt inte kunnat nås på förbättringsarbetet.

Aktivt stöd till enhetschefer – som områdeschef får jag mer direkt information och har mer samverkan med andra områdeschefer, vilket kan komma enhetscheferna tillgodo.

Vi är EN organisation, indelning i förvaltningar orsakar stuprör och fortfarande finns en attityd "vi/dem".

Områdets roll och resultat vad gäller uppföljning har blivit tydligare än i centrumorganisationen.

Tydligare ansvar för hälso-och sjukvårdsfrågorna på förvaltningsnivå.

## Stabsstöd

- Kontaktpersoner bra, men har ej fungerat tillfredsställande ffa på IT beroende på bemanningsproblematik
- Teamen (linjeorganisering – funktionsorganisering). Stöd kring chefer är mer än bara ek o personal (bild)
- Särskild satsning på kvalitet och utveckling genom bl.a tillsätta en utvecklingschef och samordna forskning, utbildning och utveckling (tillsatt september 2016)
- Verksamhetsutvecklarna nu i områdena (skruvat på organisationen)
- Folkhälsan utifrån politisk inriktning till PV
- Stabsstöd – kan det någonsin bli tillräckligt bra..?



Utvärdering av ny organisation visar att inga förändringar behövs just nu, vi kan avvakta ny regiondirektör och ev ny politiska organisation.

Ingela framför att tjänstemän kan bidra med synpunkter till det arbete som beredningsgruppen för ny politisk organisation gör.

Vi räcker inte till inom IT och Kommunikation som stöd till verksamheterna – det framom i utvärderingen av organisationen

## Övrigt

### Utmaningar

- IT och utveckling
- Analysförmåga
- Utbildningsorganisation för att möta kompetensförskjutningen i vården
- Chefsutveckling – för hög omsättning och för dålig kontinuitet. Stabsstöd förbättras efter hand.
- Slimmad organisation och därtill sårbara på många funktioner = behov som ej kan tillgodoses = satsa rätt? Ibland bättre att satsa på stöd/funktion centralt för att det ska bli bättre i verksamheten (ex samordnad vårdplaneringssystem för sjukvården o kommunerna, KTC och då inte minst digitala lösningar)

---

Folkhälsoverksamheten är överförd till PV under våren. Ingela funderade i anslutning till NRFmötet - Hur har vi tänkt med representanter till olika nätverk gällande folkhälsa? Därför träff m Anna G, Anna F, Carsten D och Göran H. Ingela har gett uppdrag till Anna F o Göran H, att göra ett uppdrag ang folkhälsa som tydliggöra olika roller och ansvar.



## **Minnesanteckningar från Regionstyrelsens träff med Regionala utvecklingsförvaltningens ledningsgrupp 20170619**

**Närvarande:** Anders Byström bitr regiondirektör, Ingrid Printz områdeschef kulturen, Marina Gregorsson områdeschef välfärd, klimat och kompetens, Arne Nilsson, förvaltningscontroller, Dan Humble, Handslingsplan Jämställd regional tillväxt, James winoy sekreterare, Camilla Randström, internationell strateg, Lenita Larsson personalkonsult

Ann-Marie Johansson, Elin Lemon (på telefon) och Ingela Jönsson

### **Hur arbetar ni med utvecklingsarete enligt LEAN ?**

Förvaltningen arbetar med organisationsutvecklingsprocesser med syfte att skapa ökad delaktighet för medarbetarna t ex extern/intern information, mötesstruktur, struktur på APT, pulsmötena, chefernas möjlighet att vara närvarande chef

Kulturen har arbetat med ett särskilt värdegrundsarbete – vem är vi till för, bemötande, medarbetarna i främsta rummet.  
Estrad Norr har ett pågående leancoachlett arbete

Dan Humble nämner också 4 Rmetoden för bättre analyser .

Medarbetarna inom välfärd, klimat och kompetens efterfrågar utbildning om lean.

Förvaltningen har två leancoacher.

### **Hur långt har ni kommit med produktions och kapacitetsplanering och förbättring av tillgängligheten?**

Detta är inte direkt tillämpligt i denna förvaltning. Förvaltningen beskriver sitt arbete med att gå från stuprör till horisontellt arbetssätt. Från projektrinriktning (44 projekt) till program (5-6)

Mycket arbete med att förstå och tydliggöra den röda tråden i alla planer från politik till medarbetare.

Det handlar också om att balansera uppdraget från staten och från regionen.

Läget i länet var en framgångsrik analys – nu handlar det om att göra nåt av det – pågår förankring med kommuncheferna och regionledningen.

Gränsdragningen mot länsstyrelsen fungerar bra. Överenskommelsen om roller och ansvar från 2015 ska revideras under hösten 2017.

### **Hur långt har ni kommit med kompetensförskjutning ?**

I denna förvaltning handlar det om att nyttja medarbetarnas kompetenser bättre, och att vara tydligare i befattningsbeskrivningar angående mål för våra medarbetare.

Det handlar också om:

- Vilka kompetenser ska vi ha för att klara uppdraget
- Kompetensväxlingar
- Ha kompetens som klarar omvärldsbevakning och framtidsspaning
- Ha analyskapacitet

Det som är mest svårrekryterat i denna förvaltning är lärare och bibliotekspersonal.

En brist man upplever är att det inte finns några assistenter – cheferna får därmed göra många enkla administrativa uppgifter själva.

Synpunkter på den nya organisationen som framfördes var:

- Man har inte sett fördelarna med en gemensam regionstab. Tanken att ekonomer och personalkonsulter skulle kunna gå in för varandra har inte fungerat – så ett missnöje finns om att inte tillhöra och vara fysiskt placerad vid verksamheterna man servar.

### **Hur samarbetar ni med andra enheter när det gäller bemanning ?**

Samverkan sker inom förvaltningen och med externa parter

### **Beskriv er interna budgetprocess + Hur följer ni upp er verksamhet och vad sker om man inte håller sig inom ramarna ?**

Tacksamt läge eftersom förvaltningens ekonomi är i balans. Man behöver inte titta bakåt så mycket.

Förvaltningchef+områdeschef+ förvaltningscontroller har uppföljningssamtal enligt regionens modell dvs varje månad, vid terital och delårsbokslut.

Statens finansiering av vissa verksamheter innebär att varje besparing slår dubbelt.

Verksamheterna har varit duktiga på att växla upp de egna medlem med extern finansiering.



7

Regionstyrelsens uppföljning 2017 av  
aktiva mål Samhälle - sjukpenningtal hos  
länets medborgare

RS/16/2017



2017-08-16

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

RS/16/2017

## **Regionstyrelsens uppföljning 2017 av aktiva mål Samhälle - sjukpenningtal hos länets medborgare**

### **Ärendebeskrivning**

Regionfullmäktige har i regionplanen beslutat om ett antal strategiska mål för perioden 2017-2019. I regionstyrelsens verksamhetsplan finns för varje strategiskt mål, två aktiva mål och ett antal framgångsfaktorer i form av utvecklingsområden. De aktiva målen och framgångsfaktorerna är styrelsens prioritering för 2017. De aktiva målen är mätbara och ska följas upp i varje månadsrapport till styrelsen, och som fördjupning två gånger under året. Enligt styrelsens uppföljningsplan ska det aktiva målet under fördjupning Samhälle - sjukpenningtal hos länets medborgare följas upp vid regionstyrelsens sammanträde 29 augusti.

Arbetet med att sänka sjuktalet i länet regleras och följs upp utifrån den långsiktiga utvecklingsplan som regionfullmäktige fastställde under år 2015.

Målet avseende sjukpenningdagar, att till år 2018 minska differensen till riket med en dag jämfört med år 2014, har redan uppnåtts. När arbetet inleddes skiljde det i genomsnitt 3,0 sjukpenningdagar mellan invånarna i Jämtlands län och riket. Efter juni 2017 har skillnaden minskat till 1,0 dag.

### **Regiondirektörens förslag**

Regionstyrelsens uppföljning 2017 av aktiva mål Samhälle - sjukpenningtal hos länets medborgare godkänns.

I tjänsten

Ingela Jönsson  
Tf Regiondirektör

Carsten Dencker  
Chef Hälso- och sjukvårdspolitiska avd

### **Utdrag till**

Processledare sjukskrivningsprocessen

Karin Jonsson  
Hälsa- och sjukvårdspolitiska avdelningen  
Tfn: 063-15 31 87  
E-post: karin.jonsson@regionjh.se

2017-08-11

## **Sjukpenningtalet i Jämtlands län, aktuellt läge juni 2017**

Sjukpenningtalet i Jämtlands län fortsätter sjunka. Juni månad var den 18 månaden i rad som Jämtlands län uppvisade sänkta sjuktal. Under år 2017 har sjuktalet i Jämtlands län minskat med 1,1 dag.

När arbetet inleddes 2015 skiljde det i genomsnitt 3,0 sjukpenningdagar mellan invånarna i Jämtlands län och riket. Efter juni 2017 har skillnaden minskat till 1,0 dag.

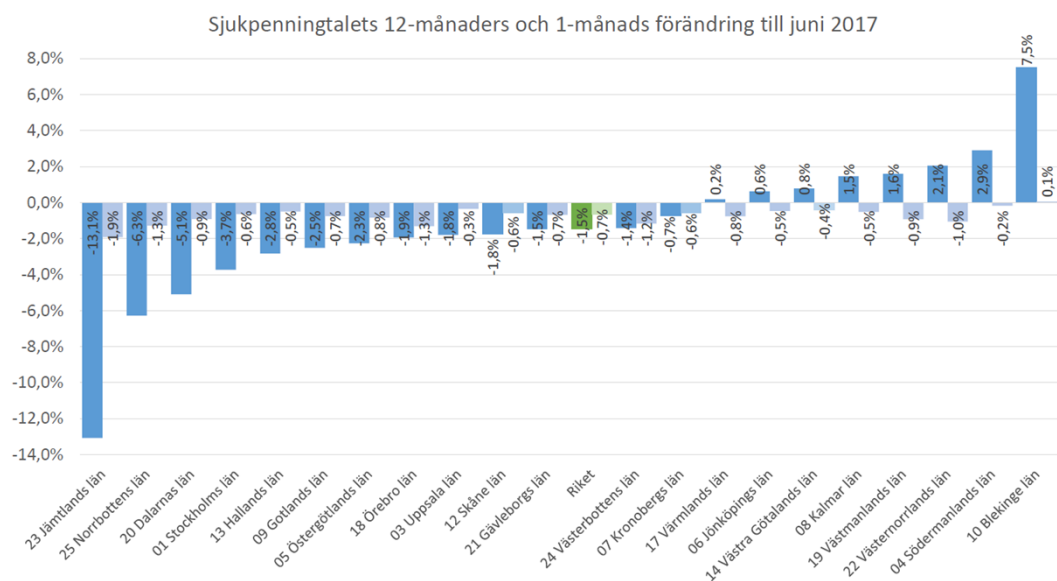
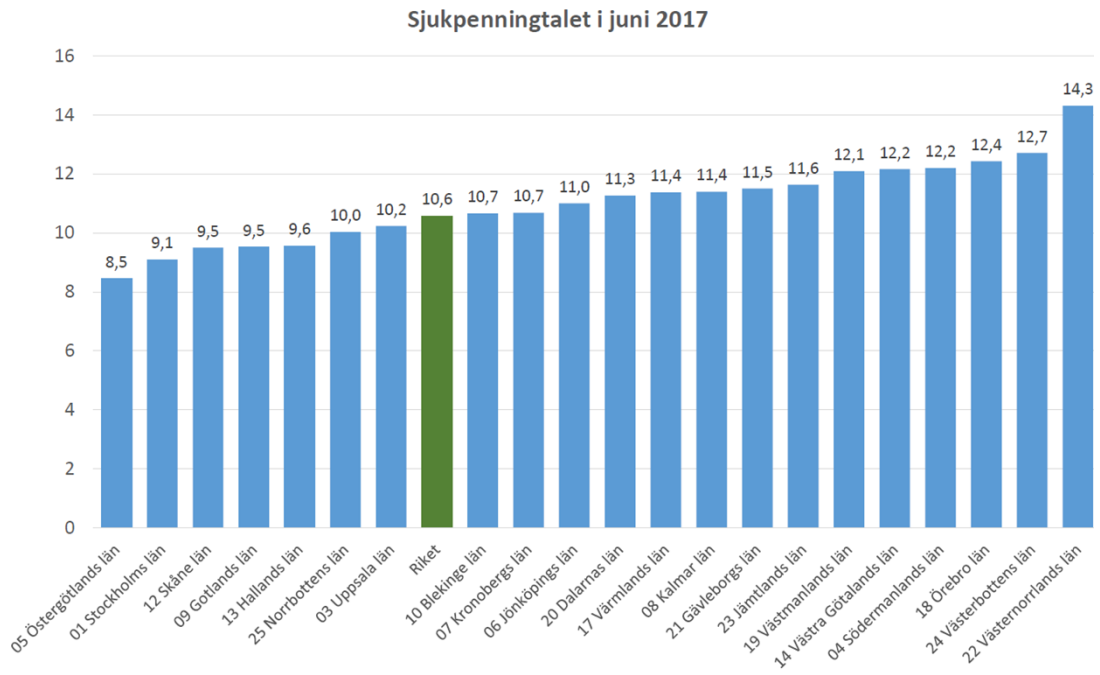
Inget län ligger i närheten av den sänkning som Jämtlands län uppvisar. Under den senaste 12-månadersperioden har Jämtlands län minskat sjukpenningdagarna med 13,1 procent. Genomsnittet för riket är 1,5 procent.

Från att historiskt, under lång tid, haft i särklass högst antal sjukpenningdagar i landet har vi nu passerat 6 län och ligger på plats 15 av 21.

Skillnaden mellan könen är fortsatt stor även om den minskat något.

Kvinnor i Jämtlands län är i genomsnitt sjukskrivna 15,5 dagar per år, vilket är 1,5 dag mer än genomsnittet för riket. När arbetet inleddes var skillnaden till riket 4,1 dag.

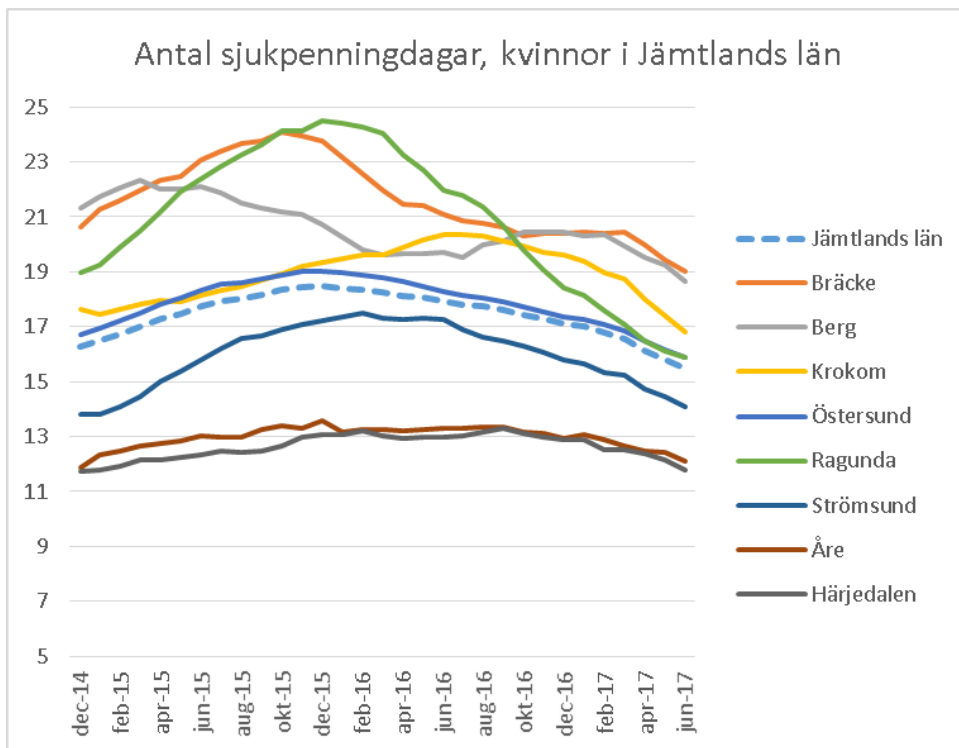
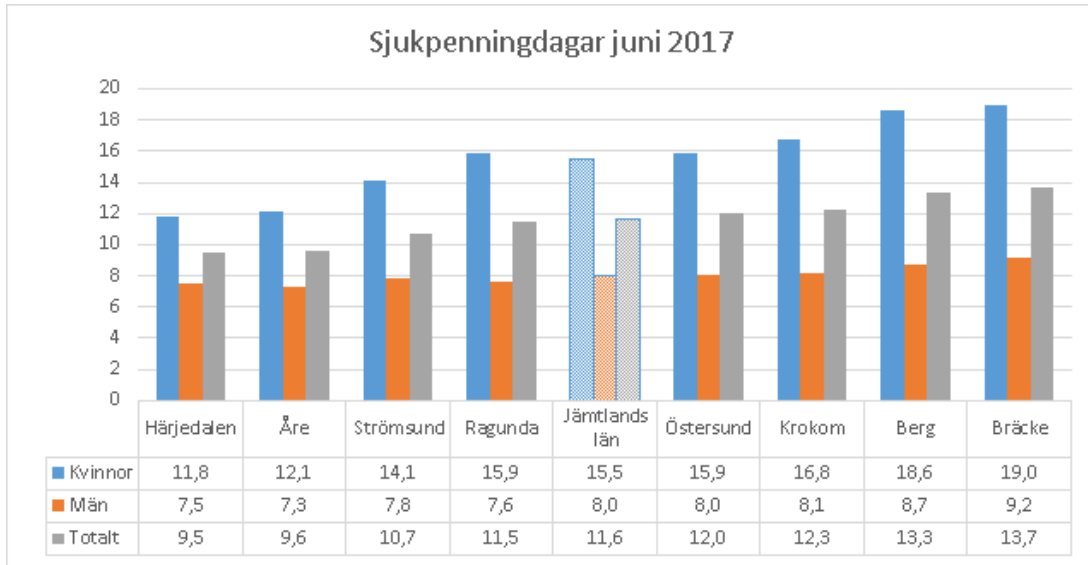
Män i Jämtlands län är i genomsnitt sjukskrivna 8,0 dagar per år, vilket är 0,7 dagar mer än genomsnittet för riket. När arbetet inleddes var skillnaden till riket 2,0 dagar.

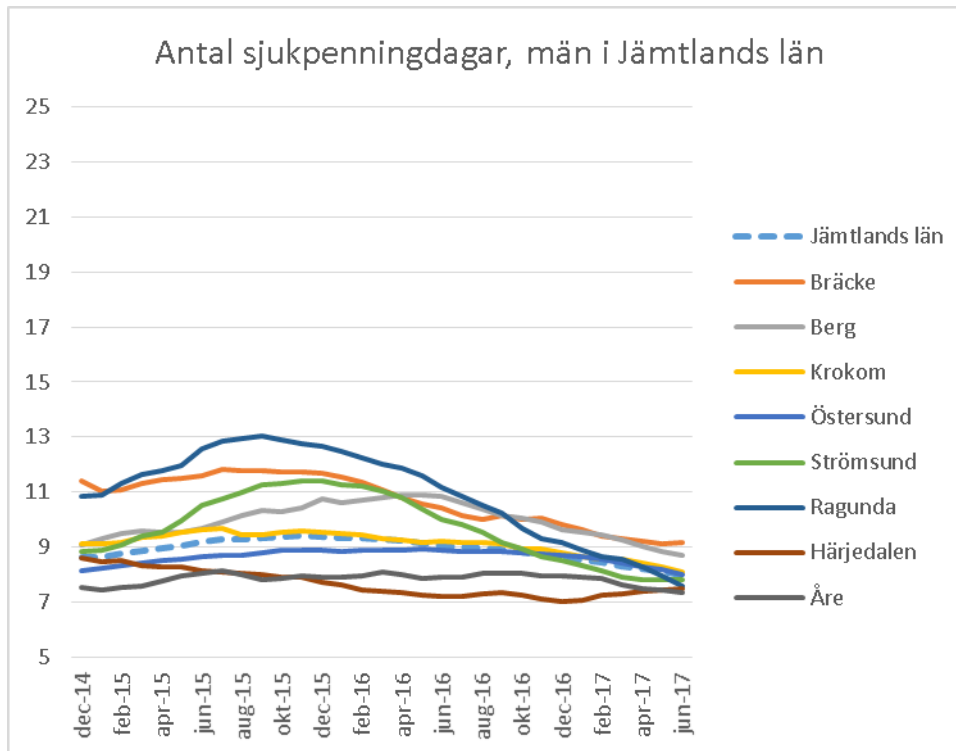


## Inom länet

Inom länet är det fortsatt invånarna i Härjedalen och Åre som har lägst antal sjukpenningdagar medan invånarna i Berg och Bräcke ligger högt. Samtliga kommuner i länet uppvisar minskat antal sjukpenningdagar under år 2017.

I de två diagram nedan som visar utvecklingen för sjukpenningdagar per kön är kommunerna i texttrutan sorterade från högst till lägst värde 2017-06, (om det är svårt att se i svart-vitt tryck).





## Utveckling framåt

Målet för sjukskrivningsprocessen är att sjukpenningdagarna i Jämtlands län ska komma ned i nivå med genomsnittet för riket. För att komma dit krävs att länets myndigheter och större arbetsgivare hittar former för att i ökad omfattning samverka kring frågor om hälsofrämjande arbetsmiljö, rehabilitering och arbetsåtergång.

Det pågår ett brett spektra av utvecklingsinsatser för att stötta den positiva utvecklingen av länets sjuktal. Ett exempel på det är det projekt som håller på att startas upp för att utveckla mötesformen Samordnad tidig rehabilitering (STR) till att även involvera stora arbetsgivare i länet (STR-A). Förutom de aktörer som ska samverka i ordinarie STR-möten för att stötta individer som är sjukskrivna eller riskerar lång sjukskrivning (vården, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och socialtjänsten) kommer HR-funktionerna vid tre av länets största arbetsgivare att delta i ett utvecklingsprojekt som benämns STR-A, i Östersund och Krokoms. Rehabkoordinatorerna är motorer i arbetet. De arbetsgivare som deltar i projektet STR-A är Östersunds kommun, Krokoms kommun och Region Jämtland Härjedalen. Projektet stötts finansiellt av SKL med 1,15 mkr fram till år 2019.

För att ytterligare stimulera myndighetssamverkan i länet infördes under våren en ny mötesarena med representanter från processledningen, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Syftet är kunskapsspridning och förbättrad beredning inför sjukskrivningsprocessens styrgrupp, vilken träffas 4-5 gånger per år.

Mycket resurser läggs på att utbilda vårdens medarbetare i arbetssätt och metoder som främjar alternativ till sjukskrivning och ökad arbetsåtergång. Hittills har insatserna främst riktat sig till Rehabkoordinatorerna, sjukgymnaster/fysioterapeuter och de psykosociala teamen men även andra yrkesgrupper kommer att kunna



involveras. Läkarna i primärvården och vuxenpsykiatrien har erbjudits utbildning i försäkringsmedicin med dialog kring sjuktal, arbetsförmåga och alternativ till sjukskrivning. Under hösten kompletteras dessa utbildningsinsatser av en ny webbt utbildning i försäkringsmedicin som gör kompetensförstärkningen mer lättillgänglig.

Då psykisk ohälsa är den dominerande sjukskrivningsorsaken i länet, liksom i övriga landet, pågår diskussioner kring hur vården kan möta upp detta på bästa sätt.

De psykosociala teamen i primärvården ser över sitt arbetssätt för att öka behandlingseffektiviteten så fler får tillgång till vård, med kort väntetid.

Parallellt med detta pågår ett arbete för att undersöka förutsättningarna för att införa naturunderstödd rehabilitering som en del i vårdens behandlingsutbud.

Den statliga överenskommelsen ”En kvalitetssäker och effektiv rehabiliterings och sjukskrivningsprocess” bidrar med de finansiella förutsättningarna för arbetet, drygt 14 miljoner kronor per år. Pengarna används främst till att finansiera länets rehabkoordinatorer, behandlingar i primärvård för riktade patientgrupper och utbildning av vårdpersonal.

Den positiva utvecklingen i Jämtland är uppmärksammas, bl.a. i en ny rapport från Försäkringskassan som jämför utvecklingen i Jämtland och Västernorrland. Vidare är processledningen vid två tillfällen under hösten inbjuden av SKL för att på konferenser berätta om arbetet i länet.

Karin Jonsson  
Processledare Sjukskrivningsprocessen

# Sjukfrånvaro i Jämtland och Västernorrland

En jämförande fallstudie

Utgivare: Försäkringskassan  
Analys och prognos

Upplysningar: Cecilia Eek  
010-116 93 28  
cecilia.eek@forsakringskassan.se

Webbplats: [www.forsakringskassan.se](http://www.forsakringskassan.se)

# Förord

Den här rapporten redovisar en fallstudie av sjukfrånvarons utveckling i två län: Jämtland och Västernorrland. Länen har under en längre tidsperiod haft landets högsta sjukpenningtal men under 2016 minskade plötsligt sjukpenningtalet i Jämtland. Samtidigt fortsatte det att öka i Västernorrland, detta trots att de två länen ingår i samma organisatoriska område inom Försäkringskassan och dessutom liknar varandra vad gäller socioekonomi, demografi och hälsa.

I rapporten undersöks i vilken utsträckning det skett förändringar inom Försäkringskassan respektive hälso- och sjukvården som kan förklara utvecklingen i de två länen.

Undersökningen har gjorts av Sofia Bill, Cecilia Eek (projektledare), Hanna Hultin, Ann-Catrin Lofvars och Pål Wilkens. Viktiga bidrag har även lämnats av Therese Ljung. Samtliga är verksamma vid Avdelningen för analys och prognos på Försäkringskassan.

Stockholm, juni 2017

Gabriella Bremberg  
Avdelningschef  
Avdelningen för analys och prognos

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>6</b>
<b>Summary</b> .....	<b>8</b>
<b>1. Inledning</b> .....	<b>9</b>
Bakgrund.....	9
Syfte och genomförande.....	10
Avgränsningar.....	11
Definition av begrepp som används i rapporten.....	12
Disposition.....	13
<b>2. Om de två länen och deras sjukfrånvaro över tid</b> .....	<b>14</b>
Länen är lika varandra i många avseenden.....	14
Tidigare kunskap om län med hög sjukfrånvaro.....	16
Försäkringskassans organisation och arbete i länen.....	17
Två landsting ansvarar för hälso- och sjukvården.....	19
<b>3. Vilken betydelse har Försäkringskassans arbete?</b> .....	<b>22</b>
Sjukpenningtalets utveckling på kontorsnivå.....	22
Förändringar och skillnader i kontorens arbete.....	26
Sammanfattning av kapitlet.....	41
<b>4. Vilken betydelse har hälso- och sjukvårdens arbete?</b> .....	<b>42</b>
Övergripande bild av skillnader mellan landstingen.....	42
Landstingens arbete med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.....	43
Bedömningar av arbetsförmåga i läkarintyg.....	45
Kompetens inom försäkringsmedicin.....	48
Läkarbemanning ett problem i båda landstingen.....	50
Längre väntetider i båda landstingen än i riket i stort.....	52
Sammanfattning av kapitlet.....	53
<b>5. Samverkan mellan Försäkringskassan och sjukvården</b> .....	<b>55</b>
Samverkan på övergripande nivå.....	55
Hälso- och sjukvården märker av Försäkringskassans förändrade handläggning.....	56
Samordning i enskilda ärenden uppges fungera bäst när Försäkringskassan finns på plats.....	57
Sammanfattning av kapitlet.....	58
<b>6. Diskussion och slutsatser</b> .....	<b>59</b>
Förändring i Jämtland beror mest på Försäkringskassan.....	59
Andra aktörer är viktiga för att minska sjukfrånvaron.....	63

<b>Referenser .....</b>	<b>66</b>
<b>Bilaga 1. Redovisning av enkät till handläggare .....</b>	<b>69</b>
<b>Bilaga 2. Demografi, arbetsmarknad, socioekonomi och ohälsa .....</b>	<b>73</b>
<b>Bilaga 3. Förändringstakt i inflödet .....</b>	<b>76</b>

# Sammanfattning

I den här rapporten analyserar vi orsaker till skillnaden i sjukfrånvarons utveckling i två län: Jämtland och Västernorrland. Länens sjukpenningtal har legat väsentligt högre än övriga län sedan mer än 10 år tillbaka. Länet liknar dessutom varandra när det gäller demografi och socioekonomi. Under 2016 händer plötsligt något; sjukpenningtalet minskar i Jämtland medan det fortsätter öka i Västernorrland. Hela Försäkringskassan bedriver sedan 2015 ett arbete med att stärka sjukpenninghandläggningen vilket ska bidra till regeringens mål om en låg och stabil sjukfrånvaro. Vi bedömer att erfarenheter och slutsatser av fallstudien, i detta perspektiv, är relevanta även för andra län med höga sjukpenningtal.

Vi har undersökt både Försäkringskassans och hälso- och sjukvårdens betydelse för utvecklingen. Vår bedömning är att den största delen av utvecklingen beror på att Försäkringskassan har förändrat sitt sätt att arbeta med sjukpenningärenden.

Kontoret i Jämtland påbörjade ett arbete med att förändra handläggningen redan under 2013. Vi har identifierat tre viktiga förändringar som vi bedömer är en huvudförklaring till det minskade sjukpenningtalet.

- Kontoret i Jämtland har bedrivit ett arbete för att förbättra kvaliteten i bedömningarna av rätten till sjukpenning. På kontoret uppges att regelverket tidigare tillämpats alltför generöst. Det arbete som bedrivits handlar, enligt intervjupersonerna, om att bedömningarna ska bli mer ”försäkringsmässiga”. Ytterst handlar det om att följa regelverket mer noga än tidigare.
- Kontoret har ändrat sitt sätt att se på Försäkringskassans utrednings-skyldighet. Det handlar om att bedöma om den information som redan finns räcker för att fatta beslut eller om den behöver kompletteras.
- Kontoret har förbättrat sig mer än riket i stort vad gäller andelen bedömningar som görs i tid vid rehabiliteringskedjans tidsgränser.

Efter en omorganisation har ett motsvarande arbete påbörjats även i vid kontoren i Västernorrland. Förändringarna påbörjades under 2016 och vi kan därmed förvänta oss att sjukpenningtalet minskar även i Västernorrland.

Hälso- och sjukvårdens roll för sjukpenningtalet i de två länen är svårbedömd, inte minst mot bakgrund till att tillgången till data är begränsad. Det är inte omöjligt att hälso- och sjukvården har bidragit till det minskade sjukpenningtalet i Jämtland. Regionens politiska ledning förefaller prioritera arbetet med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. De inom landstinget som arbetar med frågorna upplever att de når ut i organisationen och att frågorna är prioriterade. Regionen erbjuder kompetensutveckling i försäkringsmedicin till samtliga läkare och Försäkringskassans handläggare

upplever att läkarna blivit bättre på att skriva intyg. Å andra sidan ökar fortfarande antalet ansökningar om sjukpenning i Jämtland vilket tyder på att antalet utfärdade läkarintyg ökar.

Fallstudien visar på vikten av att Försäkringskassan för en kontinuerlig dialog med hälso- och sjukvården om hur vi tillsammans kan arbeta med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Försäkringskassan måste kontinuerligt informera om vårt uppdrag och regelverk. Målet måste vara att både Försäkringskassan och hälso- och sjukvården gör så korrekta bedömningar som möjligt av de försäkrades arbetsförmåga.



## Summary

This report analyzes the reasons behind the differing developments in sickness benefit occurrence in two Swedish regions over time, namely, Jämtland och Västernorrland. Sickness benefit occurrence in these two regions have been higher than other regions in Sweden for a longer period of time. However, in 2016 sickness benefit occurrence decreased in Jämtland, while still increasing in Västernorrland. These two regions are similar to each other in both in demographic and socioeconomic aspects and are therefore comparable.

We have studied both the Swedish Social Insurance Agency (SSIA) and the health care systems impact on the development of sickness benefit occurrence over time. Our understanding is that the major part of this development is due to the fact that the SSIA has changed its practice in how it processes requests for sickness benefit.

There is an understanding that earlier the SSIA were too generous in granting sickness benefit and the regulations were not applied correctly. Our conclusion is that this change in practice has led to a decrease in sickness benefit occurrences.

We have observed that the office in Jämtland commenced a new practice in processing request for sickness benefit in 2013, while this new practice was implemented only in 2016 in Västernorrland. Therefore we can soon expect similar developments in sickness benefit occurrence in Västernorrland to those we have observed in Jämtland.

The role of the health care system in the development of sickness benefit occurrences is difficult to assess, partly because access to relevant data is limited. However it is not impossible that the healthcare system also has contributed to the decrease in sickness benefit occurrences. The regional political governance appears to prioritize work pertaining to doctors' statement of illness as well as their rehabilitation procedures. The region is offering tutelage on medicinal insurance to all doctors, and the SSIA's administrative officers find that doctors have improved in their issuing of statement of illness. On the other hand the number of applicants for sickness benefit have increased in Jämtland implying that the number of issued statement of illness' have increased.

This case study illustrates the importance for the SSIA to have a continuous dialogue with the health care system on how we can work together with issues pertaining to doctors' statement of illness and rehabilitation procedures. SSIA should continuously inform the health care system on our undertaking and regulations. The goal must be for the SSIA and the health care system to make as correct assessments as possible on people's ability to work.

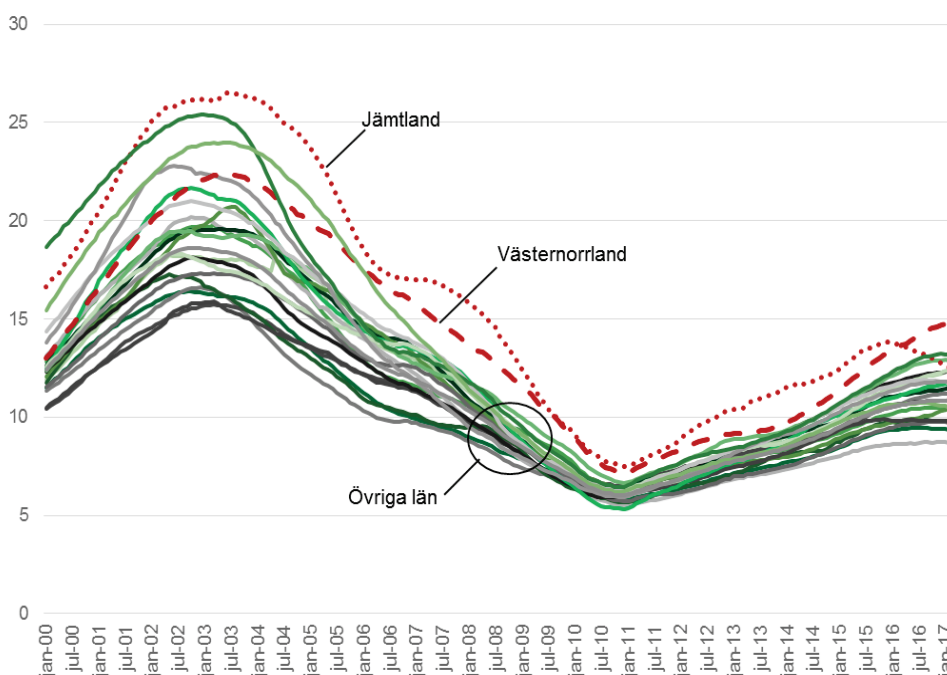
# 1. Inledning

## Bakgrund

Sjukpenningtalet i landet har varierat över tid (Diagram 1). Mellan 2010 och 2016 ökade det och regeringen införde därför ett mål att sjukpenningtalet ska vara högst 9,0 dagar i december år 2020. Målet ingår i regeringens åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro (Socialdepartementet 2015).

Det finns vissa mönster som är särskilt intressanta när det gäller sjukpenningtalets utveckling över tid. Oavsett om det skett en ökning eller en minskning har utvecklingen varit densamma i samtliga län. Samtidigt finns det regionala skillnader som tycks vara bestående över tid. Vissa län har haft relativt höga sjukpenningtal sedan länge medan andra har haft låga.

**Diagram 1 Sjukpenningtalet i Jämtland, Västernorrland och övriga län**



Det finns en hel del kunskap om faktorer som påverkar sjukpenningtalet, både över tid och mellan olika delar av landet (t ex Försäkringskassan 2014). Enligt tidigare studier förklarar bakgrundsfaktorer, som exempelvis demografi och socioekonomi, merparten av de regionala skillnaderna men det finns också en ”oförklarad variation”. Den variationen har ibland setts som ett tecken på att det finns regionala skillnader i tillämpningen av regelverket (ISF 2010, Försäkringskassan 2015).

Både Försäkringskassan och regeringen har konstaterat att vi behöver mer kunskap om mekanismer som påverkar sjukpenningtalet (Försäkringskassan 2016a; Socialdepartementet 2015). Försäkringskassan har tidigare konstaterat att ett sätt att få mer sådan kunskap är att studera några väl valda län mer i detalj (Försäkringskassan 2016a). Valet av län kan ha olika utgångspunkter, exempelvis län med likartad befolkningssammansättning och arbetsmarknad men olika nivå på sjukpenningtalet. Genom att välja ut ett begränsat antal län är det möjligt att mer ingående studera olika aktörer och undersöka vilken betydelse de haft för sjukpenningtalets utveckling, åtminstone i de aktuella länen.

I den här rapporten studerar vi utvecklingen i Jämtland och Västernorrland. Länen har valts ut på grund av att de skiljer sig från andra län genom att deras sjukpenningstal har varit betydligt högre och dessutom över en längre tid. Men under 2016 händer plötsligt något. Jämtlands sjukpenningstal minskar påtagligt medan Västernorrlands fortsätter att öka. Befolkningsmässigt finns likheter mellan länen, till exempel vad gäller demografi, hälsa och arbetsmarknad. De två länen är särskilt intressanta då de ingår i samma organisatoriska område inom Försäkringskassan.<sup>1</sup> Därmed har de samma områdeschef. Sammantaget gör detta länen väl lämpade för en fallstudie.

## Syfte och genomförande

Det övergripande syftet med den här rapporten är att undersöka varför sjukpenningtalet utvecklas i olika riktning i Jämtland respektive Västernorrland. Vi undersöker om och i så fall hur Försäkringskassan och hälso- och sjukvården bidragit till utvecklingen. Vi gör också en övergripande beskrivning av likheter och skillnader mellan länen vad gäller demografi, arbetsmarknad, socioekonomi och ohälsa.

Följande frågeställningar kommer att belysas särskilt:

- Vilken betydelse har Försäkringskassans arbete för utvecklingen?
- Vilken betydelse har hälso- och sjukvårdens arbete för utvecklingen?
- Hur fungerar samverkan mellan Försäkringskassan och de två landstingen? Finns det skillnader som kan ha betydelse för sjukpenningtalets utveckling?

Vi studerar Försäkringskassan och hälso- och sjukvården var och en för sig men försöker även göra en sammanvägning – i den mån det är möjligt – av de olika aktörernas relativa betydelse.

Försäkringskassans betydelse analyseras med hjälp av statistik om sjukpenning. Vi har även intervjuat chefer, specialister och samverkansansvariga på de aktuella kontoren samt en försäkringsmedicinsk rådgivare (FMR) som

---

<sup>1</sup> SF Jämtland-Västernorrland ingår tillsammans med fem andra områden i verksamhetsområdet SF Nord.

har erfarenhet från flera län. Totalt intervjuades 15 personer under november–december 2016.

Dessutom har en enkät skickats till personliga handläggare som arbetar med sjukpenning på de aktuella kontoren.<sup>2</sup> En redovisning av tillvägagångssätt och resultat från enkäten finns i bilaga 1.

När det gäller hälso- och sjukvårdens roll använder vi befintlig statistik på landstingsnivå som indikatorer på skillnader mellan landstingen. Statistiken kommer från olika undersökningar som gjorts på länsnivå av till exempel Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Vi har också tagit del av strategiska dokument i landstingen. Dessutom har vi gjort intervjuer med processledare och andra personer som arbetar övergripande med sjukskrivningsfrågor. Vi har även intervjuat sju rehabkoordinatorer och två ledamöter i region- respektive landstingsfullmäktige. Totalt har 17 personer intervjuats i de två landstingen.

Det finns en viktig skillnad avseende tillgången till data när det gäller Försäkringskassans roll respektive hälso- och sjukvårdens. När det gäller Försäkringskassan har vi betydligt bättre underlag för att göra månadsvisa jämförelser i en mängd olika avseenden. När det gäller hälso- och sjukvården använder vi oss i stället av årsdata, ofta från urvalsundersökningar. Det finns en risk att det därför är lättare att identifiera och dra slutsatser kring Försäkringskassans betydelse för utvecklingen. Härmed finns också en risk att vi underskattar hälso- och sjukvårdens betydelse.

## Avgränsningar

Inom ramen för fallstudien har vi jämfört länen med varandra och försökt identifiera förändringar som kan förklara förändringar i sjukpenningtalet. Det framgår i rapporten att framför allt Jämtland har förändrat sitt sätt att bedöma rätten till sjukpenning. Vi har dock inte gjort någon granskning av kvaliteten i själva besluten och kan därför inte uttala oss om ifall kontorets bedömningar är korrekta eller inte.

Utöver de förändringar som genomförts i de två länen, och som kan förklara sjukpenningtalets utveckling, arbetar Försäkringskassan kontinuerligt för att på olika sätt säkra likformiga och rättssäkra bedömningar. Det arbetet har inte analyserats i den här rapporten.

När det gäller hälso- och sjukvården försöker vi jämföra befintliga nyckeltal eller utsagor i intervjuer för att skapa oss en bild av om det finns skillnader mellan landstingen eller om det skett förändringar. Vi kan dock inte uttala oss fullt ut om landstingens arbete. Vi kan heller inte uttala oss om dessa två landsting i relation till riket i stort.

---

<sup>2</sup> De beteckningar som används på Försäkringskassan är personlig handläggare med inriktning sjukpenning samt personlig handläggare med inriktning sjukpenning och samordning. Enkäten har skickats till båda kategorierna av handläggare.

Vi har bara undersökt Försäkringskassans och hälso- och sjukvårdens betydelse för sjukpenningtalets utveckling i de aktuella länen. Samtidigt vet vi att även andra aktörer är viktiga och vi kan inte utesluta att exempelvis arbetsgivare eller Arbetsförmedlingen har gjort någon förändring som påverkat sjukpenningtalet.

## Definition av begrepp som används i rapporten

Begrepp	Förklaring
Försäkringsmedicin	Försäkringsmedicin är ett kunskapsområde om hur funktionstillstånd, diagnostik, behandling, rehabilitering och förebyggande av sjukdom och skada påverkar och påverkas av sjukförsäkringens utformning samt därmed relaterade överväganden och åtgärder inom berörda professioner.
Inflöde	De personer som beviljas sjukpenning under en viss period ingår i inflödet den perioden.
Kundflöde	Handläggningen av sjukpenningärenden är uppdelad i tre kundflöden utifrån vilka insatser den försäkrade bedöms behöva och vilken kontakt hen behöver ha med Försäkringskassan.
Landsting	I studien används begreppet landsting när vi skriver övergripande om landsting eller regioner. Däremot använder vi begreppet region när vi syftar på Region Jämtland Härjedalen.
Processledare	Benämning på landstingens medarbetare som på landstingsledningsnivå leder arbetet med sjukskrivningsprocess och rehabiliteringsgaranti.
Rehabkoordinator	För att möjliggöra en god samverkan kring patienten har landstingen infört en funktion för koordinering. Anställda med denna funktion kallas ofta rehabkoordinatorer. De verkar för att stödja kvinnor och män i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen i syfte att underlätta för de att återgå i arbete eller vara kvar i arbete. Funktionen arbetar med stöd till patienten, internt stöd och samordning inom hälso- och sjukvården samt extern samverkan gentemot andra aktörer såsom arbetsgivare, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.
Samordning	Försäkringskassan har ett ansvar i enskilda ärenden att kartlägga den försäkrades behov och se till att åtgärder genomförs för att underlätta återgång i arbete.
Samverkan	Med samverkan avses i rapporten det övergripande samarbete som sker mellan Försäkringskassan, andra myndigheter, arbetsgivare m.fl. Däremot ingår inte samordning i enskilda ärenden.
Sjukfrånvaro	I den här rapporten mäter vi sjukfrånvaro med hjälp av det så kallade sjukpenningtalet (se nedan).
Sjukpenningtalet	Sjukpenningtalet visar genomsnittligt antal utbetalda nettodagar med sjukpenning och rehabiliteringspenning. Däremot ingår inte sjuk- och aktivitetsersättning i måttet. Inte heller sjukfrånvaro under sjuklöneperioden ingår.
Stafettläkare	Läkare som inte är fast anställda kallas ibland hyrläkare, inhyrd läkare eller stafettläkare. I denna skrift används genomgående beteckningen stafettläkare.
Varaktighet	Med varaktighet avses sjukfallens längd. I rapporten mäter vi varaktighet genom andel sjukfall som passerar 90, 180 respektive 365 dagar.

## Disposition

I nästa kapitel beskrivs de län som ingår i fallstudien, samt hur Försäkringskassan respektive hälso- och sjukvården är organiserad. I kapitel 3 undersöks vilken betydelse Försäkringskassan har för sjukpenningtalets utveckling i de två länen, medan kapitel 4 undersöker hälso- och sjukvårdens betydelse. I kapitel 5 undersöks skillnader i samverkan mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Rapporten avslutas med kapitel 6 där vi diskuterar våra övergripande slutsatser.

## 2. Om de två länen och deras sjukfrånvaro över tid

I det här kapitlet beskriver vi översiktligt de två länen demografi, arbetsmarknad, socioekonomi och förekomst av ohälsa. Vi redovisar även kunskapsläget vad gäller de relativt höga sjukpenningtal som återfinns i flera norrlandslän.

Med ”län” avser vi här enbart en geografisk indelning. Inom de två länen har Försäkringskassan en organisation och hälso- och sjukvården en annan. Försäkringskassan har ett kontor i Jämtland och tre i Västernorrland som handlägger sjukpenningärenden. I Jämtland ansvarar region Jämtland Härjedalen för sjukvården medan det i Västernorrland är Landstinget Västernorrland. Även detta beskrivs mer utförligt i kapitlet.

### Länen är lika varandra i många avseenden

Jämtlands län består av åtta kommuner och är Sveriges till ytan näst största län (48 900 km<sup>2</sup>). Länet har lägst befolkningstäthet i landet (tillsammans med Norrbotten). Av de 128 700 invånarna bor 71 procent i en tätort. Residensstaden i Jämtland är Östersund. Under turistsäsong kan antalet personer fördubblas (Regionfakta 2016).

Västernorrlands län består av sju kommuner, med Härnösand som residensstad. Länet har nästan dubbelt så många invånare som Jämtland (245 600), trots att det är knappt hälften så stort till ytan (21 700 km<sup>2</sup>). Västernorrland har följaktligen högre befolkningstäthet än Jämtland och även högre tätortsgrad (79 procent). Båda länen är mer glesbefolkade och har lägre tätortsgrad än riket generellt (Regionfakta 2016).

### Stora likheter i demografi, socioekonomi och arbetsmarknad

Jämtland och Västernorrland är två län vars demografiska och socioekonomiska struktur har stora likheter, men även några skillnader. Samtliga siffror redovisas i tabellform bilaga 2.

Medelåldern är 43 år i båda länen vilket är något högre än i riket och andelen utrikesfödda invånare är lägre (9 procent i Jämtland och 11 procent i Västernorrland) än nationellt (18 procent).

Utbildningsnivån är mycket lika i de två länen, cirka 30 procent av invånarna hade eftergymnasial utbildning 2015, vilket är något lägre än riket

(37 procent). Västernorrland har en något högre arbetslöshet (9,1 procent i februari 2017) än Jämtland (7,4 procent) och riket överlag (7,7 procent).<sup>3</sup>

Näringsgrenstrukturen är även den relativt lika i de två länen (se Tabell 10 i bilaga 2), bortsett från att en högre andel av arbetskraften i Västernorrland arbetar inom tillverkningsindustri och utvinning (13 procent i jämförelse med 8 procent i Jämtland år 2014). I båda länen arbetar ungefär en femtedel av arbetskraften inom vård, omsorg och sociala tjänster. Det är något högre än i riket överlag.

Medianen för den disponibla hushållsinkomsten<sup>4</sup> var 2015 något högre i Västernorrland (322 000 kr) än i Jämtland (299 200 kr), men båda länen ligger under medianen i riket. Det var samma år också en något högre andel av Jämtlands befolkning som definierades ha låg ekonomisk standard (16,1 procent i jämförelse med 13,7 procent i Västernorrland och riket).<sup>5</sup> Andelen mottagare av ekonomiskt bistånd skiljer sig dock endast marginellt mellan länen.<sup>6</sup>

I båda länen har antalet personer i arbetsför ålder minskat något de senaste fem åren, till skillnad mot riket i stort där folkmängden ökat.

Sammanfattningsvis konstateras att länen liknar varandra i många avseenden som gäller demografi, socioekonomi och arbetsmarknad. Där-  
emot skiljer de sig från riket i stort vilket sannolikt är en viktig förklaring till deras relativt höga sjukpenningtal.

### Inga stora skillnader i ohälsa mellan de två länen

Vi ser inga stora skillnader i ohälsa mellan de två länen. Även här redovisas samtliga resultat i tabellform i bilaga 2.

Befintliga uppgifter om självrapporterad ohälsa visar på små skillnader mellan länen. Detta gäller oavsett om vi tittar på långvarig sjukdom, värk i rörelseorganen, nedsatt psykiskt välbefinnande, eller låg självskattad hälsa under perioden 2013–2016. Skillnaderna är varken entydiga eller statistiskt säkerställda. Uppgifterna baseras på Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät vilken, som alla urvalsundersökningar, innefattar en viss statistisk osäkerhet (Folkhälsoenkäten 2016). I jämförelser mellan två län, krävs därför troligen ganska stora skillnader för att de ska vara statistiskt signifikanta.

<sup>3</sup> Månadsdata över andel av registerbaserad arbetskraft som var öppet arbetslösa eller i program med aktivitetsstöd, enligt Arbetsförmedlingen februari 2017.

<sup>4</sup> Disponibel inkomst är summan av alla skattepliktiga och skattefria inkomster minus skatt och övriga negativa transfereringar. Redovisningen är inklusive kapitalvinst/kapitalförlust, det vill säga den vinst/förlust som uppkommer vid försäljning (realisering) av tillgångar, t.ex. aktier, fonder eller fastigheter.

<sup>5</sup> Låg ekonomisk standard definieras som att hushållets disponibla inkomst är lägre än 60 procent av medianen för länets befolkning.

<sup>6</sup> Årsdata för 2015 över andel mottagare (inklusive barn) av befolkningen, enligt Socialstyrelsens statistikdatabas.



Även befolkningens vårdkonsumtion – mätt i läkarbesök, vårdtillfällen och medelvårdtid – visar på små länsskillnader. Både inom Landstinget Västernorrland och Region Jämtland Härjedalen hade man något lägre antal läkarbesök i hälso- och sjukvård per 1000 invånare 2015 än i riket. Även i övrigt är skillnaderna små mot riket (SKL 2015).

## Tidigare kunskap om län med hög sjukfrånvaro

Både Jämtland och Västernorrland har under i stort sett hela 2000-talet tillhört de fem län som har landets högsta sjukpenningtal (se Diagram 1). Den höga sjukfrånvaron i norrlandslän har uppmärksammats i flera studier (t ex RFV 2003a; RFV 2003b).

### Socioekonomiska och demografiska faktorer är viktiga

Det finns en del kunskap om faktorer som påverkar sjukpenningtalet regionalt sett. Merparten av de regionala skillnaderna förklaras av socioekonomiska och demografiska faktorer. Det handlar om exempelvis inkomst, utbildningsnivå, ålderssammansättning och födelseland. Även förhållanden på arbetsmarknaden har betydelse (t ex RFV 2004; Försäkringskassan 2006; ISF 2010, Försäkringskassan 2015).

RFV konstaterade att ett 30-tal kommuner skiljde sig från övriga med en betydligt högre sjukfallsfrekvens. De kommunerna skiljde sig även på flera andra områden från riket i stort. Invånarna hade en lägre genomsnittlig inkomst, en lägre genomsnittlig förmögenhet och en relativt sett kortare utbildning. Kommunerna hade en förhållandevis hög arbetslöshet och relativt liten andel privatanställda. Främst hängde detta samman med att de till övervägande del låg i glesbygd och/eller i de nordliga länen (RFV 2003c).

### Tillämpning och attityder kan spela större roll vid hög sjukfrånvaro

Merparten av de regionala skillnaderna beror alltså på demografiska och socioekonomiska faktorer. När man tar hänsyn till detta finns en variation som är oförklarad. De skillnader som då återstår kan antingen bero på olika attityder till sjukskrivningen i befolkningen eller på skillnader i hur arbetsgivare, hälso- sjukvård och Försäkringskassans agerar, både förebyggande och i sjukskrivningsprocessen (t ex Försäkringskassan 2006; ISF 2010; Försäkringskassan 2015).

Den oförklarade variationen mellan län har visat sig vara större i de delar av landet som har högre sjukfrånvaro. Det tyder på att attityder och tillämpning kan spela en större roll i områden med hög sjukfrånvaro (RFV 2003c).

Även fallstudier tyder på att attityder och tillämpning kan förklara regionala skillnader i sjukfrånvaro. I delar av landet används sjukförsäkringen som ett ”försörjningssystem” snarare än ett ”försäkringssystem”. Då kan det hända att försäkringen även i andra sammanhang än sjukdom, exempelvis för att lösa situationer som uppstår i arbetet eller privatlivet (Försäkringskassan 2005; se även Försäkringskassan 2006 och Försäkringskassan 2009).

## Försäkringskassans organisation och arbete i länen

Båda länen ingår i SF område Jämtland-Västernorrland

Rent organisatoriskt ingår båda länen i ett och samma område inom Försäkringskassan: SF område Jämtland-Västernorrland. Inom området finns det fyra kontor som arbetar med sjukpenning. Ett av kontoren finns i Jämtland, närmare bestämt i Östersund. Tre av kontoren finns i Västernorrland: i Sundsvall, Sollefteå och Örnsköldsvik. Eftersom kontoren ingår i samma område har de en gemensam områdeschef. SF område Jämtland-Västernorrland bildades genom en omorganisation 2015.<sup>7</sup> Tabell 1 visar hur Försäkringskassan är organiserad i respektive län. Östersund och Sundsvall har de två största kontoren. Eftersom Sundsvall är det största kontoret i Västernorrland påverkar det länets sjukpenningstal mer än kontoren i Sollefteå och Örnsköldsvik.

**Tabell 1** Beskrivning av de kontor som ingår i SF område Jämtland-Västernorrland

Län Kontor	Jämtland	Västernorrland		
	Östersund	Sundsvall	Sollefteå	Örnsköldsvik
Kommuner som ingår i kontorets upptagningsområde	Berg, Bräcke, Härjedalen, Krokoms, Ragunda, Strömsund, Åre och Östersund	Sundsvall, Timrå, Ånge och Härnösand	Sollefteå och Kramfors	Örnsköldsvik
Andel (%) av befolkningsunderlaget i SF Jämtland-Västernorrland <sup>8</sup>	34	41	10	15
Kontorets andel (%) av befolkningsunderlaget i sitt respektive län	100	62	15	23
Genomsnittligt antal årsarbetande handläggare under 2016 <sup>9</sup>	33,6 handläggare plus två enhetschefer	35,6 handläggare plus två enhetschefer <sup>10</sup>	11,1 handläggare plus en enhetschef	12,8 handläggare plus en enhetschef

<sup>7</sup> I omorganisationen slogs tre lokala försäkringscentra (LFC) samman. I Jämtland hette det LFC Östersund och i Västernorrland fanns två: LFC Sundsvall och LFC Sollefteå-Örnsköldsvik. Den nuvarande områdeschefen för SF område Jämtland-Västernorrland var tidigare områdeschef på LFC Östersund.

<sup>8</sup> Beräknat utifrån folkmängden den 1 december 2016, befolkning 20–64 år.

<sup>9</sup> Beräknat som genomsnitt för varje månad under hela 2016. Siffrorna avser handläggare av sjukpenningärenden inom kundflöde 2 och 3. Utöver handläggarna finns flera gemensamma resurser för hela SF Jämtland-Västernorrland. Det finns bland annat sex specialister (numera med en egen enhetschef) samt tre lokalt samverkansansvariga.

<sup>10</sup> Vid tidpunkten för fallstudien fanns det tre enhetschefer i Sundsvall då en av enhetscheferna i Östersund tillfälligt gick in och avlastade.

## Nyligen genomförda förändringar i sjukpenninghandläggningen

### **Kraftsamling kring den ökande sjukfrånvaron**

I början av 2015 hade sjukfrånvaron ökat sedan 2010 och det fanns inget som tydde på ett trendbrott i närtid. Andelen avslut vid tidsgränserna i rehabiliteringskedjan hade minskat nationellt under flera år. Minskningen sammanföll med att en lägre andel bedömningar genomförts enligt rehabiliteringskedjan. Dessutom hade antalet avslag (både i nya och i pågående ärenden) minskat under flera år.

Mot bakgrund av detta beslutade Försäkringskassan under våren 2015 att kraftsamla kring den ökande sjukfrånvaron och rikta särskilt fokus på bedömningarna i rehabiliteringskedjan, inklusive den initiala bedömningen av rätten till sjukpenning. Antalet genomförda utredningar och bedömningar i rehabiliteringskedjan skulle öka och de skulle i högre grad göras i tid. Vidare skulle kvaliteten i utredningarna och bedömningarna höjas och försäkringstillämpningen förbättras för att vi skulle bidra till ökad återgång i arbete (Försäkringskassan 2016d).

Under 2016 har aktiviteter genomförts på regional och lokal nivå som syftar till att öka kvaliteten i utredning och bedömning av arbetsförmågan, till exempel:

- Temadagar om ökad försäkringsmässighet i bedömning av rätt till ersättning med bland annat enhetschefer, specialister och försäkringsmedicinska rådgivare, som i sin tur fått i uppdrag att genomföra aktiviteter lokalt.
- Kick-off dag med bland annat enhetschefer, lokala försäkringssamordnare och specialister för att öka kvaliteten och användandet av FMU.
- Riktade och behovsanpassade kompetensutvecklingsinsatser för handläggande team.

### **Ny handlägningsprocess för sjukpenning och rehabilitering**

Under hösten 2015 påbörjades införandet av en ny handlägningsprocess för sjukpenning och rehabilitering.<sup>11</sup> Processen har ett tydligt fokus på utredning och bedömning enligt rehabiliteringskedjans tidsgränser. Den ger också ett utökat stöd för att systematisera handläggningen när förutsättningarna för återgång i arbete är oklara.

Rehabiliteringskedjan, som infördes 2008, anger hur den försäkrades arbetsförmåga ska bedömas vid olika tidpunkter. Rehabiliteringskedjan gäller fullt ut för anställda sjukskrivna och efter dag 180 för egenföretagare. För arbetslösa bedöms arbetsförmågan mot normalt förekommande arbeten från dag 1.

---

<sup>11</sup> En första dallelverans gjordes under hösten 2015 och en andra under våren 2016.

- Under **de första 90 dagarna** som en person är sjukskriven kan Försäkringskassan betala sjukpenning om personen inte kan utföra sitt vanliga arbete eller ett annat tillfälligt arbete hos sin arbetsgivare.
- **Efter 90 dagar** kan Försäkringskassan betala sjukpenning om personen, efter omplacering, inte kan utföra något arbete alls hos sin arbetsgivare.
- **Efter 180 dagar** kan personen få sjukpenning om han eller hon inte kan utföra sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Det finns två undantag från regeln. Regeln gäller inte vid *särskilda skäl*, det vill säga om Försäkringskassan bedömer att personen med stor sannolikhet kommer att kunna gå tillbaka till ett arbete hos sin arbetsgivare före dag 366. Då bedöms arbetsförmågan i förhållande till ett arbete hos den arbetsgivaren även efter dag 180. Regeln gäller heller inte om det kan anses *oskäligt* att bedöma personens arbetsförmåga i förhållande till arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden.
- **Efter 365 dagar** bedömer Försäkringskassan rätten till sjukpenning i relation till alla normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden. Skillnaden mot 180 dagar är att bestämmelsen om *särskilda skäl* inte längre gäller.

### Differentierad handläggning i tre kundflöden

År 2013 införde Försäkringskassan ”En enklare sjukförsäkringsprocess”. Den innebär att handläggningen av sjukpenningärenden är differentierad. De försäkrade delas in i tre kundflöden utifrån vilka insatser de behöver för att kunna återgå i arbete och vilken kontakt de behöver ha med Försäkringskassan (Försäkringskassan 2016b). De tre kundflödena är:

- Kundflöde 1 består av korta sjukfall. De försäkrade inte har behov av personlig kontakt med Försäkringskassan utan bedöms kunna återgå i arbete med stöd från hälso- och sjukvården och andra aktörer.
- Kundflöde 2 består av längre tillfälliga sjukfall. De försäkrade kan behöva information från Försäkringskassan men kan återgå i sitt vanliga arbete med stöd av insatser från hälso- och sjukvården eller andra aktörer.
- Kundflöde 3 har mer komplexa förutsättningar och behov för att kunna återgå i arbete. De försäkrade har behov av personlig kontakt med handläggare, behov av insatser för att möjliggöra återgång i arbete och behov av att Försäkringskassan är drivande för att planera, initiera och följa upp insatser som behövs för återgång i arbete eller sysselsättning.

Genom att frigöra resurser från enklare ärenden ska det bli möjligt att ge tidigare insatser och stöd för återgång i arbete för dem som har störst behov.

### Två landsting ansvarar för hälso- och sjukvården

I Jämtlands län ansvarar Region Jämtland Härjedalen för hälso- och sjukvården. Regionen har ett sjukhus som är beläget i Östersund. Det finns även

28 för patienten valbara hälsocentraler, varav tre finns i Härjedalen. Av de 28 drivs sex i privat regi.<sup>12</sup>

Inom Landstinget Västernorrland finns tre sjukhus: Länssjukhuset i Sundsvall (med mottagningsverksamhet i Härnösand), Sollefteå sjukhus och Örnsköldsviks sjukhus. Det finns även 32 vård- eller hälsoenheter. Av dem drivs 12 i privat regi.

**Tabell 2 Beskrivning av Region Jämtland Härjedalen och Landstinget Västernorrland**

	<b>Region Jämtland-Härjedalen</b>	<b>Landstinget i Västernorrland</b>
Antal sjukhus	1	3
Antal hälsocentraler i egen regi	22	20
Antal vårdcentraler i privat regi	6	12 (varav 6 i Sundsvalls kommun)
Kommuner som ingår i upptagningsområdet	Berg, Bräcke, Härjedalen, Krokom, Ragunda, Strömsund, Åre och Östersund.	Härnösand, Kramfors, Sollefteå, Sundsvall, Timrå, Ånge och Örnsköldsvik
Antal årsarbetare inom hälso- och sjukvården	Ca 2 800 årsarbetare	Ca 5 100 årsarbetare

Källa: Uppgifterna har lämnats av Region Jämtland Härjedalen och Landstinget Västernorrland. Det är inte säkert att uppgifter om antal årsarbetare är helt jämförbara.

### Överenskommelser om en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess

Sedan 2006 har staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ingått flera överenskommelser för att stimulera landstingen till att ge sjukskrivningsfrågorna högre prioritet i hälso- och sjukvården och för att utveckla sjukskrivningsprocessen, den så kallade sjukskrivningsmiljarden. Syftet med överenskommelserna har varit att ge landstingen ekonomiska drivkrafter för att verka för en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess och bidra till en stabil sjukfrånvaro.

Den senaste överenskommelsen (för åren 2017–2018) består av ett antal villkor som ska vara uppfylla för att landstingen ska få ekonomisk utdelning. Det gäller bland annat kompetenssatsning i försäkringsmedicin, funktion för koordinering och utvecklingsarbetet inom utökat elektroniskt informationsutbyte (SKL 2016c).

Sjukskrivningsmiljardens effekter har studerats av flera aktörer (t ex ISF 2013; Socialstyrelsen & Försäkringskassan 2015). I regleringsbrevet för 2014 hade Försäkringskassan och Socialstyrelsen i uppdrag att göra en systematisk kartläggning av hur de olika landstingen arbetar på sjukskrivningsfrågan på olika nivåer inom hälso- och sjukvården. Ett samlat intryck av kartläggningen var att det pågår mycket inom hälso- och sjukvården.

<sup>12</sup> En av dessa drivs med gemensam nämnd tillsammans med kommunen i Gäddede.

Samtidigt framhålls att sjukskrivningsfrågan ibland ses som ett särskilt spår i relation till övrig hälso- och sjukvård samt att arbetet ofta knyts till individer snarare än en organisatorisk struktur, vilket medför en sårbarhet. Det försäkringsmedicinska kunskapsområdet beskrivs som relativt nytt. Detta, i kombination med överenskommelsernas incitamentsmodell, lyfts fram som en förklaring till att arbetet bedrivs utifrån kortsiktiga behov och förutsättningar (Socialstyrelsen & Försäkringskassan 2015).

### Strategiska planer styr landstingens långsiktiga arbete

Region Jämtland Härjedalen och Landstinget Västernorrland formulerar, precis som övriga regioner och landsting i Sverige, långsiktiga mål i politiska styrdokument. De övergripande dokumenten är regionplan, landstingsplan och finansplan. Dessa kompletteras med andra strategiska styrdokument gällande kommande period. Övriga planer anpassas efter dessa och alla fastställs och beslutas av region- eller landstingsfullmäktige.

Vårt intryck är att sjukskrivningsfrågorna är prioriterade i regionplanen för Jämtland Härjedalen. Regionen har formulerat strategiska mål inom områdena samhälle, patient, medarbetare och verksamhetsresultat. (Region Jämtland Härjedalen 2015). Inom samtliga dessa områden finns strategiska mål som kopplar till regionens arbete med sjukskrivning och rehabilitering. Frågorna förefaller härmed vara integrerade inom flera olika områden. Till exempel är ett av regionens strategiska mål inom området samhälle att minska sjukskrivningarna.<sup>13</sup> Här ingår bland annat att skapa rutiner och arbetssätt för samordnad tidig rehabilitering, nå hög kompetens inom försäkringsmedicin samt att minska differensen i sjukpenningdagar mellan regionen och riksgenomsnittet. Inom området medarbetare lyfts bland annat god arbetsmiljö och minskad sjukfrånvaro fram som viktiga strategiska mål (Region Jämtland Härjedalen 2015).

I Västernorrlands landstingsplan uttrycks inte en lika tydlig koppling till frågor som rör sjukskrivning och rehabilitering. Däremot finns ett mer allmänt fokus på hälsa och god tillgång till hälso- och sjukvård. Planen utgår från olika perspektiv: invånarperspektivet, processperspektivet, medarbetarperspektivet och ekonomi. Ett av landstingets mål för länets invånare är exempelvis en god tillgång till hälso- och sjukvård med hög kvalitet och hög patientsäkerhet. Ett mål för medarbetarna är att medarbetarna är delaktiga och har en bra arbetsmiljö. För att målet ska nås ska den genomsnittliga sjukfrånvaron inom landstinget (som arbetsgivare) inte överstiga 4 procent (Landstinget Västernorrland 2016).

Av planerna framkommer att både Jämtland Härjedalen och Västernorrland står inför ekonomiska utmaningar. Att nå en ekonomi i balans är därför prioriterat i både Jämtland och Västernorrland. Jämtland har emellertid ett något tydligare fokus på sjukskrivningar i sina planer.

---

<sup>13</sup> Se även Mål för gemensam hälso- och sjukvårdspolitik i Jämtlands län 2014–2025 dnr LS/726/2012.

### 3. Vilken betydelse har Försäkringskassans arbete?

I det här kapitlet studerar vi vilken betydelse Försäkringskassans arbete har för sjukpenningtalets utveckling. Utvecklingen studeras på kontorsnivå. Följande frågor behandlas:

- Hur ser sjukpenningtalets utveckling ut på kontorsnivå?
- Vilka skillnader i arbetssätt och handläggning kan vi urskilja mellan kontoren och vilka förändringar har skett i närtid?

Analysen bygger på statistik från Försäkringskassans register och intervjuer med enhetschefer, specialister, lokalt samverkansansvariga och en FMR som arbetar mot båda länen. En enkät har skickats till samtliga handläggare som arbetar med sjukpenning på de aktuella kontoren. Resultaten från handläggarenkäten presenteras på länsnivå, det vill säga för Jämtland (dvs. kontoret i Östersund) och Västernorrland. I Västernorrland skiljer vi särskilt ut kontoret i Sundsvall. Kontoren i Sollefteå och Örnsköldsvik är för små för att deras resultat ska kunna särredovisas. Enkäten redovisas i sin helhet i bilaga 1.

#### Sjukpenningtalets utveckling på kontorsnivå

I det här avsnittet visar vi sjukpenningtalets utveckling över tid på de tre kontor som ingår i Västernorrland (Sollefteå, Sundsvall och Örnsköldsvik) och det kontor som ingår i Jämtland och som är placerat i Östersund.

#### Sjukpenningtalet är högst i Sollefteå och Sundsvall

Om vi delar upp sjukpenningtalet på de fyra kontoren framträder vissa skillnader (se Diagram 2). I Östersund (i Jämtland) låg sjukpenningtalet länge på en relativt hög nivå, men under 2016 har det minskat kraftigt.

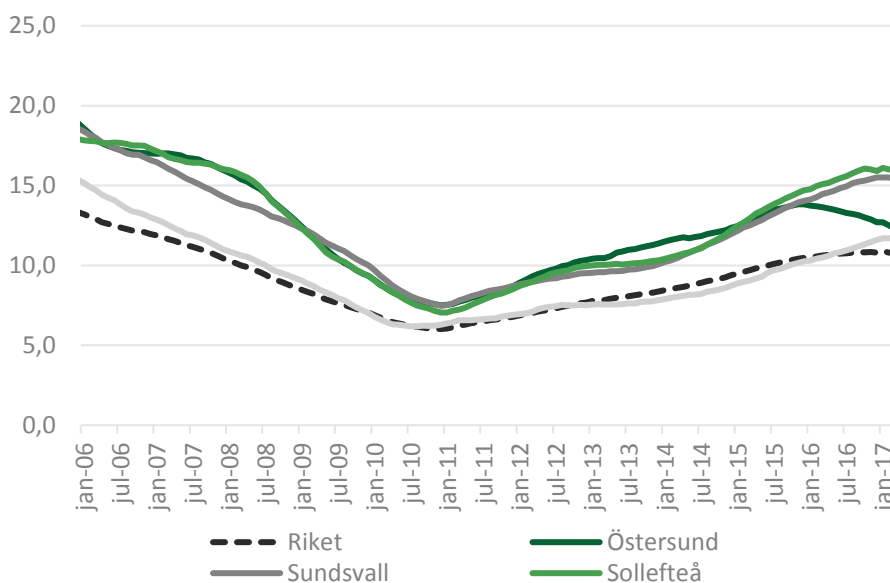
Samtliga tre kontor i Västernorrland uppvisar en fortsatt ökning av sjukpenningtalet, även om en avmattning kan skönjas de sista månaderna. Medan Sundsvall och Sollefteå ligger klart högre än de andra kontoren så befinner sig Örnsköldsvik på riksgenomsnittet och har gjort det under en lång period.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> I Försäkringskassans statistik framgår inte hur stor andel av ärendena som verkligen handläggs av respektive kontor. Vi har därför utgått från de försäkrades boendekommun.



**Diagram 2 Sjukpenningtalet jan 2006–jan 2017, hela riket och kontoren (utifrån den försäkrades boendekommun)**



Källa: Försäkringskassans databas Store

Det minskade sjukpenningtalet i Östersund beror inte på att fler beviljas sjuk- eller aktivitetsersättning jämfört med de andra kontoren.<sup>15</sup>

### Inflödet är högst i Sollefteå och lägst i Sundsvall

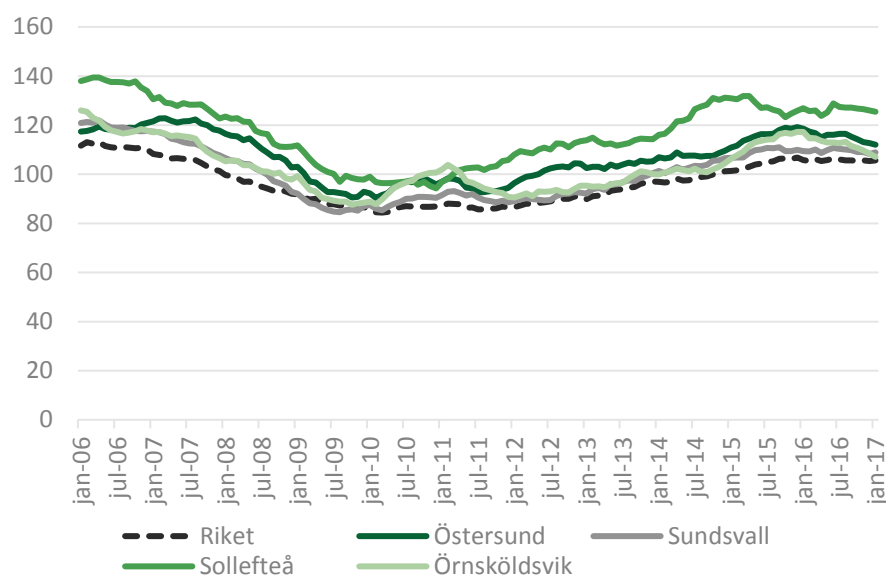
Sjukpenningtalet bestäms av hur många sjukfall som startar (inflöde) och hur långa dessa blir (varaktighet). Inflödet per 1 000 försäkrade<sup>16</sup> ligger högre på alla fyra kontor än riksgenomsnittet och har gjort så under en lång tid (se Diagram 3). Historiskt har inflödet i Sollefteå och Östersund varit högre medan Sundsvall och Örnsköldsvik har legat lägre. Sundsvall har det lägsta inflödet av de aktuella kontoren, trots att de har ett av de högsta sjukpenningtalen.

<sup>15</sup> I Jämtland beviljades sjuk- eller aktivitetsersättning till 4,7 individer per 1000 försäkrade under 2015. Motsvarande siffra år 2016 var 4,0. I Västernorrland beviljades sjuk- eller aktivitetsersättning till 4,8 individer per 1000 försäkrade under 2015. Motsvarande siffra år 2016 var 4,2.

<sup>16</sup> Med ”försäkrad” avses alla inrikes och utrikesfödda medborgare i åldrarna 16–64 år som är bosatta eller arbetar i Sverige.



**Diagram 3** Inflöde per 1000 försäkrade, hela riket och kontoren (utifrån den försäkrades boendekommun), jan 2006–jan 2017



Källa: Försäkringskassans databas Store

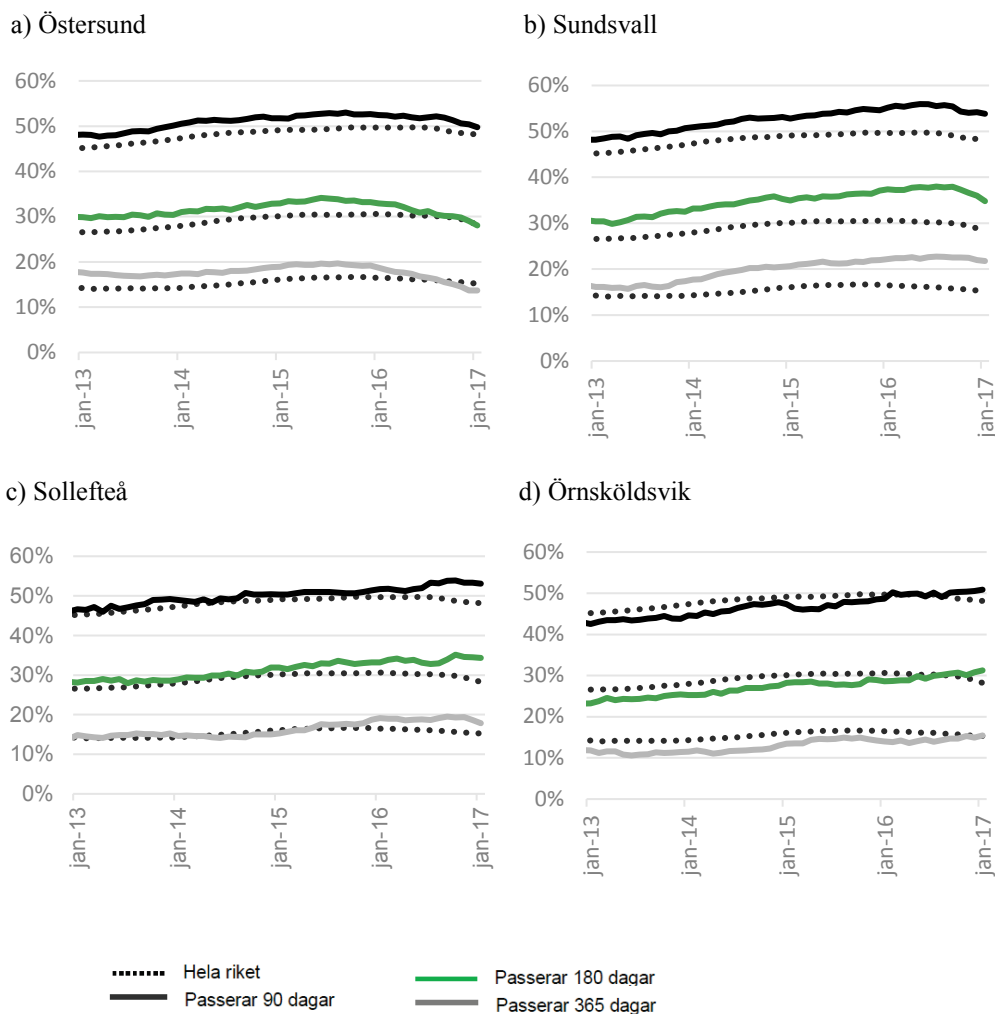
När vi studerar *förändringstakten* visar det sig att förändringen i inflödet är likartad på de fyra kontoren (se bilaga 3). Med förändringstakt avses här den procentuella förändringen en viss månad i jämförelse med 12 månader tidigare. Samtliga fyra kontor uppvisar snabbare minskningstakt än riket i stort. Sollefteå är först ut, där vänder inflödet redan i april 2016. För de andra kontoren kommer vändningen i juni 2016. Att det ändå finns en skillnad i sjukpenningtalets utveckling på länsnivå talar för att varaktigheten har en stor betydelse.

### Minskad varaktighet i Östersund

Sjukpenningtalet påverkas även av hur långa sjukfallen blir, det vill säga varaktigheten. Varaktighet mäts här som andelen sjukfall som passerar 90, 180 respektive 365 dagar.

Diagram 4 visar att en stor del av förklaringen till sjukpenningtalets utveckling finns i varaktigheten. Östersund, det vill säga Jämtland, har minskat andelen sjukfall som blir långa. Kontoren i Västernorrland uppvisar däremot fortsatt ökad varaktighet, även om det i Sundsvall syns en tendens till en minskning av andel sjukfall som passerar 180 dagar.

**Diagram 4 Andelen sjukfall som passerar 90, 180 och 365 dagar, jan 2013–jan 2017**



Källa: Försäkringskassans databas MIDAS

I Östersund börjar varaktigheten minska redan i slutet av 2015. Det gäller då andelen sjukfall som passerar 180 respektive 365 dagar. Minskningen vid dessa tidsgränser fortsätter under 2016 till en nivå som ligger något under riket i stort. Mot slutet av 2016 minskar även andel sjukfall som passerar 90 dagar men det är främst för de längre sjukfallen som vi ser en tydlig förändring.

Även i Sundsvall minskar varaktigheten från och med andra halvan av 2016. Minskningen är tydligast för andelen sjukfall som passerar 180 dagar respektive 90 dagar. Samtidigt är andelen fortfarande högre än i riket i stort vid samtliga tidsgränser. Eftersom inflödet är lägre i Sundsvall än på de andra kontoren finns en viktig förklaring till deras höga sjukpenningtal i den höga andelen långa sjukfall.

De två andra kontoren i Västernorrland – Sollefteå och Örnsköldsvik – uppvisar däremot fortsatt ökad varaktighet. I Sollefteå syns vad som kan vara en avmattning de sista månaderna. Örnsköldsvik, som tidigare legat

lägre än riksgenomsnittet, uppvisar under 2016 en ökning som gör att de passerar riket. Utvecklingen skiljer sig därmed från riket i stort.

## Förändringar och skillnader i kontorens arbete

Vid kontoret i Östersund uppger man sig ha förändrat sitt sätt att arbeta med sjukpenning. Vår bedömning är att genomförda förändringar i stor utsträckning kan förklara den utveckling som beskrivits ovan. Även på kontoren i Västernorrland har ett förändringsarbete påbörjats. Nedan beskrivs de förändringar som genomförts på de olika kontoren.

### Pågående arbete för att förbättra handläggningen

#### **Lokal ledning i länen anser att bedömningarna behöver förbättras**

Som framgått tidigare har de aktuella länen sjukpenningstal som historiskt är betydligt högre än i övriga län. I intervjuer uttrycks att sjukförsäkringen använts på ett alltför generöst sätt. Det beskrivs bland annat i termer av att det finns handläggare som aldrig avslår en ansökan eller ”som läser mellan raderna” för att kunna bevilja.

Chefer och specialister använder uttrycket ”försäkringsmässighet” för att beskriva behovet av att förbättra bedömningarna av rätten till sjukpenning. Det som avses är att kvaliteten ska öka i bedömningarna av rätten till sjukpenning. Exempel som nämns är att arbetsförmågan ska vara nedsatt till följd av sjukdom och inte av andra omständigheter, men även att de försäkrade ska ställa om vid dag 181 i rehabiliteringskedjan. Om man inte kan återgå till sitt nuvarande arbete ska man byta jobb, givet att man bedöms ha arbetsförmåga i ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete.

Det uppges även att länen behöver förbättra sitt arbete vid rehabiliteringskedjans tidsgränser. Samtidigt betonas att fokus ska vara på kvalitet framför ”pinnar i statistiken”. Det handlar om att handläggarna ska bedöma rätten till sjukpenning på ett korrekt sätt, att de ska få ett bra beslutsunderlag och att de fattar rättssäkra beslut. Det handlar om att rätt person ska ha rätt ersättning.

Både chefer och specialister uttrycker att en ökad kvalitet i bedömningarna i sig kan bidra till att minska sjukpenningtalet. Även om det verkar finnas samsyn kring behovet att öka kvaliteten i bedömningarna finns det olika uppfattning om hur stort behovet är på de olika kontoren.

Bland handläggarna anser ungefär hälften att deras kontor (i hög grad eller i viss grad) behöver förändra sitt sätt att arbeta med sjukpenning. Andelen var betydligt lägre i Östersund (33 procent) än i Västernorrland (61 procent). Den relativt låga andelen i Östersund beror på sannolikt på att kontoret redan har genomfört stora förändringar medan kontoren i Västernorrland påbörjade det arbetet senare.

### **Östersund påbörjade arbetet att förbättra handläggningen 2013**

Ledningen i det dåvarande LFC Östersund insåg redan under 2013 att det fanns ett behov av att öka kvaliteten i bedömningarna och frågan diskuterades internt. Jämtlands sjukpenningtal ansågs vara orimligt högt i jämförelse med övriga riket.<sup>17</sup> Att sjukpenningtalet då ökade uppges också vara en orsak till att frågan uppmärksammades. LFC Östersund tog kontakt med samtliga politiska församlingar för att få draghjälp och sätta frågan om sjukfrånvaron högre på dagordningen i länet.

Flera medarbetare har varit viktiga i arbetet att öka kvaliteten i bedömningarna. Bland andra nämns en handläggare som tidigare arbetat i en annan del av landet och därför hade andra erfarenheter av att bedöma rätten till sjukpenning. Ledningen var intresserad av handläggarens iakttagelser och hen fick därför ett mandat att delge kollegorna sina reflektioner kring deras ärenden. Hösten 2014 rekryterades en ny specialist som, enligt flera intervjupersoner, varit en viktig motor i arbetet. Specialisten och ledningen pratade tidigt ihop sig så att de höll en gemensam linje.

Flera exempel nämns på åtgärder som har genomförts. Kontoret har under en längre period arbetat för att förbättra kvaliteten i bedömningarna, framför allt vid dag 1 och dag 180. Kontorets specialist har fört mycket dialog med handläggarna och uppges vara tydlig i tillämpningsfrågor. Det finns även ett fokus på att genomföra tidiga aktiviteter i sjukfallen och att öka andelen prövningar av arbetsförmåga som genomförs i tid vid dag 180.

Under en period tog kontoret konsekvent alla nya intyg till FMR före beviljande av sjukpenning. Då blev det tydligt att handläggarnas första fråga var ”vad ska kompletteras” i stället för att ta ställning till om de hade tillräckligt med information för att fatta beslut. Det har föranlett att kontoret har förändrat sitt sätt att se på utredningsskyldigheten (se sid 32–33).

Enligt intervjuerna är det ett helt annat fokus på regelverket i dag. En person beskriver det som att kontoret i har gått från att vara ”omsorgsorienterade” till att bli lite mer ”regelstyrda och byråkratiska”.

### **Västernorrland påbörjade arbetet med förbättrad handläggning 2016**

I samband med en omorganisation 2015 slogs LFC Östersund ihop med LFC Sundsvall och LFC Sollefteå-Örnsköldsvik i ett gemensamt område. Därmed fick samtliga kontor en gemensam områdeschef, den chef som tidigare ansvarat för LFC Östersund. Samma områdeschef driver nu alltså ett arbete för att öka kvaliteten i bedömningarna av rätten till ersättning även vid kontoren i Sundsvall, Sollefteå och Örnsköldsvik. Även här uttrycks att bedömningarna tidigare har varit alltför generösa.

På områdeschefens initiativ pågick ett projekt med medbedömningar i Sundsvall vid tidpunkten för intervjuerna. Projektet påbörjades i september 2016 och ska pågå under hela 2017. Det innebär att en handläggare från

---

<sup>17</sup> Chefen för dåvarande LFC Östersund är numera – efter en omorganisation – områdeschef för hela SF Jämtland-Västernorrland.

Östersund kvalitetssäkrar positiva beslut vid dag 180 och beviljanden av sjukpenning till personer som är arbetslösa.

Genom medbedömningarna får handläggarna återkoppling på sina bedömningar. Projektet uppges ha inneburit att handläggarna börjat tillämpa regelverket mer korrekt. På kontoret pratar man mer om hur man bedömer arbetsförmåga och vad som är ett tillräckligt beslutsunderlag. ”Nu bollar vi mer och ifrågasätter mer”. I och med projektet har det uppstått behov av att diskutera olika tillämpningsfrågor. Därför har kontoret nyligen börjat med frukostmöten där specialisterna tar upp frågor som handläggarna vill diskutera.

Innan medbedömningarna har kontoret försökt öka kvaliteten i bedömningarna genom information och utbildning. Men även om många varit överens om att det behövdes en förändring uppges att det var först i och med medbedömningarna som ”det blev verkstad”.

Vid tidpunkten för intervjuerna hade Sollefteå och Örnsköldsvik ännu inte gjort några insatser för att förändra sina bedömningar av rätten till sjukpenning. Även om det inte genomförts några stora förändringar uppgavs att kontoren arbetar löpande med kvalitetsutveckling. På kontoret i Örnsköldsvik uppgavs till exempel att de arbetar kontinuerligt med utredningsmetodik och kompetensutveckling. Statstjänstemannarollen och Försäkringskassans uppdrag diskuteras återkommande. Ett liknande projekt med medbedömningar genomfördes i Sollefteå och Örnsköldsvik under våren 2017. Vid tidpunkten för intervjuerna (dvs. nov–dec 2016) hade det ännu inte påbörjats.

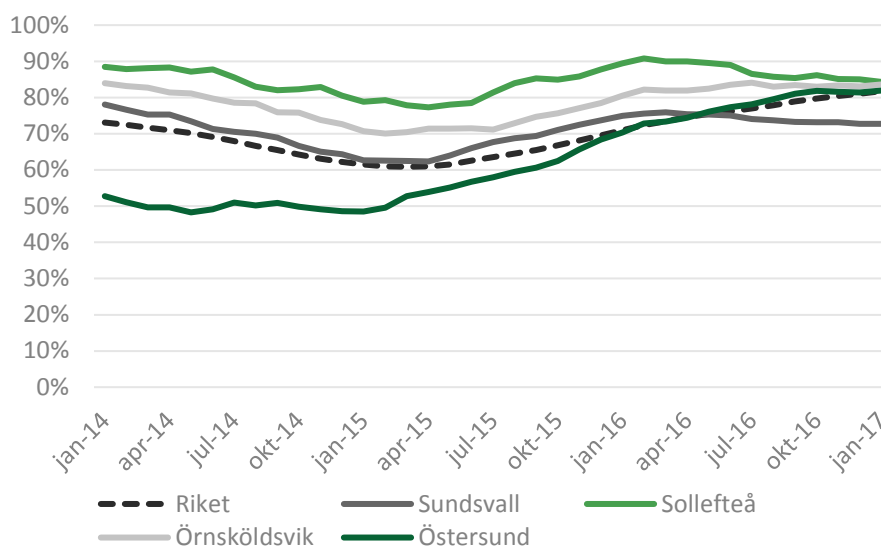
### Fler bedömningar görs vid rehabiliteringskedjans tidsgränser

Hösten 2015 införde Försäkringskassan en ny handlägningsprocess som har ett tydligt fokus på utredning och bedömning enligt rehabiliteringskedjans tidsgränser (se kapitel 2). I intervjuer framkommer att den nya handlägningsprocessen har bidragit till ett ökat fokus på rehabiliteringskedjan vilket medfört en ökad andel bedömningar som görs i tid.

Diagram 5 visar att andelen ärenden där Försäkringskassan har gjort en bedömning i tid vid dag 90 har ökat i riket i stort, från 2015 och framåt. Det verkar med andra ord som att det arbete som bedrivits nationellt och som beskrevs i kapitel 2 har haft en effekt.

Även på de studerade kontoren har andelen bedömningar som görs i tid ökat. Kontoret i Östersund har ökat mest och gör nu en bedömning i tid i lika stor utsträckning som kontoren i Västernorrland. Ökningen görs från en nivå som innan var betydligt lägre än på de andra kontoren.

**Diagram 5 Andel bedömningar gjorda före rehabiliteringskedjans bedömningsgräns vid dag 90, kontor utifrån enhet**



Anm. Inkluderar endast ärenden där läkarintyg finns inskickat i tid. Egenföretagare har ingen arbetsgivare och är därför exkluderade från redovisningen av 90-dagarsbedömningen.

Källa: Försäkringskassans databas Store

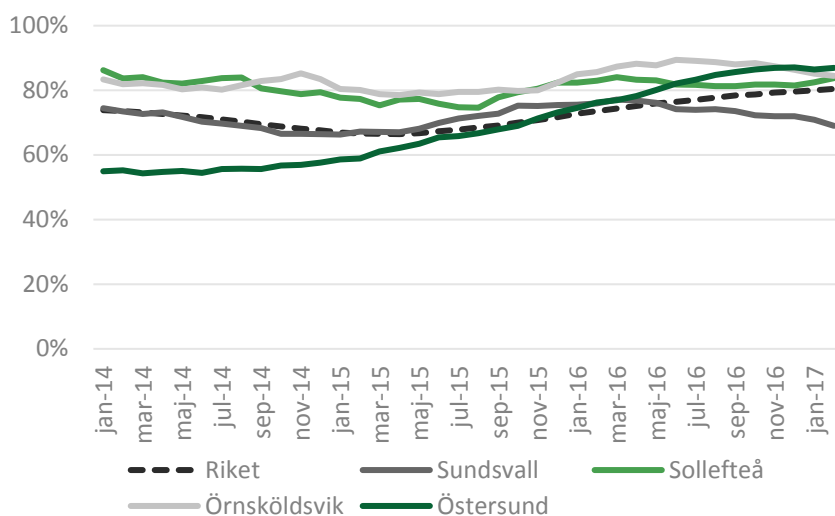
I Sundsvall minskade andelen genomförda bedömningar vid dag 90 under 2016. Intervjuer bekräftar att det går trögt med bedömningen vid dag 90. Handläggarna uppges ha svårt att se varför de ska ta kontakt med arbetsgivarna för utredning inför bedömningen, ”de har ju ändå så svårt att hitta andra arbetsuppgifter”.

Sollefteå och Örnsköldsvik är de kontor som bäst uppfyller lagkraven vid dag 90 och som har gjort det under en längre period. I Sollefteå minskade dock andelen ärenden där bedömningar gjorts under 2016. Vid båda kontoren har handläggarna gjort en bedömning i tid i 80 procent av de ärenden som passerar 90 dagar.

Även när det gäller andel bedömningar som gjorts i tid vid dag 180 har Östersund ökat mest. Östersund är nu det kontor som bäst uppfyller rehabiliteringskedjans krav vid dag 180 (Diagram 6). Även här har ökningen skett från en nivå som låg betydligt under övriga kontor under 2014.

Både diagram 5 och 6 bekräftar att Östersund påbörjade sitt förändringsarbete tidigare än de övriga kontoren. Dock började de från en nivå som var betydligt lägre, åtminstone när det gäller andelen sjukfall där bedömningarna görs i tid. Att arbetet i enlighet med rehabiliteringskedjan har stärkts är sannolikt en viktig förklaring till att den minskade varaktigheten i Östersund.

**Diagram 6 Andel bedömningar gjorda före rehabiliteringskedjans bedömningsgräns vid dag 180, kontor utifrån enhet**



Anm. Inkluderar endast ärenden där läkarintyg har skickats in i tid. Sjukfall där särskilda skäl tillämpats eller där det är oskäligt att göra denna bedömning är exkluderade.

Källa: Försäkringskassans databas Store

Både i Sollefteå och Örnsköldsvik har andelen bedömningar som görs i tid hela tiden legat kring 80 procent, vilket har varit högt ur ett nationellt perspektiv.

Sundsvall är det kontor som har svårast att uppfylla kraven, både vid dag 90 och dag 180. Andelen genomförda bedömningar – vid båda tidsgränserna – har dessutom minskat under 2016. På kontoret uttrycks en förhoppning om att det projekt med medbedömningarna som beskrivits ovan ska bidra till att andelen ärenden där bedömningar görs i tid ska öka. Medbedömningarna uppges ha inneburit ett större fokus på rehabiliteringskedjan än tidigare.

Efter förändringar i handläggningen har färre rätt till sjukpenning

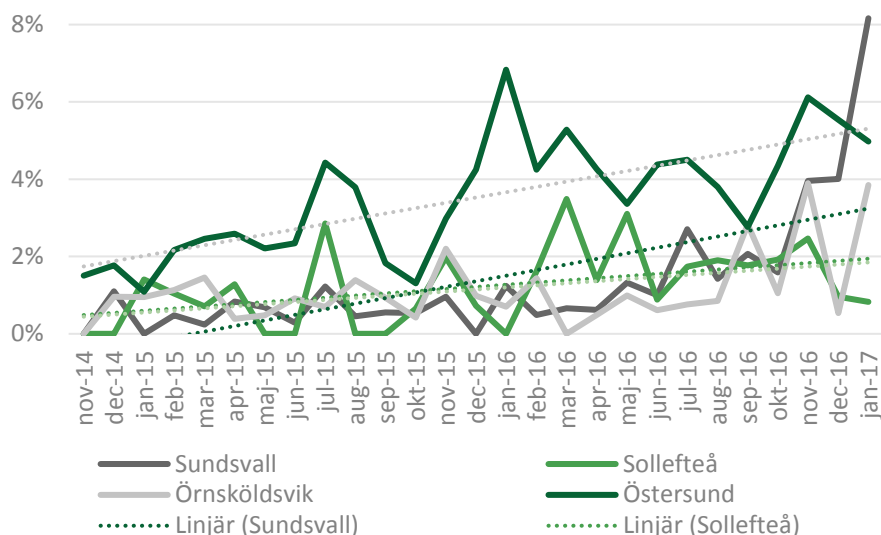
Ovan har det framgått att Försäkringskassan har förändrat sitt sätt att bedöma rätten till sjukpenning. Det framgår även att samtliga kontor gör fler bedömningar i tid vid rehabiliteringskedjans tidsgränser. Som en följd har andelen avslag ökat, framför allt i Östersund. Under de senaste månaderna syns även en förändring i Sundsvall, åtminstone när det gäller andelen avslag.

### Ökad andel avslag – framför allt i Östersund men de senaste månaderna även i Sundsvall

Andelen avslag i nya ärenden har ökat kontinuerligt över tid på samtliga fyra kontor (Diagram 7). Ökningen har varit betydligt större i Östersund än på de andra kontoren under nästan hela den period som redovisas i diagrammet. I Sundsvall har dock något hänt de sista tre månaderna. Från att ha haft en relativt låg andel avslag ökar Sundsvalls andel plötsligt, från 2 procent i oktober 2016 till över 8 procent tre månader senare. Eftersom det

finns variationer mellan månader kommer ökningen sannolikt inte att fortsätta i samma takt men den är ändå anmärkningsvärd.

**Diagram 7 Andel avslag i nya ärenden, nov 2014–jan 2017, kontor utifrån enhet**



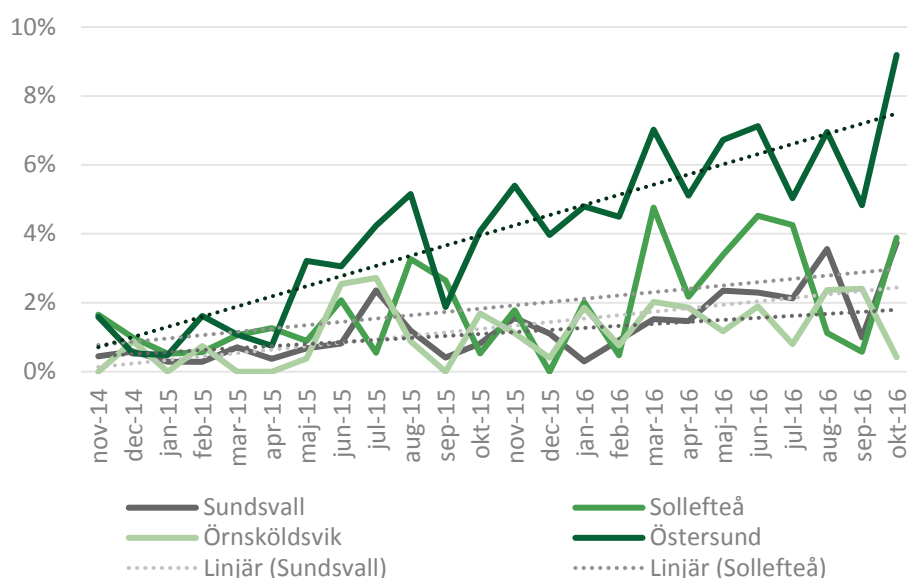
Källa: Försäkringskassans databas Store

Även i pågående ärenden har andelen avslag ökat (Diagram 8). I slutet av 2014 var andelen avslag i pågående ärenden låg på de fyra kontoren. Därefter har Östersunds avslagsandel ökat betydligt kraftigare än på de andra kontoren, även om det skett en gradvis ökning även där. Andelen avslag i pågående ärenden är något lägre i Sundsvall än vid de andra kontoren i Västernorrland.

Ovan konstaterades att Sundsvall ökat sin avslagsfrekvens i nya ärenden betydligt de sista tre månaderna. Diagrammet över avslag i pågående ärenden sträcker sig bara till och med oktober 2016 vilket beror på att Försäkringskassan därefter har ändrat sin definition.<sup>18</sup>

<sup>18</sup> Tidigare användes begreppet indrag i stället för avslag i pågående ärenden. Förändringen har inneburit att siffror för november 2016 är något osäkra. Därför redovisas bara utfall till och med oktober i diagrammet.



**Diagram 8 Andel avslag i pågående ärenden, nov 2014–okt 2016, kontor utifrån enhet**

Källa: Försäkringskassans databas Store

### Östersund har ändrat sitt sätt att se på utredningsskyldigheten

Myndigheter har en utredningsskyldighet som innebär ett ansvar för att deras ärenden blir tillräckligt utredda. Det betyder att Försäkringskassan ska se till att det underlag finns som behövs för utredningen. Om underlaget inte räcker ska handläggaren begära in kompletterande information. Ofta handlar det om att det saknas information i läkarintyget.

Ovan framgick att andelen sökande som får avslag har ökat i Östersund liksom även andelen som får sjukpenningen indragen. Något som sannolikt har betydelse är att kontoret uppger att de har förändrat sin syn på utredningsskyldigheten. Handläggarna har inte slutat komplettera men det uppges ske mindre ofta nu än tidigare. Nu kompletterar de bara om de inte redan har tillräckligt med information för att fatta ett beslut. Chefer och specialist menar att handläggarna inte ska "utreda fram" rätten till sjukpenning. Det handlar, enligt intervjuerna, om att avgöra hur mycket information som behövs i ett ärende. Samtidigt betonar intervjupersonerna att det är viktigt att Försäkringskassan uppfyller utredningsskyldigheten.

Resultaten från handläggarenkäten styrker att det finns skillnader i vilken grad kontoren har förändrat sitt sätt att arbeta med kompletteringar. Handläggarna fick ta ställning till ett påstående om att de begär kompletteringar *oftare* i dag än för ett år sedan. I Östersund var andelen som instämde helt eller delvis i påståendet lägre än på kontoren i Västernorrland. Den största skillnaden gällde andel som tog avstånd från påståendet. I Östersund var det 38 procent som inte instämde alls. På kontoren i Västernorrland var motsvarande andel 15 procent (se bilaga 1).

Kontoren i Västernorrland uppger att de känner till att Östersund har ändrat sitt sätt att se på utredningsskyldigheten. Någon motsvarande förändring

uppges inte ha skett i Västernorrland. Det framkommer i några intervjuer att det inte är självklart hur mycket information som behövs för att Försäkringskassan ska uppfylla utredningsskyldigheten. Avvägningen mellan att bedöma utifrån befintligt underlag eller att komplettera uppges vara svår.

Utifrån den undersökning som gjorts kan vi inte avgöra om det förändrade synsättet i Östersund är korrekt eller inte. Sannolikt behöver Försäkringskassan nationellt förtydliga hur avvägningen ska göras mellan att komplettera eller avslå på befintligt underlag.

### Ännu tidigt att avgöra om förändrad handläggning är korrekt

I Östersund har förändringar gjorts i bedömningarna av rätten till sjukpenning och i synen på utredningsskyldigheten. För att avgöra om bedömningarna är korrekta skulle vi behöva göra en granskning av den rättsliga kvaliteten. Någon sådan har inte gjorts inom ramen för fallstudien. Ett annat sätt att få en indikation på avvikelser är att studera domar eller omprövningar.<sup>19</sup> Hittills har få domar kommit som visar om de förändrade bedömningarna i Östersund är rätt eller fel i de enskilda ärendena.

Däremot har vi tittat på omprövningar som gäller beslut om sjukpenning som fattas under åren 2013–2016 (se Tabell 3). Siffrorna ska tolkas med försiktighet men antyder ändå – åtminstone preliminärt – inte finns några stora avvikelser när det gäller omprövningar av beslut som fattats vid Östersundskontoret. Andelen beslut som ändras vid en omprövning skiljer sig inte på något anmärkningsvärt sätt, varken i jämförelse med kontoren i Västernorrland eller riket i stort. Andelen beslut som ändras har dessutom minskat under 2016.

**Tabell 3**      **Antal inkomna omprövningar och andel som leder ändring**

År för grundbeslut	Andel omprövningar som innebär ändrat beslut, %			Totalt antal omprövningsbeslut		
	Östersund	Kontoren i Västernorrland	Riket	Östersund	Kontoren i Västernorrland	Riket
2013	12,8	13,1	12,4	86	153	6 938
2014	14,3	8,2	11,6	56	97	5 671
2015	10,3	15,7	10,9	156	102	7 461
2016	8,0	7,8	7,2	299	192	11 638

Anm. År för grundbeslut avser det år då Försäkringskassans ursprungliga beslut fattades. Själva omprövningsbeslutet kan ha fattats nästkommande år.

Samtidigt finns en osäkerhet i siffrorna, bland annat eftersom det finns en eftersläpning i tid. På grund av väntetider kan det fortfarande finnas ärenden där Försäkringskassan ännu inte fattat beslut vid omprövning, framför allt i

<sup>19</sup> Den som är missnöjd med ett beslut kan begära att Försäkringskassan omprövar beslutet. Det innebär att Försäkringskassan tar del av den försäkrades synpunkter och gör en ny prövning i ärendet. Omprövningarna görs av en särskild omprövningsenhet som är placerad i Stockholm.

ärenden där grundbeslutet fattades under 2016.<sup>20</sup> Siffrorna i tabellen kan därför komma att förändras.

Intressant att notera är även att det skett en ökning av totalt antal omprövningar under 2016, både i Östersund och vid kontoren i Västernorrland. Antalet inkomna omprövningar är betydligt högre i Östersund än i Västernorrland, trots att deras andel av befolkningsunderlaget bara är en tredjedel av hela SF Jämtland-Västernorrland (se kapitel 2). Att antalet inkomna omprövningar är större i Östersund än i vid kontoren i Västernorrland tyder på att fler är missnöjda med besluten. Det är inte så konstigt eftersom andelen som får avslag är högre (åtminstone fram till oktober 2016).

### **I Östersund ökar inte längre de psykiatriska diagnoserna**

Personer med psykiatriska diagnoser utgör en stor och ökande andel av sjukskrivningarna i riket i stort. Enligt flera studier är det svårt att avgöra vad som är symptom orsakade av sjukdom i medicinsk bemärkelse och symptom som har andra orsaker (Socialförsäkringsutredningen 2006). Det finns även stöd för att läkarintyg har sämre kvalitet just vid psykiska diagnoser än vid övriga diagnoser (Goine, H. m.fl. 2009). Att det handlar om svåra bedömningar framkommer också i flera intervjuer.

Vid Östersundskontoret uppges att handläggarna har förändrat sina bedömningar av rätten till sjukpenning vid psykiatriska diagnoser. Psykisk ohälsa uppges ofta bero på så kallad livsstilsproblematik i kombination med påfrestningar i livet. Förändringen uppges ha inneburit att all psykisk ohälsa inte ger rätt till sjukpenning. Enligt en intervjuperson ska det framgå att det finns en funktionsnedsättning, till exempel koncentrationssvårigheter, för att den försäkrade ska kunna beviljas sjukpenning. I intygen uppges att det ofta står att allmäntillståndet är bra.

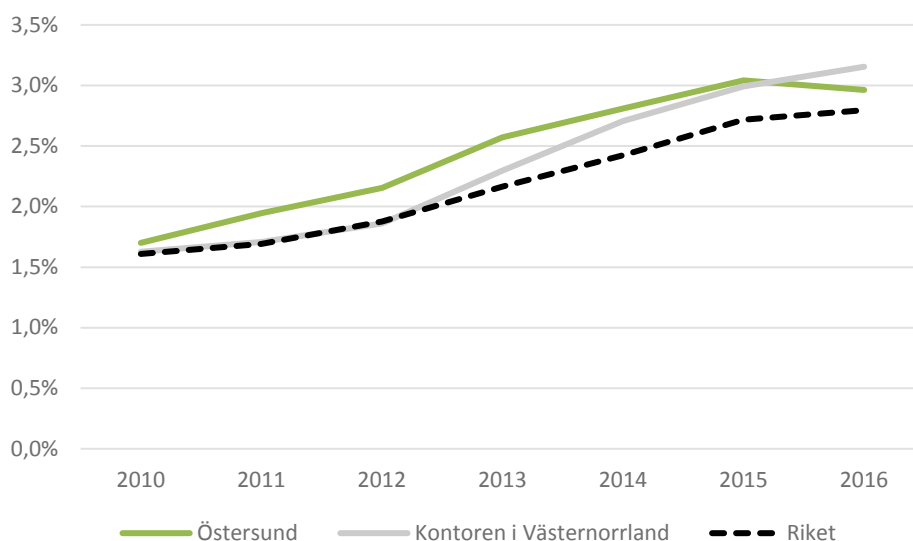
Vid Sundsvallskontoret uppges att det möjligen kan ha skett en förändring i bedömningarna av psykiska diagnoser efter sommaren, framför allt till följd av medbedömningarna inför dag 180 men även till följd av att fler konsultationer görs med FMR. Vid kontoren i Sollefteå och Örnsköldsvik uppges däremot att de inte har gjort någon förändring i bedömningarna av rätten till ersättning när det gäller psykiatriska diagnoser.

Den förändring som beskrivs vid Östersundskontoret kan vara en förklaring till att utvecklingen sedan 2016 skiljer sig från både kontoren i Västernorrland och från riket i stort (Diagram 9). I Östersund ökar inte längre andelen i befolkningen som startar en period med sjukpenning med en psykiatrisk diagnos. Tvärtom kan man skönja en svag tendens till en minskning.

---

<sup>20</sup> Genomsnittlig tid från att ett grundbeslut fattas till att ett omprövningsbeslut fattas var 83 dagar 2013, 79 dagar 2014 och 95 dagar 2015. År 2016 har väntetiderna ökat, sannolikt på grund av att det totala antalet omprövningsbeslut ökat betydligt. Genomsnittligt antal dagar var 160 år 2016. Då kan det fortfarande kvarstå ärenden där omprövningsbeslut ännu inte har fattats så siffran kan förändras.

**Diagram 9** Andel i befolkningen som någon gång under året startat en period med sjukpenning med en psykiatrisk diagnos, årsdata 2010–2016



Anm. Siffrorna avser inflödet till sjukpenning och summerar månadsdata årsvis. Samma person kan ingå flera gånger under ett år om personen blivit sjukskriven, återgått i arbete och därefter blivit sjukskriven igen under ett och samma kalenderår. I nämnaren ingår antal personer i befolkningen i åldern 20–64 år.

## Alla handläggare har inte förändrat sina bedömningar

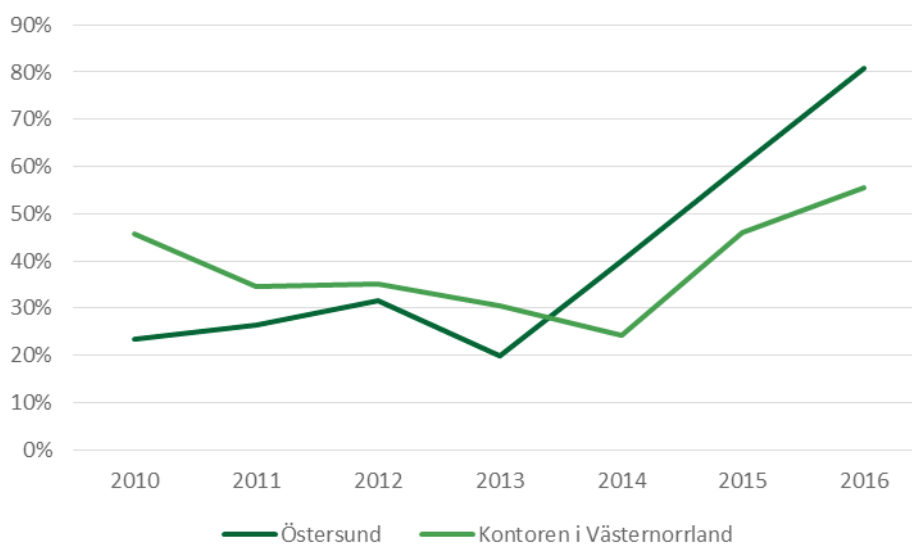
### Majoriteten uppger att de har ändrat sina bedömningar

En majoritet av handläggarna uppger att de har ändrat sitt sätt att bedöma rätten till sjukpenning. Andelen som helt eller delvis instämmer i detta påstående är högre i Östersund (77 procent) än vid kontoren i Västernorrland (65 procent). Det är intressant att andelen är så pass hög i Västernorrland, trots att deras förändringsarbete påbörjades senare. En del av förklaringen finns troligen i diagrammet nedan, som visar att andelen handläggare som gör avslag har ökat, både i Östersund och vid kontoren i Västernorrland.

### Andelen handläggare som gör avslag har ökat

I Diagram 7 konstaterades att andelen avslag har ökat på samtliga kontor men framför allt i Östersund. I Sundsvall har andelen avslag ökat betydligt de senaste månaderna, men det är ännu oklart hur den långsiktiga utvecklingen kommer att se ut.

Samtidigt som andelen avslag har ökat har även andelen handläggare som gör avslag ökat, både i Östersund och vid kontoren i Västernorrland (Diagram 10). I Östersund syns en ökning från 2014 och vid kontoren i Västernorrland ökar andelen från 2015. Det tyder på att handläggarna i Västernorrland började förändra sina bedömningar redan innan projektet med medbedömningar som påbörjades under hösten 2016.

**Diagram 10 Andel handläggare som gjort minst ett avslag, årsdata 2010–2016**

Anm. Diagrammet inkluderar handläggare som handlagt minst 5 ärenden under respektive år. Vi har även testat att bara inkludera handläggare som handlagt minst 25 respektive minst 50 ärenden per år. Det har inte förändrat resultatet i diagrammet. Endast bedömningar vid dag 1 ingår.

Källa: Försäkringskassans databas Store.

Att vissa handläggare inte gjort något avslag under ett år behöver inte betyda att de har fattat felaktiga beslut. Vi kan inte utesluta att det finns en slumpmässighet som gör att enstaka handläggare faktiskt bara har handlagt ärenden där den försäkrade har rätt till sjukpenning. Men när andelen handläggare som inte har gjort något avslag är stor – så som det var innan kontoren påbörjade sitt förändringsarbete – så tyder det på att vissa handläggare undviker att fatta avslagsbeslut. I flera intervjuer bekräftas att det finns (eller har funnits) handläggare som inte fattar avslagsbeslut och att vissa försäkrade därför felaktigt har beviljats sjukpenning. Här har chefer, men även stödfunktioner, ett viktigt ansvar att uppmärksamma brister i handläggningen och säkerställa att regelverken efterlevs.

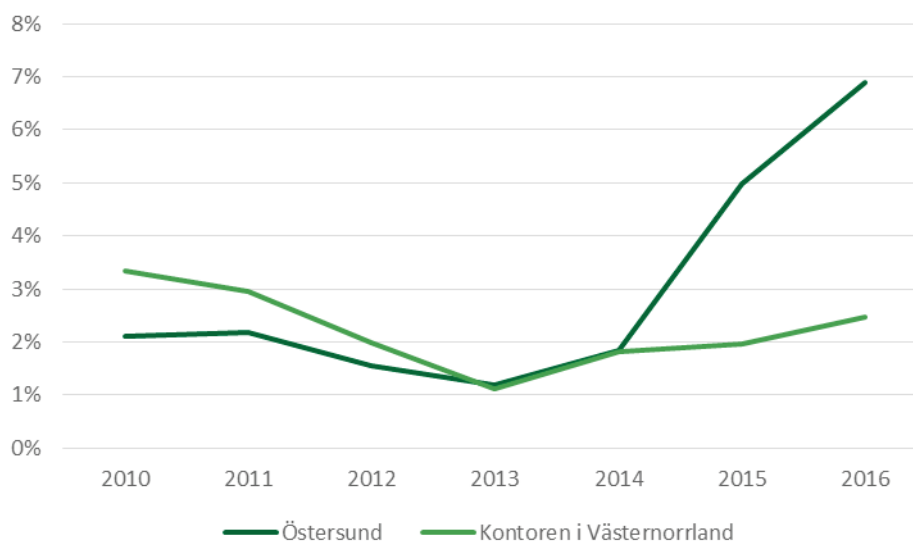
### Minskad likformighet när andelen som gör avslag ökar

Det arbete som kontoren bedrivit för att öka kvaliteten i bedömningarna har medfört att andelen handläggare som gör avslag har ökat. Den ökade fokuseringen på rättstillämpningen har dock inte medfört en ökad likformighet, tvärtom. Diagram 11 visar att variationen mellan handläggare har ökat betydligt i Östersund, det kontor som var först med att påbörja arbetet för att förändra sina bedömningar av rätten till sjukpenning. Att variationen ökar betyder handläggarna gör mer olika bedömningar, det vill säga att likformigheten har minskat.

Den minskade likformigheten i Östersund beror sannolikt på att det fortfarande finns handläggare som inte gjort något avslag under året, samtidigt som det nu är fler som gör avslag. När det fortfarande var ovanligt med avslag gjorde handläggarna mer likformiga bedömningar, men sanno-

likt på en felaktig nivå. Troligen är den ökade variationen ett övergångsproblem som är förknippat med att alla handläggare ännu inte har förändrat sitt sätt att bedöma rätten till sjukpenning.

**Diagram 11 Variation mellan handläggare i avslagsandelar, årsdata 2010–2016**



Anm. Diagrammet inkluderar handläggare som handlagt minst 5 ärenden under respektive år. Vi har även testat att bara inkludera handläggare som handlagt minst 25 respektive minst 50 ärenden per år. Det har inte förändrat resultatet i diagrammet. Endast bedömningar vid dag 1 ingår. Variationen mäts som ett värde mellan 0 och 100 procent, där värden nära 0 procent innebär liten spridning medan 100 procent betyder maximal spridning. Diagrammet visar variation i avslagsandel mellan handläggare inom respektive kontor. Spridningsmättet som används definieras som: faktisk spridning som andel av maximal möjlig spridning givet genomsnittlig andel, antal olika enheter som jämförs och hur många ärenden de hanterat. För mer detaljerad beskrivning se Försäkringskassan 2016c.

Källa: Försäkringskassans databas Store

### Handläggarna har olika syn på hur bedömningar ska göras

I enkäten uppger många handläggare att det finns olika syn på deras kontor vad gäller hur rätten till sjukpenning ska bedömas. Andelen som instämmer helt eller delvis i det påståendet är störst i Östersund (83 procent) och i Sundsvall (85 procent). Genomsnittet för samtliga kontor i Västernorrland är 69 procent vilket betyder att motsvarande andelar är lägre i Sollefteå och Örnsköldsvik.

Även i intervjuer bekräftas att det finns olika syn bland handläggarna, framför allt i Sundsvall. Vissa handläggare uppgavs acceptera det nya sättet att göra bedömningar men inte alla. Det pågående förändringsarbetet i Sundsvall uppgavs även ha gett upphov till en ”kulturkrock” mellan handläggare som har olika syn på hur rätten till sjukpenning ska bedömas. I flera intervjuer framkom också att vissa handläggare upplevde det som negativt att någon hade synpunkter på deras bedömningar, vilket var fallet i det pågående projektet med medbedömningar.

Varken i Sollefteå eller Örnsköldsvik uppges någon motsvarande kulturkrock finnas. Vid tidpunkten för intervjuerna hade projektet med medbedömningar ännu inte påbörjats vid kontoren. Örnsköldsvik arbetar sedan länge teambaserat och kontorets ärenden uppges vara ”allas ärenden”.

### **Många handläggare anser att bedömningarna är alltför restriktiva**

En majoritet av handläggarna instämmer helt eller delvis i påståendet att vi numera är för restriktiva i bedömningarna av rätten till sjukpenning. I Östersund är andelen 53 procent medan den är högre vid kontoren i Västernorrland, 64 procent.

I rapporten har det framgått att Försäkringskassans bedömningar tidigare har varit alltför generösa. Om Försäkringskassan tidigare har beviljat sjukpenning på felaktiga grunder är det troligt att en förändring upplevs som att bedömningarna har blivit mer restriktiva. Att så många handläggare uppger att de numera är *för* restriktiva tyder på att de inte fullt ut har accepterat förändringen.

Av enkäten framkommer också att det inte är så lätt att fatta beslut om att avslå eller dra in sjukpenning. I enkäten framgår att det är fler handläggare i vid kontoren i Västernorrland som tycker att det är jobbigt att avslå eller dra in sjukpenning. I Östersund instämde 22 procent av handläggarna (helt eller delvis) i påståendet att det är jobbigt att avslå. Motsvarande andel vid kontoren i Västernorrland var 37 procent. När det gäller indrag i pågående ärenden instämde ungefär 19 procent (helt eller delvis) i Östersund, i jämförelse med 39 vid kontoren i Västernorrland.

I öppna svar knutna till dessa påståenden framgår att den försäkrades reaktion upplevs svår att hantera. Många handläggare beskriver sin medkänsla med den försäkrade. Men det framgår även en frustration över situationer där handläggningen inte fungerat optimalt (dragit ut på tiden) samt över undermåliga läkarintyg.

### **Arbetsbelastning och personalomsättning uppges försvåra arbetet, särskilt i Sundsvall**

Både i enkäten till handläggare och i intervjuer uppges att arbetsbelastningen är hög. Handläggarenkäten tyder på att problemet är störst på kontoret i Sundsvall och minst i Östersund. Hela 55 procent av handläggarna i Sundsvall instämmer inte alls i påståendet att arbetsbelastningen är hanterbar. Genomsnittet vid samtliga kontor i Västernorrland är 50 procent. I Östersund är motsvarande andel 17 procent.

I öppna enkätsvar beskriver flera handläggare i Sundsvall den höga arbetsbelastningen som den största svårigheten i det pågående förändringsarbetet. Vissa handläggare uppger att de inte hinner utreda ärendena ordentligt. Även i intervjuer lyfts den höga arbetsbelastningen fram som en av förklaringarna till det ökande sjukpenningtalet i Sundsvall. Kontoret har inte märkat med att arbeta så mycket med tillämpningen som de skulle vilja.

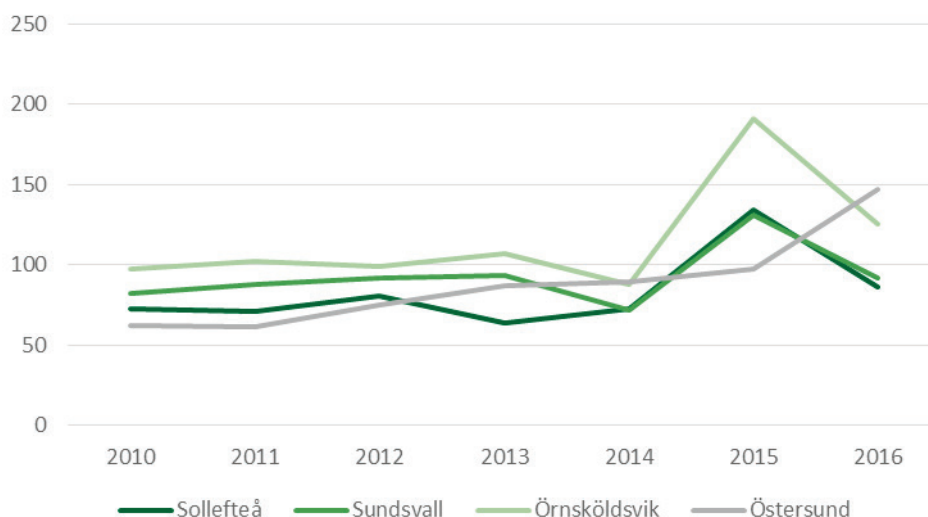


Även i Örnsköldsvik och Sollefteå uppges att arbetsbelastningen är hög. I intervjuer uppges situationen vara hanterbar även om det förekommer att handläggare arbetar övertid.

Av intervjuer framkommer att Östersund numera har en mer hanterbar arbetsbelastning. I intervjuer uttrycks uppfattningen att arbetet mot ökad kvalitet i bedömningarna har medfört färre ärenden och därmed en mer hanterbar arbetsbelastning för handläggarna. Man kan även tänka sig att det ändrade förfarandet vid Östersundskontoret när det gäller kompletteringar har bidragit till att arbetsbelastningen är mer hanterbar. När färre ärenden kompletteras minskar sannolikt handläggarnas arbetsbörda.

Mot bakgrund av att arbetsbelastningen uppges vara så hög i Sundsvall är det intressant att titta på genomsnittligt antal beslut per handläggare. Diagram 12 visar att genomsnittligt antal beslut per handläggare var lägre i Sundsvall än både i Östersund och i Örnsköldsvik.

**Diagram 12** Genomsnittligt antal beslut per handläggare, årsdata 2010–2016



Anm. Antal beslut avser samtliga beslut inför dag 1, det vill säga både bifall och avslag. I diagrammet ingår bara handläggare som hanterat fler än 5 ärenden under ett år.

Källa: Försäkringskassans databas Store

Den upplevt höga arbetsbelastningen i Sundsvall verkar med andra ord inte bero på att antalet beslut per handläggare är fler. Det kan finnas andra faktorer som bidrar till en hög arbetsbelastning. I intervjuerna uppges att den höga arbetsbelastningen i Sundsvall beror på en hög personalomsättning.

Siffror bekräftar att personalomsättningen är högre i Sundsvall än på de andra kontoren. Under 2016 var det 13 handläggare som slutade eller var tjänstlediga (t ex på grund av föräldradighet) vid Sundsvallskontoret. Vid Östersundskontoret, som är nästan lika stort, var det åtta handläggare som slutade. På de mindre kontoren i Sollefteå och Örnsköldsvik var det en respektive tre personer som slutade eller var tjänstlediga.



I Sundsvall beskrivs den höga personalomsättningen som ett stort problem. Många handläggare uppges ha slutat och kontoret har därför gjort många nyrekryteringar. Att många medarbetare är nyanställda uppges innebära att de som är mer erfarna får dra ett tyngre lass. Introducering av nyrekryterade medarbetare tar tid från handläggningen vilket uppges minska kontorets produktivitet. Att få nya medarbetare på plats beskrivs som den viktigaste frågan på kontoret.

Även på de andra kontoren uppges att personalomsättningen är hög. Det handlar om pensionsavgångar, anställda som går vidare till nya tjänster och om behov av förstärkning. Men det är framför allt på Sundsvallskontoret som arbetsbelastning och personalomsättning nämns som orsaker till det höga sjukpenningtalet.

Samtidigt finns det även fördelar med att många handläggare är nyanställda. Både chefer och specialister uttrycker att de nyanställda handläggarna ofta har lättare att ta till sig det förändrade sättet att bedöma rätten till sjukpenning. De är inte fast i någon uppfattning om hur man ska arbeta och behöver därför inte ”lära om”.

#### Aktiv samordning har prioriterats ner på samtliga kontor

I kapitel 2 beskrevs den differentiering av handläggningen som genomfördes 2013. En tanke med den differentierade handläggningen var att Försäkringskassan ska prioritera insatser och samordning i ärenden där behovet av stöd är som störst, det vill säga ärenden i kundflöde 3.

I intervjuer uppges att samordningsuppdraget har prioriterats ner på de aktuella kontoren. Det gäller framför allt externa möten. Orsaken uppges vara en hög arbetsbelastning. Att samordningsuppdraget har prioriterats ner är inte unik för de studerade kontoren utan har skett även på många andra kontor.

Det finns en uppfattning bland chefer att Försäkringskassan tidigare har tagit en för stor del av rehabiliteringsansvaret. Det uppges ha gjort arbetsgivare och hälso- och sjukvården passiva. Nu försöker Försäkringskassan i stället få andra att agera, vilket också ligger i linje med lagstiftningen. Handläggarna ska prioritera vilka möten de går på i stället för att gå slentrianmässigt.

På grund av arbetsbelastningen har handläggarna inte kunnat lägga extra tid på ärenden i kundflöde 3 och arbetet uppges därför inte alltid ha blivit vad de förväntade sig. Även det förändrade sättet att göra bedömningar uppges ha förändrat rollen som handläggare. Flera personer ger uttryck för uppfattningen och en av dem formulerar sig såhär:

”Arbetet som personlig handläggare är inte vad det har varit tidigare, det är betydligt större inslag av försäkringsmässighet nu och då ingår att ha samtal med personer som inte längre får behålla sjukpenning, jobbiga samtal. Jag tror att en hel del handläggare

tycker att det blir för jobbigt, de känner att det är en stor förändring i jämförelse med hur de har jobbat tidigare.”

## Sammanfattning av kapitlet

Vår bedömning är att förändringar i Försäkringskassans arbete med sjukpenninghandläggningen är en viktig förklaring till sjukpenningtalets utveckling i länen.

Det finns en uppfattning inom samtliga kontor att arbetet med sjukpenninghandläggningen behöver förbättras. Det gäller såväl att öka kvaliteten på bedömningarna av rätten till sjukpenning som att öka andelen ärenden som bedöms inom rehabiliteringskedjans tidsgränser. I intervjuer uppges att kontoren håller på att göra en omsvängning mot vad som benämns mer ”försäkringsmässiga” bedömningar.

I kapitlet har vi identifierat tre förändringar som sannolikt bidragit till det minskade sjukpenningtalet vid Östersundskontoret (Jämtland):

- Kontoret har bedrivit ett arbete för att öka kvaliteten i sina bedömningar av rätten till sjukpenning. Det har bidragit till att andelen avslag ökar.
- Kontoret har förändrat sin syn på Försäkringskassans utredningsskyldighet och kompletterar nu bara om de inte har tillräckligt underlag för beslut. Tidigare uppges att man kompletterade för att kunna bevilja sjukpenning.
- Kontoret har ökat andelen bedömningar som görs inom rehabiliteringskedjans tidsgränser. Det är sannolikt en viktig förklaring till att sjukfallens varaktighet har minskat.

Arbetet med att förändra handläggningen vid Östersundskontoret påbörjades under 2013. Vi bedömer att de förändringar som redan har gjorts förklarar en stor del av sjukpenningtalets minskning under 2016. Vid kontoren i Västernorrland påbörjades ett arbete för att förändra handläggningen under 2015 och 2016. Det arbetet har sannolikt bidragit till att sjukpenningtalet börjat minska sedan årsskiftet 2016/2017.

## 4. Vilken betydelse har hälso- och sjukvårdens arbete?

Hälso- och sjukvården spelar en viktig roll för sjukfrånvaron. En väl fungerande hälso- och sjukvård är en förutsättning för att kunna behandla sjukdomar och skador i ett tidigt skede och på så sätt minska eller förebygga sjukfrånvaron. Hälso- och sjukvården bidrar till att sjuka eller skadade återfår hela eller delar av arbetsförmågan. Hälso- och sjukvården utfärdar också läkarintyg och påverkar härigenom antalet personer som ansöker om sjukpenning. Läkarintygen är även viktiga underlag för Försäkringskassans bedömning.

I det här kapitlet undersöker vi vilken betydelse hälso- och sjukvården har för sjukpenningtals utveckling i Jämtland och Västernorrland. Det handlar både om att kartlägga skillnader mellan landstingen och – i den mån det är möjligt – förändringar över tid. Följande frågor behandlas:

- Hur arbetar landstingen med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen?
- Finns det några skillnader i läkarintygen eller i läkarnas tillgång till kompetensutveckling när det gäller försäkringsmedicin?
- Finns det några skillnader i läkarbemanningen eller i befolkningens tillgång till vård?

Vi har använt oss av befintlig data från SKL och från enkäter som olika aktörer har genomfört med läkare. Vi har även intervjuat processledare<sup>21</sup> samt andra personer som är involverade i landstingens övergripande arbete med sjukskrivningsfrågor. Vi har dessutom intervjuat ett antal rehabkoordinatorer i respektive landsting. Totalt har åtta personer intervjuats i Region Jämtland Härjedalen och sju personer i Landstinget Västernorrland.

### Övergripande bild av skillnader mellan landstingen

I Tabell 4 sammanfattas skillnader och likheter i de båda landstingen. I kommande avsnitt redovisar vi mer ingående resultat från var och ett av de områden som ingår i kartläggningen.

---

<sup>21</sup> Processledare är den yrkesroll som ansvarar för landstingens arbete med överenskommen om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess, även kallad ”sjukskrivningsmiljarden”.

**Tabell 4 Övergripande skillnader och likheter mellan landstingen**

	Region Jämtland Härjedalen	Landstinget Västernorrland
Arbetet med sjukskrivningsprocessen	Uppfyller villkor inom sjukskrivningsmiljarden  De som driver frågorna har ett mandat och arbetet har tagit fart	Uppfyller villkor inom sjukskrivningsmiljarden  Frågan är inte förankrad i verksamheten och de som driver frågorna har svårt att nå ut  Har en försäkringsmedicinsk kommitté
Läkarintygen	Ökat antal utfärdade läkarintyg  Kortare längd på sjukskrivningarna i utfärdade läkarintyg 2015–2016	Minskat antal utfärdade läkarintyg  Oförändrad längd på sjukskrivningarna i utfärdade läkarintyg 2015–2016
Utbildningar till läkare i försäkringsmedicin	Utbildningar till AT- och ST-läkare samt läkare med utländsk utbildning, men även till andra läkare och stafettläkare	Utbildningar till AT- och ST-läkare samt läkare med utländsk utbildning. Inga utbildningar till andra läkare eller stafettläkare
Läkarbemanning	Ungefär lika många läkarvakanser som i riket i stort 2015  Många stafettläkare  Psykolog finns på 66 % av vårdcentralerna  Delad sistaplats när det gäller väntetider i vården	Fler läkarvakanser än riket i stort 2015  Många stafettläkare  Psykolog finns på 91 % av vårdcentralerna  Delad sistaplats när det gäller väntetider i vården

## Landstingens arbete med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Båda landstingen bedriver ett arbete för att höja kvaliteten i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. I den senaste uppföljningen framgick att båda landstingen uppfyllde kriterierna för att få maximal ersättning genom överenskommelsen om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess (SKL 2017).

### Större fokus på frågorna i Region Jämtland Härjedalen

I Region Jämtland Härjedalen uppges sjukskrivningsfrågan ha kommit upp på den politiska dagordningen 2014. Det uppges att regionens politiska ledning prioriterar frågorna betydligt mer än innan. Processledaren<sup>22</sup> uppges att ”vi har ett uppdrag i regionen att jobba med de här frågorna.” Arbetet finansieras visserligen med hjälp av sjukskrivningsmiljarden, men det är regionen själv som styr över arbetet. Även på Försäkringskassan märker

<sup>22</sup> Processledarens uppdrag är att ha ett övergripande ansvar för den nationella överenskommelsen.

man av att region Jämtland Härjedalen satsar på sjukskrivningsfrågan och att frågan är prioriterad.

Drivande i regionens arbete är en processledare och en utvecklingsstrateg för arbetet inom sjukprocessen. De bedriver ett omfattande arbete för att sprida frågorna inom olika delar av hälso- och sjukvården. De uppger att regionens arbete med sjukskrivningsfrågor tagit fart under 2015. I början av 2015 påbörjades arbetet med en långsiktig utvecklingsplan som regionfullmäktige fastställde i oktober 2015 (se kapitel 2). Den långsiktiga utvecklingsplanen utgör ett startskott. Dessförinnan uppges arbetet ha legat lite ”lite i träda”.

”Vi har jobbat väldigt *lite* med det här under många år. Det är först senaste året som vi dragit upp tempot.”

I Landstinget Västernorrland verkar inte sjukskrivningsfrågan vara lika uppmärksammasom som i Region Jämtland Härjedalen. Sjukskrivningsfrågan förefaller inte ha varit på dagordningen i den politiska ledningens olika forum lika tydligt som i Region Jämtland Härjedalen.

I Västernorrland finns en enhet för försäkringsmedicin som ska utveckla och förenkla processerna kring sjukskrivning och rehabilitering. På enheten finns bland annat två procesledartjänster varav den ena var vakant vid tidpunkten för fallstudien. I processledarens roll ingår bland annat att arbeta strategiskt med sjukskrivningsprocessen, att stötta rehabkoordinatorerna, ordna utbildningar, se till att nätverk fungerar. Samverkan med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen är också en prioriterade fråga.

De som arbetar med frågorna uppger att det är svårt att nå fram till landstingsledningen och att frågorna är dåligt förankrade i den ordinarie organisationen. Landstingets arbete med sjukskrivningsprocessen beskrivs som ”en egen ö” eller ”en bubbla”. Nedskärningar och omorganisationer inom hälso- och sjukvården uppges ha försvårat arbetet att nå ut. Sjukskrivningsfrågorna uppges ha kommit i skymundan på grund av detta.

Landstinget Västernorrland har sedan 2008 en försäkringsmedicinsk kommitté som ska bidra till att öka kvalitet, effektivitet och rättssäkerhet i sjukskrivningsprocessen. Kommittén ska även underlätta effektivisera samarbetet mellan olika aktörer i sjukskrivningsprocessen.<sup>23</sup>

### Rehabkoordinatorer har funnits länge i Västernorrland

Ett av villkoren i den så kallades ”sjukskrivningsmiljarden” är att landstingen ska ha en funktion för koordinering av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Funktionen arbetar med stöd till patienten, intern samordning och stöd inom hälso- och sjukvården samt extern samverkan gentemot andra aktörer såsom arbetsgivare, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

---

<sup>23</sup> Då hette kommittén Sjukskrivningskommittén.

Landstinget Västernorrland var tidiga med att införa rehabkoordinatorer. Funktionen har funnits ända sedan 2007, det vill säga innan det angavs som ett villkor inom sjukskrivningsmiljarden. I dag har landstinget 25 rehabkoordinatorer inom primärvården. Tjänsterna som rehabkoordinatorerna varierar mellan 10 och 100 procent av en heltid. Det finns rehabkoordinatorer i någon utsträckning på samtliga hälso- och vårdcentraler. I Region Jämtland Härjedalen finns 15 rehabkoordinatorer som arbetar på samtliga 28 vårdcentraler.

Rehabkoordinatorerna arbetar bland annat med att stötta patienterna, att samverka med olika aktörer runt omkring patienterna och att stötta läkare med kunskap, både vad gäller om Försäkringskassans arbete och om hur läkarintygen ska skrivas. I många intervjuer framgår att rehabkoordinatorernas arbete är uppskattat. Det gäller i både i Västernorrland och Jämtland Härjedalen. Även från Försäkringskassans sida framgår att rehabkoordinatorerna har en nyckelroll och att de innebär en ”enorm draghjälp”. Det gäller såväl samordningsbiten, att hålla ihop rehabteamen på vårdcentralen och att bidra med kompetens till läkarna vad gäller försäkringsmedicin och intyg.

### Faktorer som försvårar arbetet

Det finns vissa faktorer som försvårar arbetet inom Region Jämtland Härjedalen. Geografin nämns som en sådan. Regionen har 28 hälsocentraler som patienter kan lista sig på och dessutom några filialer. Dessutom är ekonomin svag.

”Vi är en procent av befolkning i Sverige som ska serva en yta som är 12 procent, svåra förutsättningar, långa avstånd och många enheter, det är dyrt. När resurser ska fördelas får vi en procent, allt kommer befolkningsbaserat, t ex miljarden”.

I Västernorrland uppges att omorganisationer har försvårat arbetet att nå ut liksom att den politiska ledningen inte prioriterar frågorna. Men bilden är inte enhetlig. En person uppger att ”politikerna är intresserade och dom satsar. Vi har inga problem att få använda pengarna”. Sjukskrivningsmiljarden uppges vara viktig och ligger till grund för Landstinget Västernorrlands arbete med sjukskrivningsfrågor.

### Bedömningar av arbetsförmåga i läkarintyg

Hälso- och sjukvården ansvarar för att bedöma arbetsförmåga och utfärda medicinska underlag. Dessa underlag ingår i Försäkringskassans bedömning av rätten till sjukpenning. En läkares bedömning i ett läkarintyg innebär ingen ovillkorlig rätt till sjukpenning utan är ett underlag för Försäkringskassans beslut.

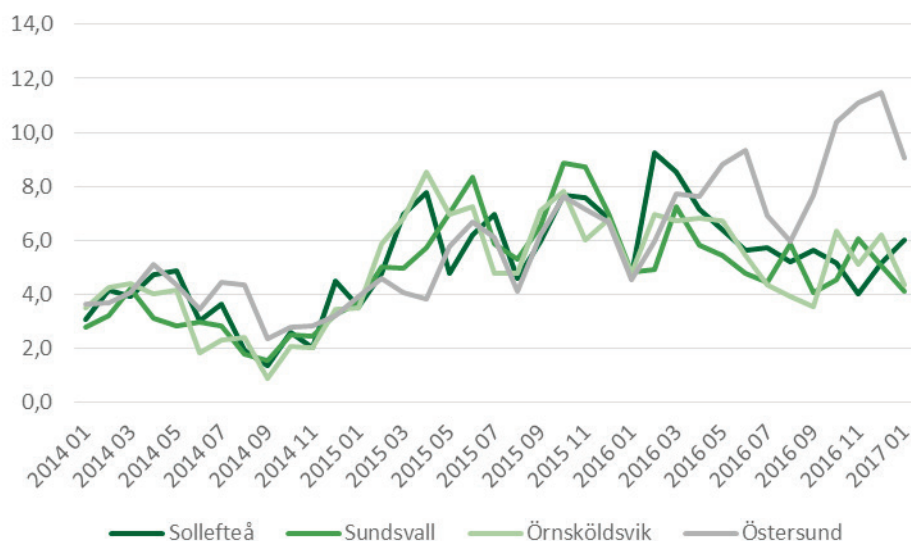
Framför allt vid kontoret i Östersund skiljer sig Försäkringskassans bedömningar från läkarnas, vilket visar sig i den höga andelen avslag på ansökningar om sjukpenning (se kapitel 3).

### Antal läkarintyg längre än 14 dagar ökar i Jämtland

Vi har ingen bra uppgift om antalet läkarintyg som utfärdats vid de två landstingen. Därför använder vi antal ansökningar om sjukpenning som approximation. Antal ansökningar om sjukpenning är sannolikt ett tillräckligt bra mått på antalet utfärdade läkarintyg, även om det inte är självklart att alla som fått ett läkarintyg utfärdat ansöker om sjukpenning. Det kan också finnas en eftersläpning i tid.<sup>24</sup>

Med detta sagt indikerar Diagram 13 att antalet utfärdade läkarintyg vid nya sjukfall ökar över tid i Jämtland medan det under 2016 har minskat vid kontoren i Västernorrland. Minskningen i Västernorrland syns vid alla tre försäkringskassasektor.

**Diagram 13** Antal ansökningar om sjukpenning vid dag 1 per 1000 invånare i åldern 20–64 år, utifrån beslutdatum



Källa: Försäkringskassans databas Store

Att antalet ansökningar ökar i Jämtland (Östersund) tyder på att det minskade sjukpenningtalet i länet huvudsakligen beror på Försäkringskassans arbete. Sjukpenningtalet har med andra ord minskat under 2016 *trots* att antalet ansökningar fortsätter att öka.

<sup>24</sup> Bara de läkarintyg ingår som medfört att den försäkrade ansöker om sjukpenning. Läkarintyg som bara omfattar sjuklöneperioden – dvs. fram till dag 14 – ingår inte. Både bifalls- och avslagsbeslut ingår. Tidsaxeln anger när Försäkringskassan fattade beslut om sjukpenning, inte när hälso- och sjukvården utfärdade läkarintyget eller när ansökan inkom till Försäkringskassan.



## Rekommenderade sjukfallslängder har blivit kortare i Jämtland Härjedalen

Vi har tagit del av data<sup>25</sup> som tyder på att de rekommenderade sjukskrivningslängderna är ungefär lika långa i Jämtland och Västernorrland. I Jämtland har de rekommenderade sjukskrivningslängderna minskat något mellan 2015 och 2016.

**Tabell 5**      **Rekommenderat antal sjukskrivningsdagar i läkarintyg**

	Genomsnittligt antal sjukskrivningsdagar i elektroniska läkarintyg		
	2015	2016	Förändring i %
Jämtland	36	32	-11
Västernorrland	33	33	0
Genomsnitt i riket	34	29	-15

Tabellen visar elektroniska förstagångsintyg. Samtliga läkarintyg är inte elektroniska i dag vilket medför en osäkerhet i data. Både Jämtland och Västernorrland har dock en relativ hög andel elektroniska intyg – över 80 procent – vilket minskar osäkerheten i data avseende dessa län.

Antalet rekommenderade sjukskrivningsdagar har visserligen minskat mer i Jämtland än i Västernorrland men minskningen har skett från en högre nivå. I region Jämtland uppges att man utbildar samtliga läkare i försäkringsmedicin. Möjligen kan det ha påverkat genomsnittligt antal rekommenderade sjukskrivningsdagar i intygen.

## Handläggarna i Jämtland uppper att intygen har förbättrats

Vi har inte studerat kvaliteten i de utfärdade läkarintygen. I en granskning som gjordes 2013 fanns en liten (men statistiskt säkerställd) skillnad vad gällde andel intyg som bedömdes ha tillräckligt god kvalitet. Andelen var då 54,8 procent i Jämtland Härjedalen och 52,8 procent i Västernorrland (Försäkringskassan 2013).<sup>26</sup> Någon motsvarande granskning har inte gjorts de senaste åren och vi vet därför inte om kvaliteten har förändrats eller inte.

Handläggarnas uppfattning är dock att så är fallet. Enkäten visar att en högre andel handläggare i Jämtland (Östersund) upplever att läkarna blivit bättre på att skriva medicinska underlag det senaste året. I Jämtland instämde 58

<sup>25</sup> Vi har fått tillgång till data från landstingen genom Inera som har utvecklat en statistik-tjänst med information om läkarintyg på uppdrag av SKL. Täckningsgraden varierar mellan olika län men bedöms vara god i Jämtland och Västernorrland. Genom statistik-tjänsten har vi fått tillgång till aggregerad data om läkarintyg. Se [www.inera.se](http://www.inera.se) för mer information.

<sup>26</sup> Kvaliteten bedömdes utifrån ett antal kriterier som diagnos, funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning, bedömning av arbetsförmåga, vad läkaren baserar sin uppgifter på och motivering till överskriden tid i relation till det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Dessutom krävdes att hela läkarintyget skulle vara läsligt för att kvaliteten skulle bedömas som god.



procent av handläggarna helt eller delvis i det påståendet medan motsvarande andel i Västernorrland var 18 procent. På kontoret i Sundsvall var det lägst andel som instämde i påståendet, 12 procent.<sup>27</sup>

I Örnsköldsvik och i Sollefteå tycker sig flera intervjupersoner se att kvaliteten i läkarintygen har förbättrats något över tid. Man lyfter då fram den dialog som Försäkringskassan har med hälso- och sjukvården, bland annat genom att handläggare sedan flera år tillbaka är placerade på vårdcentralerna vissa dagar i veckan. Handläggarnas närvaro upplevs ha medfört förbättrad kvalitet i läkarintygen, även om förbättringen inte är så stor som man skulle önska. Den upplevda förbättringen gäller läkare som är fastanställda, däremot inte stafettläkare.

Läkarintygen i Sundsvall upplevs vara sämre än läkarintyg både i andra delar av Västernorrland och i Östersund (Jämtland). Vid flera tillfällen har andra kontor hjälpt till med Sundsvallsärenden och i samband med det har synpunkter framförts att intygen från Sundsvall var sämre än deras egna.

## Kompetens inom försäkringsmedicin

### Skillnader i kunskap och intresse mellan läkare

Kunskapen inom försäkringsmedicin är en viktig grund för att uppnå god kvalitet inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Fortbildningen inom försäkringsmedicin är därför en viktig del i den så kallade sjukskrivningsmiljarden (se kapitel 2). Landstingen ska verka för att det finns läkare med fördjupad kunskap i försäkringsmedicin som ett stöd till kollegor och medarbetare i det praktiska försäkringsmedicinska arbetet. Minst hälften av specialistläkarna (ST) ska ha utbildning och handledning.

I intervjuer i de aktuella länen uppges att det finns stora skillnader i läkarnas kunskaper i försäkringsmedicin och även i de utfärdade läkarintygens kvalitet. Uppfattningen framkommer både i intervjuer med hälso- och sjukvården och med Försäkringskassan. Läkarnas arbetsbelastning uppges vara hög och det tar tid att skriva läkarintyg. Att skriva intyg beskrivs som ett ”nödvändigt ont”. Inom hälso- och sjukvården finns en uppfattning att Försäkringskassans krav på läkarintygen har höjts och att det därför blivit svårare för läkarna fylla i intygen och att bedöma hur diagnosen påverkar arbetsförmågan.

Genomgående beskrivs de yngre läkarna som bättre på att skriva intyg. De uppges vara mer insatta och intresserade av försäkringsmedicin. Den uppfattningen finns inom både Försäkringskassan och hälso- och sjukvården, och både i Västernorrland och Jämtland Härjedalen:

”I primärvården är de yngre läkarna betydligt mer intresserade, de flesta har gått vår utbildning. Har man gått utbildningen förstår man att det är en del i den vård och behandling vi ska ge. De äldre

---

<sup>27</sup> Resultatet gäller enbart handläggare som arbetat minst ett år med sjukpenning.

tycker inte det är så kul, de vill framför allt sköta det mesta själv, det är ett bekymmer för våra koordinatörer.”

I Jämtland Härjedalen uppger personer som arbetar övergripande med sjukskrivningsprocessen att de generellt har en bra dialog med både yngre och äldre läkare. Läkarna uppges ha ”stor förståelse för frågorna” även om vissa uppges tycka att sjukskrivningsprocessen är svår och bölig.

**Utbildningar i försäkringsmedicin når inte alla läkare i Västernorrland**  
Försäkringskassan är aktiv i utbildningar i försäkringsmedicin, både i Region Jämtland Härjedalen och inom Landstinget Västernorrland. En viktig skillnad finns i vilka läkare som erbjuds möjlighet att gå utbildning i försäkringsmedicin. I både Region Jämtland Härjedalen och Landstinget Västernorrland ges utbildningen till AT-läkare, ST-läkare och läkare med utländsk examen. De flesta läkare tillhör dock inte någon av de grupperna.

I Jämtland Härjedalen bedrivs ett arbete för att nå ut även till andra läkare. Under 2016 åkte processledare och utvecklingsstrateg ut till Jämtland Härjedalens hälsocentraler. Hälsocentralerna såg till att alla läkare och andra medarbetare som hade möjlighet att delta. Det var obligatoriskt vid alla hälsocentraler. Läkare som hade akut verksamhet kunde dock inte delta.

För att nå seniora läkare har regionen under även påbörjat en pilot med sjuktalsdialog där hälsocentralens läkargrupp tillsammans med processledning och rehabkoordinator analyserar sjukskrivningsdata. Tanken är att arbetssättet ska bidra till att läkarna lär av varandra och att analys av sjukskrivningsdata på sikt ska bli en del i ordinarie uppföljningsverksamhet. En särskild satsning görs även på att ta fram en webbutbildning till regionens stafettläkare.

I Västernorrland däremot erbjuds ingen utbildning till andra grupper än de som nämndes ovan. Det finns en plan men resurserna saknas. Försäkringskassan har lyft det som ett problem i den Försäkringsmedicinska kommittén. Försäkringskassan vill nå även läkare som inte är nya – ”de som inte är så intresserade” – men upplever inte att frågan fått gehör i den Försäkringsmedicinska kommittén. Häls- och sjukvården i Västernorrland medger att de skulle kunna göra mer för att nå även de äldre läkarna. Läkarbrist anges som en orsak till att denna grupp av läkare inte har erbjudits utbildning i försäkringsmedicin.

### Rehabkoordinatorer bidrar med kompetens i försäkringsmedicin

Det framkommer i intervjuer att rehabkoordinatorerna har en viktig roll när det gäller läkarnas kompetens och kompetensutveckling inom försäkringsmedicin. Vi har sett exempel på det både från Jämtland och Västernorrland. En rehabkoordinator uppger att de diskuterar sjukskrivningar mycket på de hälsocentraler där hen arbetar. Hen uppmuntrar också läkarna att gå in i statistiken<sup>28</sup> och själva titta på sina ärenden och sina sjukskrivningar.

---

<sup>28</sup> Det som avses här är den statistiktjänst som Inera tillhandahåller.

Läkarna uppges ha blivit bättre på att bedöma om en person ska vara sjukskriven eller om det snarare behövs någon annan behandling.

Att bidra med kunskap i försäkringsmedicin och kunskap om att skriva läkarintyg nämns bland rehabkoordinatorernas arbetsuppgifter. Flera koordinatörer berättar att de har dialoger med läkare om sjukintyg och att de ordnar interna, ibland informella, utbildningar. En rehabkoordinator uppger att samtliga läkare på mottagningen konsulterar hen när de ska skriva sjukintyg.

Samtidigt som det är positivt att rehabkoordinatorerna bidrar med kompetens finns det en risk för sammanblandning när det gäller ansvar och roller. Enligt lag är det läkarna som ska beskriva patientens arbetsförmåga och utfärda läkarintyg. Läkarna kan samråda med andra kompetenser och göra bedömningar i team men ytterst är det läkarna som har ansvaret.

## Läkarbemanning ett problem i båda landstingen

Många landsting har i dag svårt att bemanna vakanta läkartjänster (Sveriges läkarförbund 2015). Flera landsting och regioner klarar sina uppdrag till stor del med hjälp av stafettläkare, en lösning som riskerar att bli kostnadsdrivande.

### Fler läkarvakanser på vårdcentralerna i Västernorrland

I en enkät ombads specialistläkare bedöma den aktuella bemannings-situationen på den vårdcentral där de arbetar. Enkätfrågan innebar att relatera det aktuella antalet fasta läkare (inklusive längre vikariat) till vad som krävs för att vårdcentralen skulle kunna anses vara fullt bemannad.

Enligt läkarnas uppskattning såg läkarbemanningen i Jämtland ut ungefär som i riket i stort. Däremot var det betydligt fler vakanser i Västernorrland (Tabell 6). I Västernorrland var det hela 29 procent som uppgav att de arbetar på en vårdcentral med många vakanser. Bara två län i Sverige hade en högre andel läkare som arbetar på en vårdcentral med många vakanser.

**Tabell 6 Andel läkare som instämmer i olika uppfattningar om läkarbemanningen på deras vårdcentral 2015**

	Jämtland	Väster-norrland	Riket
Fullbemannad (100 % bemannad), andel i %	30	17	34
Några vakanser (>80 % besatta), andel i %	26	27	28
Flera vakanser (50–80 % besatta), andel i %	30	27	26
Många vakanser (<50% besatta), andel i %	13	29	12

Källa: Sveriges läkarförbund 2015. Enkäten genomfördes februari – april 2015 och skickades till samtliga läkare inom primärvården, totalt 6 578 läkare. Av dessa var 4 599 specialistläkare och 1 979 ST-läkare i allmänmedicin. Svarsfrekvensen var 60,1%.

### Många stafettläkare försvårar arbete med sjukskrivningsprocessen

Vi har inte tillgång till data över hur vanligt det är med stafettläkare i de två landstingen. I intervjuer både med Försäkringskassan och med hälso- och

sjukvården framkommer att det råder läkarbrist och att det är därför är vanligt med stafettläkare. På vissa vårdcentraler uppges samtliga läkare vara stafettläkare.

I en undersökning gjord av Konkurrensverket rangordnas länen utifrån sin kostnad per invånare för stafettläkare.<sup>29</sup> Både Jämtland och Västernorrland återfinns bland de fem län som hade högst kostnader för hyrläkare år 2014. Kostnaden var något högre i Jämtland (315 kr per invånare och år) i jämförelse med Västernorrland (260 kr) (Konkurrensverket 2015).

Vi har ingen kunskap om huruvida användandet av stafettläkare bidrar till ett ökat eller minskat sjukpenningtal. Däremot framkommer i intervjuer att den höga andelen stafettläkare påverkar landstingens arbete med sjukskrivningsprocessen.

### **Svårt att komplettera när inte läkaren finns kvar**

Något som däremot framkommer i flera intervjuer är att vårdcentraler med många stafettläkare har bekymmer med kompletteringar. När ett intyg måste kompletteras finns kanske den läkare som skrivit intyget inte längre kvar på vårdcentralen. Ibland finns det uppgifter i journalen som kan användas vid komplettering, men annars måste utredningen göras om och ett nytt besök bokas hos en ny läkare.

En annan risk som lyfts fram när det gäller stafettläkare är att patienten sjukskrivs och att uppföljningen därefter fördröjs. Här lyfts koordinatorens uppdrag fram som särskilt viktigt.

Samtidigt framkommer att det finns ”två kategorier av stafettläkare”: de som återkommer med regelbundenhet och de som inte gör det. Ibland förekommer det att stafettläkarna har långtidskontrakt.

”När de återkommer kan man boka patienter på ett annat sätt. De andra dyker bara upp och sen ser man dem inte mer”.

### **Svårare att arbeta med kompetensutveckling för stafettläkare**

Det framkommer i intervjuer att det är svårt att arbeta långsiktigt och metodiskt med kompetensutveckling när det gäller stafettläkare. Landstinget Västernorrland uppger att deras utbildningar riktar sig till specifika målgrupper och att stafettläkare inte är en sådan.

En rehabkoordinator som arbetar på en vårdcentral med många stafettläkare menar att hen hade kunnat arbeta mer metodiskt med läkarna om de vore fastanställda, exempelvis genom att gå igenom kompletteringsärenden och härigenom lära upp läkarna.

---

<sup>29</sup> Konkurrensverket använder begreppet hyrläkare i sin rapport medan vi har använder begreppet stafettläkare.

Men det finns sätt att nå även stafettläkare. Region Jämtland Härjedalen ska snart påbörja en webbutbildning som samtliga läkare ska gå, även stafettläkare.

## Längre väntetider i båda landstingen än i riket i stort

Sedan den 1 januari 2015 är den så kallade vårdgarantin, en lagstadgad rättighet och del av patientlagen. Vårdgarantin innebär att det ska ta max 7 dagar att få en tid hos allmänläkare, max 90 dagar för första besök hos specialist och max 90 dagar för en åtgärd eller operation efter att beslutet fattats.

Både Jämtland Härjedalen och Västernorrland tillhör de län i Sverige som har längst väntetider. Tabell 7 visar att det är en högre andel patienter som får vänta på läkarbesök och operation i Jämtland Härjedalen och i Västernorrland än i riket i stort. Däremot är skillnaden länen emellan liten.

**Tabell 7** Väntetider inom vården, hösten 2016

	Jämtland Härjedalen	Väster- norrland	Riket
Telefonsamtal primärvård, andel som besvarades samma dag	83	90	89
Läkarbesök primärvård, andel inom 7 dagar	85	80	89
Första besök i specialiserad vård, andel inom 90 dagar	68	67	80
Operation/åtgärd, andel inom 90 dagar	67	64	77

Källa: SKL 2016a. Resultaten avser hösten 2016

I en sammanvägning av olika mått på väntetider framgår att Jämtland Härjedalen och Västernorrland ligger på delad sistaplats i riket (SKL 2015b).

Det finns heller ingen stor skillnad mellan länen i andel i befolkningen som helt eller delvis instämmer i påståendet att de har tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver. Jämtland Härjedalen ligger något under Västernorrland (se Tabell 8).

**Tabell 8** Andel som helt eller delvis instämmer i följande påståenden

	Jämtland Härjedalen	Väster- norrland	Riket
Jag har tillgång till den vård jag behöver	80	83	84
I mitt landsting/region är väntetider vid vård och behandling på sjukhus rimliga	45	44	52
I mitt landsting/region är väntetider vid besök på hälso-/vårdcentraler rimliga	60	63	65

Källa: SKL 2016b

Båda länen ligger strax under rikets genomsnitt när det gäller befolkningens upplevelse av att ha tillgång till den vård och att ha rimliga väntetider till besök på hälsocentral eller vårdcentral. Däremot är andelen i båda länen betydligt lägre än i riket vad gäller synen på väntetider vid vård och behandling på sjukhus.

Bland Försäkringskassans handläggare är det fler i Västernorrland än i Jämtland som tror att väntetider i vården är en viktig anledning till att sjukfall blir långa. I Jämtland instämmer 67 procent helt eller delvis i detta påstående. Motsvarande andel i Västernorrland är 86 procent. Det är inga stora skillnader mellan olika kontor i Västernorrland.

### Sämre tillgång till psykolog på vårdcentraler i Jämtland

På vårdcentralnivå är tillgången till psykolog sämre i region Jämtland Härjedalen än i landstinget i Västernorrland. Sveriges psykologförbund har vid tre tillfällen kartlagt tillgången till psykologer på landets vårdcentraler. Den senaste kartläggningen gjordes 2015. I Jämtland Härjedalen uppgav 66 procent av vårdcentralerna att de hade tillgång till psykolog. I Västernorrland uppgav en högre andel vårdcentraler att de hade tillgång till psykolog: 91 procent (Sveriges psykologförbund 2015).<sup>30</sup>

Kartläggningen redovisar tillgången till psykolog på vårdcentralnivå. Vi vet inte hur stor del av *befolkningen* i respektive landsting som har behov av eller tillgång till psykolog.

## Sammanfattning av kapitlet

Utifrån vår kartläggning verkar det finnas vissa skillnader mellan de två landstingen men även flera likheter. Bilden är dock motstridig och det är svårt att dra slutsatser kring landstingens bidrag till det minskade sjukpenningtalet.

Båda landstingen har problem med ekonomin, bristande tillgång till läkare och långa väntetider till vård och behandling.

De skillnader som identifierats gäller arbetet med sjukskrivningsprocessen och läkarnas tillgång till kompetensutveckling inom försäkringsmedicin, där frågorna förefaller vara mer prioriterade i Region Jämtland Härjedalen än i Landstinget Västernorrland. Vissa tecken finns även på att de rekommenderade sjukskrivningstiderna i läkarintygen har förkortats i Jämtland Härjedalen. Å andra sidan ökar antalet rekommenderade sjukskrivningar från hälso- och sjukvården i Jämtland Härjedalen över tid. I Västernorrland syns däremot en minskning under 2016.

---

<sup>30</sup> År 2015 fanns det enligt Psykologförbundets uppgifter 1 178 vårdcentraler. Kartläggningen gjordes genom telefonintervjuer och mejlutskick under maj 2015. Av vårdcentralerna svarade 1 159 vilket motsvarar 98 procent.

I kapitlet har vi även sett att antalet utfärdade läkarintyg över 14 dagar verkar öka, mätt som antal ansökningar som inkommer till Försäkringskassan. Att antalet ansökningar ökar i Jämtland (Östersund) tyder på att det minskade sjukpenningtalet i länet huvudsakligen beror på Försäkringskassans arbete. Sjukpenningtalet har med andra ord minskat under 2016 *trots* att antalet ansökningar fortsätter att öka.

## 5. Samverkan mellan Försäkringskassan och sjukvården

Försäkringskassan ansvarar för att samordna den arbetslivsinriktade rehabiliteringen inom sjukförsäkringsområdet. För att kunna utföra vårt uppdrag som samordnare av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen behöver Försäkringskassan ha ett nära samarbete med bland annat hälso- och sjukvården, kommunen, Arbetsförmedlingen och arbetsgivare.

I det här kapitlet fokuserar vi på samverkan mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården.

- Hur samverkar Försäkringskassan och hälso- och sjukvården?
- Finns det skillnader mellan samverkan med Region Jämtland Härjedalen respektive Landstinget Västernorrland som kan förklara sjukpenningtalets utveckling?

### Samverkan på övergripande nivå

Samverkan sker på högre nivå i Jämtland

En skillnad mellan Östersundskontoret och kontoren i Västernorrland är att kontoret har lyft sjukskrivningsfrågan till de politiska församlingarna i länet. Det tidigare LFC Östersund (nuvarande Östersundskontoret) vände sig redan 2013 till de politiska församlingarna i både landstinget och kommunerna. Kontakterna uppges ha medfört att sjukskrivningsfrågan kom upp på den politiska agendan. Någon motsvarande kontakt har inte tagits när det gäller de politiska församlingarna i Västernorrland.

Sedan 2016 ingår Försäkringskassans områdeschef i Region Jämtland Härjedalens styrgrupp för sjukskrivningsprocessen. Även innan Region Jämtland Härjedalen bildades fanns ett strategiskt och regelbundet samarbete mellan LFC Östersund och den dåvarande landstingsledningen. Det samarbetet har pågått åtminstone sedan 2008. Någon samverkan på motsvarande nivå finns inte när det gäller landstinget i Västernorrland. Det sker med andra ord en samverkan på högre nivå mellan Försäkringskassan och Region Jämtland Härjedalen än vad som är fallet i Landstinget Västernorrland.

Områdeschefen på Försäkringskassan har sedan tidigare regelbundna möten med primärvårdschefer i Jämtland. Motsvarande kontakter har nyligen initierats även i Västernorrland.

Försäkringskassan har tre samverkansansvariga i området

Samverkan mellan Försäkringskassan och landstingen sker på olika nivåer. På Försäkringskassan i SF Jämtland-Västernorrland finns tre anställda som



är lokalt samverkansansvariga. Två samverkansansvariga täcker Landstinget Västernorrland medan en arbetar mot Region Jämtland Härjedalen. Av de två som arbetar gentemot Västernorrland är en placerad i Sundsvall medan den andra fördelar sin tid mellan Sollefteå och Örnsköldsvik. Den samverkansansvarige som arbetar gentemot Region Jämtland Härjedalen är placerad på Försäkringskassans kontor i Östersund.

Rollen som samverkansansvarig innebär att försöka skapa ett gott samarbetsklimat med hälso- och sjukvården, med arbetsgivare, kommuner och andra aktörer, för att på så sätt underlätta handläggarnas arbete. Det handlar om att skapa metoder och vägar för att Försäkringskassan och de andra aktörerna ska nå varandra. Det innebär även att informera om regelverket så att andra förstår hur Försäkringskassan arbetar och varför.

De samverkansansvariga besöker olika enheter inom hälso- och sjukvården för att diskutera sjukskrivningsfrågor. Hälso- och sjukvården i Sundsvall uppges bestå av så många enheter att arbetet är svårt att hinna med alla. Inom området finns 20 vårdcentraler varav hälften är privata. I Sollefteå och Örnsköldsvik har Försäkringskassan gruppkonsultationer med FMR dit läkare bjuds in. Det gör man på vårdcentralerna ett par gånger om året.

En handläggare från Östersundskontoret har tillsammans med lokalt samverkansansvarig varit ute och informerat alla hälsocentraler i Region Jämtland om Försäkringskassans uppdrag. Arbetet har pågått under 2016 och våren 2017. Informationen har syftat till att öka kunskapen inom vården om Försäkringskassans möjligheter och begränsningar men också om vad som krävs för att läkarintygen ska hålla tillräcklig kvalitet. Syftet har också varit att väcka diskussion i frågorna. Ett motsvarande arbete planeras för närvarande även i Landstinget Västernorrland.

## Hälso- och sjukvården märker av Försäkringskassans förändrade handläggning

### Ökat antal avslagsbeslut skapar missnöje i Västernorrland

Intervjupersonerna inom hälso- och sjukvården i Västernorrland märker av att Försäkringskassans bedömningar har förändrats sedan hösten 2016. Det gäller framför allt Sundsvallskontoret. Av intervjuerna framkommer att relationen till Sundsvallskontoret har försämrats i och med att kontoret började göra fler avslag. Flera uppger att kontakterna på handläggarnivå fungerar bra men att Försäkringskassans bedömningar skapar problem. Sundsvallskontorets tidigare bedömningar var, enligt vad som uppges, inte något problem. Nu måste fler intyg än tidigare kompletteras. Läkarna undrar vad Försäkringskassan håller på med och flera uppges vara upprörda.

I intervjuer framkommer att hälso- och sjukvården hade önskat mer information från Försäkringskassan om den förändrade handläggningen. Nu kom det i stället ”som en chock”. Flera betonar att det är viktigt att Försäkringskassan och sjukvården följs åt.

De rehabkoordinatorer vi har intervjuat är oroliga över att flera handläggare slutat. De nya handläggarna uppges vara mer regelstyrda och ”fyrkantiga”. Det handlar exempelvis om hur man formulerar sig i kontakt med sårbara personer. De äldre handläggarna uppges vara mer nyanserade i sina bedömningar och bättre på att kommunicera sina beslut.

### I Jämtland Härjedalen uttrycks en förståelse för Försäkringskassan

Även Region Jämtland Härjedalen märker av Försäkringskassans ändrade arbetssätt och har fått anpassa sig till det. Och även här finns en uppfattning att Försäkringskassan har glömt bort hälso- och sjukvården när man genomfört förändringar. Samverkan behövs för att inte individer ska ”ramla mellan stolarna”. På central nivå uttrycks ett önskemål om att Försäkringskassan ska ha mer dialog med sjukvården.

”Det kan bli så att man ändrar arbetssättet på FK och så glömmar man bort att det finns en vårdapparat som också måste ställa om, särskilt vid dag 180. Individer hamnar plötsligt utan ersättning och ibland får man veta det i efterskott”.

Att hälso- och sjukvården behöver information för att kunna ställa om är rimligt. Intervjupersoner vid kontoret i Östersund uppger dock att frågan tagits upp i de olika samverkansorgan som då fanns i regionen. Däremot uppges att det tog för lång tid mellan att informationen gavs och förändringen genomfördes i praktiken.

Även rehabkoordinatorer märker av Försäkringskassans nya arbetssätt och tillämpningen vid dag 180 nämns även här. Samtidigt uttrycks en förståelse för Försäkringskassans uppdrag och att regelverket måste följas.

”Jag har jättebra kontakt med handläggarna på Försäkringskassan, jag är säker på att man har fullt sjå att göra det man ska, jag vet att man har sina lagar att förhålla sig till. Men ibland tycker jag att man går väldigt fort, plötsligt har personen inte rätt till sjukpenning längre”.

En annan rehabkoordinator menar att handläggarna i Östersund är bra på att hantera svåra beslut och att även patienten kan få en viss förståelse för det beslut som fattats.

## Samordning i enskilda ärenden uppges fungera bäst när Försäkringskassan finns på plats

Både i Västernorrland och i Jämtland finns flera exempel på att handläggare vissa dagar i veckan är placerade på vårdcentraler och hos stora arbetsgivare. Arbetet bedrivs i projektform och finansieras av samordningsförbunden. Det ingår alltså inte i Försäkringskassans ordinarie verksamhet.

I intervjuer med både Försäkringskassan och landstingen uppges att det är lättare att samarbeta när handläggarna finns på plats. Från hälso- och sjukvården i Västernorrland uppges att samarbetet med Försäkringskassan

fungerar bättre i länets norra delar (där Sollefteå och Örnsköldsvik ingår) än i de södra delarna (där Sundsvall ingår). Att handläggare finns på plats uppges vara en anledning till detta. Där handläggare finns på plats ”flyter det på”.

”I de norra delarna finns handläggarna ute i vården, de kan snabbt komma in på ett team-möte, möta läkarna och ha en dialog.”

Förutom att handläggarnas närvaro gör det lättare att få tag i varandra uppges det också medföra ”ett gemensamt lärande”. Handläggare och läkare kan kommunicera direkt om intyg och kompletteringar. Från hälso- och sjukvårdens sida uppges till exempel att handläggarna har fått både mer kunskap och mer samsyn kring psykiatriska diagnoser genom ett projekt där handläggare vid Sundsvallskontoret ibland finns på sjukhusets psykiatriska klinik.

Inom ramen för fallstudien har vi inte haft möjlighet att undersöka vilka faktiska effekter handläggarnas närvaro på vårdcentralerna har haft på sjukskrivningsprocessen eller sjukpenningtalet. Några intervjupersoner inom Försäkringskassan tror att närvaron bidragit till att läkarintygen förbättrats. Andra menar däremot att effekterna inte blivit så stora som de hade önskat. I sammanhanget bör det påpekas att det också finns risker med att handläggare är placerade på vårdcentralerna. Det kan skapa en otydlighet vad gäller roller och ansvar. Det finns även risker att det skapas informella band som bidrar till konsensusbeslut som inte nödvändigtvis är rättsligt korrekta.

## Sammanfattning av kapitlet

Vår bedömning är att samverkan mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården på en övergripande nivå fungerar bäst i Jämtland. Här har Försäkringskassan väl inarbetade samverkansvägar sedan flera år tillbaka.

Samarbetet på handläggarnivå verkar dock snarare handla om andra saker. I intervjuerna uttrycks att samarbetet fungerar bäst när Försäkringskassans handläggare finns på plats ute på vårdcentralerna. Det gäller både i Jämtland och Västernorrland. Vi har begränsad kunskap om och hur det förfarandet påverkar sjukskrivningsprocessen. Det tycks finnas vissa fördelar, såsom ett gemensamt lärande och att kontaktvägarna underlättas. Samtidigt finns det risker med otydliga roller och ansvarsgränser.

## 6. Diskussion och slutsatser

Den här fallstudien omfattar två län som har haft de allra högsta sjukpenningtalen under åtminstone en tioårsperiod. Under 2016 gick länens utveckling plötsligt åt olika håll. I Jämtland minskade sjukpenningtalet kraftigt och är nu inte längre ett av landets högsta. I Västernorrland fortsatte ökningen under 2016, för att minska under de första månaderna av 2017.

### Förändring i Jämtland beror mest på Försäkringskassan

Vi bedömer att sjukpenningtalets minskning i Jämtland framför allt beror på det arbete som Försäkringskassan bedrivit lokalt för att förändra sjukpenninghandläggningen. Slutsatsen baseras bland annat på att antalet ansökningar om sjukpenning (och därmed antalet utfärdade läkarintyg) har fortsatt att öka i Jämtland under 2016. Därmed framstår hälso- och sjukvårdens arbete inte som en huvudorsak till det minskade sjukpenningtalet.

#### Arbetet med att förändra handläggningen initierades lokalt

I Jämtland påbörjades ett arbete för att minska sjukpenningtalet under 2013. Arbetet motiverades av en lokal bedömning att sjukpenningtalet låg alltför högt i relation till riket i stort. Bedömningarna ansågs vara alltför generösa och det har funnits en kultur av att ”läsa mellan raderna” för att kunna bevilja sjukpenning. Uppfattningen styrks av att endast en femtedel av handläggare hade gjort något avslag under 2013.

Vi kan urskilja framför allt tre förändringar i handläggningen som framstår som centrala för det minskade sjukpenningtalet i Jämtland. För det första har kontoret bedrivit ett arbete för att handläggarna ska bli bättre på att tillämpa regelverket. Det arbete som bedrivits har handlat om att bedömningarna ska bli vad som kallas mer ”försäkringsmässiga”. För det andra har kontoret i Jämtland ändrat sin syn på utredningsskyldigheten. Det handlar om att inte komplettera om den information som redan finns räcker för att bedöma rätten till sjukpenning. För det tredje har kontoret förbättrat sig mer än riket i stort vad gäller andelen bedömningar som görs i tid vid rehabiliteringskedjans tidsgränser.

Under 2015 genomfördes en omorganisation som innebar att samma områdeschef tog över även kontoren i Västernorrland. Därefter har ett motsvarande arbete med att förändra handläggningen startats även här. Arbetet har, åtminstone initialt, framför allt handlat om ett en handläggare från Jämtland har gjort medbedömningar av beviljandebeslut, detta för att säkerställa korrekta bedömningar.

Vi bedömer att ledningen på lokal nivå har haft en viktig roll för arbetet men det finns även andra nyckelpersoner, bland annat en specialist som flera

intervjupersoner uppger vara en viktig motor. Något som också förefaller ha varit viktigt är att chefer och specialist har pratat ihop sig och hållit en gemensam linje i kommunikationen med handläggarna.

### Minskad likformighet i samband med förändrade bedömningar

I rapporten framgår att det verkar finnas skillnader bland handläggarna i synen på hur rätten till sjukpenning ska bedömas. Tre fjärdedelar av handläggarna i de två länen instämmer (helt eller delvis) i påståendet att det finns olika uppfattning på kontoret om hur rätten till sjukpenning ska bedömas. Enligt våra analyser har likformigheten minskat i och med att andelen avslag har ökat. Det gäller framför allt i Jämtland. Sannolikt beror det på att kontoret befinner sig i ett pågående förändringsarbete. Det finns fortfarande handläggare som inte gör avslag samtidigt som många handläggare har fattat en högre andel avslagsbeslut. Härmed ökar också spridningen mellan handläggare.

I intervjuer har det framgått att alla handläggare inte har accepterat det förändrade sättet att bedöma rätten till sjukpenning. Vid tidpunkten då intervjuerna genomfördes gällde det framför allt kontoret i Sundsvall. Även i enkäten framkommer att 60 procent instämmer (helt eller delvis) i påståendet att bedömningarna är alltför restriktiva.

Här är det viktigt att komma ihåg att det var ovanligt att handläggarna i de två länen fattade avslagsbeslut då arbetet med att förbättra bedömningarna påbörjades. I statistiken syns det att andelen handläggare som gör avslag har ökat, framför allt i Jämtland men även vid kontoren i Västernorrland. I intervjuer framkommer dock att det fortfarande finns handläggare som inte fattar avslagsbeslut. Här har chefer, men även stödfunktioner, ett viktigt ansvar att uppmärksamma brister i handläggningen och säkerställa att regelverken efterföljs.

Försäkringskassan nationellt arbetar kontinuerligt för att stödja handläggarna att utreda och bedöma arbetsförmågans nedsättning med ökad systematik och kvalitet. Ambitionen är att göra detta genom att ge handläggarna mer vägledning i vad som är nödvändig och tillräcklig information om medicinska förutsättningar och arbetets innehåll, hur informationen ska värderas samt vilka slutsatser som kan dras utifrån den om arbetsförmågans nedsättning. Det interna arbete för att förbättra handläggarnas förmåga att värdera och dra slutsatser utifrån den information som finns i ärendet är också nära sammankopplat med det arbete som genomförs för att höja kvaliteten i läkarintygen.

Försäkringskassan kommer också att se över de metoder och verktyg som i dag finns för utredning av arbetsförmågans nedsättning och behovet av rehabilitering. Syftet med översynen är att ta reda på om det stöd som finns i dag är ändamålsenligt och tillräckligt eller om det behöver utvecklas.

Under hösten 2016 har också en ny utbildning i utredningsmetodik som särskilt riktar sig till sjukpenninghandläggare testats. Syftet med utbildningen är att ge handläggare stöd i att tänka systematiskt vid inhämtandet av information i ärenden.

**Insatser på nationell nivå har gett draghjälp åt arbetet i de två länen**  
Hösten 2015 formulerade regeringen ett mål att sjukpenningtalet ska minska till 9,0. Försäkringskassan har sedan dess arbetat med att stärka kvaliteten i handläggningen av sjukpenningen i hela landet. Fokus har legat på bedömningarna vid framför allt rehabiliteringskedjans tidsgränser, inklusive den initiala bedömningen av rätten till sjukpenning. Vidare började en ny handlägningsprocess användas under våren 2016 och därtill ett arbete för att öka användningen av försäkringsmedicinska utredningar.

Arbetet med att förändra handläggningen i Jämtland påbörjades redan innan frågan uppmärksammades nationellt. Men även om arbetet påbörjades tidigare framkommer i intervjuer att länen har haft ”draghjälp” av det arbete som Försäkringskassan bedriver med anledning av regeringens mål och för att stärka sjukförsäkringshandläggningen. Bland annat uppges att den nya handlägningsprocessen för sjukpenning och rehabilitering ha bidragit till att länen har förbättrat sitt arbete vid rehabiliteringskedjans tidsgränser.

Utöver de förändringar i handläggningen som genomförts lokalt och som beskrivits i rapporten så arbetar Försäkringskassan kontinuerligt för att på olika sätt skapa likformiga och rättssäkra bedömningar. Det arbetet har inte analyserats i rapporten.

### Styrkor och potentiella problem med prövade arbetsätt

I det pågående förändringsarbetet arbetar de studerade kontoren för att förbättra kvaliteten i besluten och öka rättssäkerheten i bedömningarna. Det har bland annat gjorts genom medbedömningar där en särskilt utsedd person kvalitetssäkrat besluten. På de aktuella kontoren har det uppgetts vara positivt att handläggarna får återkoppling på sina bedömningar. Metoden kan möjligen fungera även i andra delar av landet – åtminstone som en tillfällig insats – för att öka kvaliteten i bedömningarna. Viktigt är dock att den eller de personer som gör medbedömningar har den kompetens som krävs så att bedömningarna blir rättssäkra och att de blir likformiga även ur ett nationellt perspektiv.

I de aktuella länen har det framkommit att det funnits ett åtminstone upplevt problem med ”överutredning” och att handläggarna ibland utreder fram rätten till sjukpenning. Samtidigt har Försäkringskassan en utrednings-skyldighet som innebär att vi ska säkerställa att vi har den information vi behöver för att kunna fatta beslut. I Jämtland har en justering gjorts av hur mycket ärendena utreds och kompletteras. Justeringen har inneburit att länet numera kompletterar mindre ofta än tidigare. Någon motsvarande förändring uppges inte ha gjorts vid kontoren i Västernorrland.



Sammantaget har de genomförda förändringarna medfört att andelen avslag ökat, både vid dag 1 och vid senare bedömningar av rätten till sjukpenning. Samtidigt kan vi konstatera att beslut som fattats i Jämtland inte ändras vid omprövningar i högre utsträckning än i riket i stort. Andelen ändrade beslut har, liksom i riket, minskat över tid. Med tanke på att länens sjukpenningtal länge varit väsentligt högre än i riket i stort är det troligt att bedömningarna nu är mer korrekta än tidigare.

Samtidigt är det viktigt att fortsätta följa utvecklingen framöver, både vad gäller ändringsbeslut genom omprövningar och ändringsbeslut i domstol. De prövningar som då görs kommer att visa om Försäkringskassans bedömningar är korrekta eller inte, åtminstone i de enskilda fallen. Mot bakgrund av att andelen avslag har ökat – både i Jämtland och Väster-norrland liksom i riket i stort – finns det även anledning att följa upp den rättsliga kvaliteten i avslagsärenden. En sådan uppföljning skulle också kunna visa om Försäkringskassan uppfyller sin utredningsskyldighet.

I fallstudien har det framkommit att Försäkringskassans handläggare vissa dagar är placerade på vårdcentraler, vilket då finansieras med medel från samordningsförbunden. Det förekommer i båda de län som studerats och har lyfts fram som en positiv del i samarbetet med hälso- och sjukvården. Både de aktuella kontoren och hälso- och sjukvården är positiva till samarbetet, som uppges leda till mer kunskap om varandras verksamheter och uppdrag samt snabbare kontaktvägar. I sammanhanget är det viktigt att lyfta fram att kunskapen är begränsad vad gäller konkreta resultat av samarbetet. Det kan även finnas en risk att ansvarsgränser och roller blir otydliga och att samarbetet bidrar till konsensusbeslut som inte nödvändigtvis är rättsligt korrekta.

### Vilka lärdomar kan dras för resten av landet?

Försäkringskassan är en stor myndighet med ett stort avstånd mellan den högsta ledningen och det arbete som bedrivs lokalt. Det arbete som beskrivits i rapporten har bedrivits utifrån en lokal analys och med åtminstone delvis lokalt framtagna arbetsätt. Vår bedömning är att arbetet övergripande verkar ligga i linje med det arbete som numera bedrivs nationellt inom myndigheten. Det är ändå angeläget att betona vikten av att vi inom myndigheten arbetar samstämmigt, såväl nationellt som regionalt och lokalt, för att åstadkomma mer rättssäkra och likformiga bedömningar. Vi behöver ha en gemensam problembild, och hitta lösningar tillsammans får att nå önskade resultat. Allra viktigast är att vår utredningsmetodik är densamma oavsett var i landet ett ärende handläggs.

Det kan finnas andra delar av landet som har höga sjukpenningtal och som kan dra lärdomar av arbetet i Jämtland och Västernorrland. Dock är det viktigt att i så fall göra en noggrann analys av orsaker bakom dessa höga sjukpenningtal. Jämtland och Västernorrland har sannolikt gjort alltför generösa bedömningar tidigare. Härigenom har det funnits ett utrymme att minska sjukpenningtalet genom att stärka arbetet med bedömningarna. På kontor där bedömningarna redan i dag sker på ett korrekt sätt finns, av naturliga skäl, inte samma utrymme.

En lärdom som framstår som överförbar även i andra delar av landet gäller ärendediskussion, som verkar vara en bra metod för att arbeta med tillämpningsfrågor. I fallstudien har vi sett flera exempel på att detta. Det gäller både den handläggare som haft med sig erfarenheter från en annan del av landet och det projekt med medbedömningar där handläggarna fått återkoppling på sina beslut.

Eftersom Försäkringskassan är en stor myndighet finns det en risk att det bildas olika kulturer eller synsätt i olika delar av landet. Därför är det viktigt att vi hittar arbetsformer som underlättar att skillnader uppmärksammas och adresseras. Att jämföra sig med varandra och att diskutera ärenden kan vara ett sätt att uppnå mer likformiga bedömningar. Sådana jämförelser behöver göras både mellan handläggare och mellan kontor.

Ytterligare en fråga att fundera över är de svängningar över tid som skett vad gäller nyttjandet av sjukförsäkringen. Även om de två studerade länen har legat väsentligt högre i nyttjande av sjukförsäkringen än riket i stort under drygt 10 års tid, så har svängningarna *över tid* varit väsentligt större än de skillnader som vid en given tidpunkt finns *mellan* olika län. Denna aspekt av likformighet kan vara minst lika viktig att följa och hantera.

## Andra aktörer är viktiga för att minska sjukfrånvaron

Flera aktörer behöver arbeta tillsammans för att nå regeringens mål om en låg och stabil sjukfrånvaro. I de län som ingått i fallstudien har Försäkringskassans förändrade handläggning varit en huvudorsak till att sjukpenningtalet minskat. Att det har kunnat ske beror på att det funnits ett stort utrymme för Försäkringskassan att förbättra sina bedömningar. Som nämndes ovan är det inte en väg som är tillämpbar i alla delar av landet.

Både hälso- och sjukvården och arbetsgivarna är helt avgörande för att sjukfrånvaron i riket i stort ska minska och fler ska komma tillbaka i arbete. Hälso- och sjukvården har betydelse både genom utfärdandet av läkarintyg, och genom befolkningens tillgång till vård och rehabilitering. Arbetsgivare har möjlighet att fånga tidiga tecken på ohälsa och ska vidta åtgärder för att undvika sjukskrivning. Om den anställde trots detta blir sjukskriven, ska arbetsgivaren skapa förutsättningar för att personen ska kunna komma tillbaka till jobbet.

### Hälso- och sjukvården i Jämtland kan ha haft en viss betydelse

I fallstudien har vi kartlagt faktorer inom hälso- och sjukvården som kan ha bidragit till sjukpenningtalets utveckling i Jämtland och Västernorrland. Vi har försökt identifiera förändringar över tid liksom andra skillnader mellan landstingen som kan ha bidragit. Den bild vi får är motstridig och det är svårt att dra entydiga slutsatser om huruvida hälso- och sjukvården har bidragit till det minskade sjukpenningtalet i Jämtland.

Vi kan konstatera att hälso- och sjukvården i de två länen har flera likheter. Till exempel har båda problem vad gäller läkarbemanning och väntetider



inom vården. De genomsnittliga rekommenderade sjukskrivningslängderna är ungefär samma i båda länen.

Några skillnader finns dock mellan länen. En sådan är att de som driver arbetet med sjukskrivning och rehabilitering i Region Jämtland upplever att de når ut i verksamheten och att de har ett mandat att driva frågorna. Regionen förefaller även satsa på läkarnas kompetensutveckling inom försäkringsmedicin. De genomsnittliga rekommenderade sjukskrivningslängderna i läkarintygen har minskat något, men är inte lägre än i Väster-norrland.

Vi kan inte utesluta att hälso- och sjukvården har haft en viss betydelse för det minskade sjukpenningtalet i Jämtland. Men mot bakgrund av att antalet ansökningar om sjukpenning *ökar* i Jämtland bedömer vi ändå att det minskade sjukpenningtalet till största del beror på förändringar i Försäkringskassans handläggning. Samtidigt finns en risk att vi underskattar hälso- och sjukvårdens betydelse då tillgången till data är mer begränsad än när det gäller vårt eget arbete på Försäkringskassan.

### Viktigt att läkarintygen är korrekta från början

För att sjukskrivningsprocessen ska präglas av likformighet och rättssäkerhet är försäkringsmedicinsk kunskap en nödvändig grund för både läkaren och Försäkringskassans handläggare. Sjukskrivning och utfärdande av läkarintyg ska vara en integrerad del av vård och behandling. Det är jämförbart med andra medicinska åtgärder och ska övervägas på liknande sätt som exempelvis ordination av läkemedel.

Försäkringskassan ansvarar för att rätt person ska få rätt ersättning, vilket förutsätter att vi gör korrekta bedömningar av rätten till sjukpenning. Hälso- och sjukvårdens beskrivningar i läkarintygen är ett centralt i Försäkringskassans bedömningar.

Om både hälso- och sjukvården och Försäkringskassan gör korrekta bedömningar kommer sannolikt våra bedömningar att bli mer samstämmiga. Det underlättar i så fall det fortsatta arbetet, både för Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Sannolikt skulle då både andelen avslag och antalet kompletteringar minska.

För att höja kvaliteten i läkarintyget behövs tydliga krav på vad intygen ska innehålla. Kraven måste också kommuniceras till vården på ett pedagogiskt sätt. Men i vilka ärenden Försäkringskassan kompletterar läkarintygen och vilka frågor vi ställer påverkar också kvaliteten i intygen. Med en god systematik i utredningen kommer vi att i större utsträckning komplettera läkarintyg i rätt ärenden och de frågor vi riktar till läkarna kommer att vara mer specifika vilket bidrar till ett lärande för vården. Försäkringskassan genomför därför ett arbete för att kommunicera vilka krav som ställs på ett läkarintyg. Försäkringskassan har också tagit fram ett inspirationspaket till handläggarna som bland annat innehåller förslag på hur frågor till vården kan formuleras. Materialet kan användas som ett underlag för dialog i de handläggande teamen.

### Viktigt med kontinuerlig dialog med hälso- och sjukvården

Både från Försäkringskassans sida och från hälso- och sjukvårdens uppges att sjukskrivningsprocessen fungerar bättre när samverkan fungerar. Flera betonar att det är viktigt att Försäkringskassan och sjukvården följs åt. Samverkan behövs för att inte individer ska ”ramla mellan stolarna”. Både i Västernorrland och Jämtland framgår att sjukvården hade önskat mer information från Försäkringskassan innan ”förändringen” vid dag 180. Det ökade antalet avslag vid dag 180 kom som en överraskning för hälso- och sjukvården.

Båda landstingen upplever att de inte fått information om Försäkringskassans förändrade handläggning. Resultatet är intressant mot bakgrund av att kontoret i Östersund tog upp frågan i de olika samverkansorgan som då fanns i regionen. Motsvarande uppges däremot inte ha gjorts i Västernorrland.

Vi kan konstatera att det är svårt med information och kommunikation i stora och komplexa verksamheter. Från Försäkringskassans sida visar resultaten att vi aldrig kan släppa fokus på att informera om vårt uppdrag och regelverk. Informationen måste upprätthållas kontinuerligt. I stora organisationer är det lätt att tappa information, till exempel när anställda byter tjänster. Det är heller inte säkert att information som ges på ledningsnivå når ner till den nivå som påverkas av en förändring.

För närvarande pågår ett arbete inom Försäkringskassan för att stärka dialogen med hälso- och sjukvården. Som en del i det arbetet besöker Försäkringskassans högsta ledning samtliga region- och landstingsledningar i landet. Dialogen med landstingen syftar till att lyfta fram och diskutera vilka lokala och regionala framgångsfaktorer och utmaningar som Försäkringskassan respektive landstingen ser när det gäller sjukskrivningsfrågan. Det blir sannolikt en större kraft i frågan när kommunikationen sker på flera nivåer samtidigt.

## Referenser

- Folkhälsoenkäten 2016. *Teknisk rapport. En beskrivning av genomförande och metoder. "Hälsa på lika villkor"*, Nationellt urval. Datum 2016-06-01
- Försäkringskassan 2005. *Att leva på kassan. Allmän försäkring och lokal kultur*. FK Analyserar 2005:4
- Försäkringskassan 2009. *Trygghetens variationer – om hälsa och lokal kultur*. Socialförsäkringsrapport 2009:2
- Försäkringskassan 2006 (red. Palmer, E.). *Sjukförsäkring, Kultur och Attityder*. Försäkringskassan analyserar 2006:16
- Försäkringskassan 2013. *Kvalitet på läkarintyg – En del av sjukskrivningsmiljarden*. Svar på regleringsbrev för 2012. Beslut 2013-04-02
- Försäkringskassan 2014. *Analys av sjukfrånvaron. Väsentliga förklaringar till upp- och nedgång över tid*. Socialförsäkringsrapport 2014:17
- Försäkringskassan 2015. *Lågt och stabilt? Indikatorer på politisk måluppfyllelse inom sjukförsäkringsområdet*. Socialförsäkringsrapport 2015:2
- Försäkringskassan 2016a. *Sjukfrånvarons utveckling 2016*. Socialförsäkringsrapport 2016:7
- Försäkringskassan 2016b. *Sjukpenning och rehabilitering*. Process 2009:07, version 9,0. Beslutad 2016-11-22
- Försäkringskassan 2016c. *Mer likformiga beslut inom sjukersättning*. Internt PM 2016:3
- Försäkringskassan 2016d. *Uppdrag att stärka sjukförsäkringshandläggningen för att åstadkomma en välfungerande sjukskrivningsprocess*. Svar på regeringsuppdrag 2016-04-29. Dnr 056546-2015
- Försäkringskassan 2017. *Försäkringskassans uppdrag att stärka sjukförsäkringshandläggningen för att åstadkomma en välfungerande sjukskrivningsprocess*. Svar på regeringsuppdrag 2017-02-21. Dnr 072523-2016
- Goine, H. m.fl 2009. *Effekter av information om förstärkt granskning av medicinska underlag*. Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU). Rapport 2009:14
- ISF 2010. *Regionala skillnader i sjukförsäkringens utfall*. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen. Rapport 2010:6

ISF 2010. *Regionala skillnader i sjukförsäkringens utfall*. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen. Rapport 2010:6

ISF 2013. *Sjukskrivningsmiljarden. Landstingets syn på ekonomiska incitament för att påverka sjukfrånvaron*. Inspektionen för socialförsäkringen. Rapport 2013:11

Konkurrensverket 2015. *Hylläkare i primärvården – en kartläggning av landstingens upphandlingar och kostnader*. Rapport 2015:10

Landstinget Västernorrland 2016. *Liv, hälsa och hållbar utveckling i Västernorrland*. Landstingsplan 2016–2018. Beslutad 2015-04-29

Region Jämtland Härjedalen (2015). *Reviderad Regionplan 2016–2018. Vision, mål och inriktningar*. Version 2, beslutad 2015-11-23. DnrRS/494/2015

Regionfakta 2016. *Statistik från län och regioner i Sverige*. <http://www.regionfakta.com/>

RFV 2003a. *Regionala skillnader i sjukskrivningar – kommun och bransch*. Riksförsäkringsverket. RFV analyserar 2003:4

RFV 2003b. *Regionala skillnader i sjukskrivning – hur ser de ut och vad beror de på?* Riksförsäkringsverket. RFV analyserar 2003:12

RFV 2003c. *Sjuka kommuner? Skillnader i sjukfrånvaro mellan Sveriges kommuner år 2000*. Riksförsäkringsverket. RFV analyserar 2003:17

RFV 2004. *Regionala skillnader i utgifter för sjukpenning och förtidspension En studie av utbetalade belopp i rikets kommuner 1993–2000*. Riksförsäkringsverket. RFV analyserar 2004:12

SKL 2015. *Resultatöversikt för 16 hälso- och sjukvårdsområden*. Jämförelse mellan landsting och regioner baserat på ett urval av indikatorer i vården.

SKL 2016a. *Väntetider i vården Hösten 2016*. Sveriges Kommuner och Landsting

SKL 2016b. *Hälso- och sjukvårdsbarometern. Befolkningens attityder till kunskaper och erfarenheter av hälso- och sjukvården*. Sveriges Kommuner och landsting

SKL 2016c. *Frågor och svar om Överenskommelsen sjukskrivning och rehabilitering 2017–2018*. Avdelningen för Vård och omsorg, 2016-12-16

SKL 2017. *Sammanställning utfall Sjukskrivningsmiljarden*. Tabellbilaga till EkonomiNytt 2016.

Socialdepartementet 2015. *Åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro*. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2015-09-24 nr I:1

Socialförsäkringsutredningen 2006. *Sjuk eller ledsen. Samtal om socialförsäkringen nr 7*

Socialstyrelsen & Försäkringskassan 2015. *Landstingens arbete med sjukskrivningsfrågan. Kartläggning och analys*

Sveriges läkarförbund 2015. *Läkarförbundets primärvårdsenkät 2015. Metodbeskrivning och basuppgifter om primärvårdens läkarverksamheter.*  
Stockholm: Sveriges läkarförbund

Sveriges psykologförbund 2015. *Vårdcentralundersökning 2015. Patienters tillgång till psykolog på landets vårdcentraler*

# Bilaga 1. Redovisning av enkät till handläggare

## Tillvägagångssätt

En web-enkät skickades till samtliga personliga handläggare med inriktning sjukpenning eller samordning på de aktuella kontoren. Enkäten gick ut via e-post i två omgångar under januari och februari 2017. Först skickades enkätfrågorna som en del av en större enkät som gick ut till samtliga sjukpenninghandläggare vid Försäkringskassan. Den större enkäten samordnades med ett annat utredningsprojekt. I nästa led gick en påminnelseenkät ut enbart till de handläggare i Jämtland och Västernorrland som ännu inte svarat. Enkäten var nu nedkortad och innehöll bara frågor specifikt kopplade till denna fallstudies syfte.

Totalt tillfrågades 130 handläggare, varav 15 visade sig inte tillhöra urvalsramen. Detta på grund av att de inte arbetade inom Jämtland/Västernorrland, inte arbetade med sjukpenning eller att de hade avslutat sin anställning. Totalt svarade 92 personer, vilket ger en svarsfrekvens på 80 procent.

## Resultat

I rapporten har vi redovisat en del av resultaten från enkäten. Tabellen nedan redovisar resultat från enkäten i sin helhet. Kontoren i Västernorrland redovisas gemensamt med undantag för Sundsvall som även redovisas separat. Kontoren i Sollefteå och Örnsköldsvik är för små för att kunna särredovisas.

Fråga/Påstående	Svarsalternativ	Jämtland (n=36)	Västernorrland (n=56)	– varav Sundsvall (n=33)	Totalt
Svarsfrekvens		87 %	78 %	79 %	81 %
Arbetar i kundflöde 1	Ja	18 %	4 %	..	..
Arbetar i kundflöde 2	Ja	32 %	42 %	39 %	38 %
Arbetar i kundflöde 3	Ja	53 %	60 %	57 %	57 %
Kön	Kvinna	78 %	88 %	88 %	84 %
	Man	..	13 %	12 %	..
	Annat	..	0 %	0 %	..
Åldersgrupp	Yngre än 25 år	..	..	..	..
	25–35 år	22 %	25 %	33 %	24 %
	36–45 år	31 %	30 %	21 %	30 %
	46–55 år	..	..	..	..
	Äldre än 55 år	28 %	23 %	21 %	25 %

Fråga/Påstående	Svarsalternativ	Jämtland (n=36)	Västernorrland (n=56)	– varav Sundsvall (n=33)	Totalt
Anställningsår vid Försäkringskassan.	Mindre än 1 år	17 %	23 %	..	..
	1–5 år	22 %	..	21 %	..
	6–10 år	17 %	..	..	9 %
	Mer än 10 år	44 %	55 %	61 %	52 %
Anställningsår på aktuellt kontor.	Mindre än 1 år	33 %	30 %	27 %	32 %
	1–2 år	19 %	..	..	15 %
	2–5 år	..	..	..	10 %
	5–8 år	..	..	..	..
	mer än 8 år	28 %	43 %	39 %	37 %
	[Inget svar]	..	..	..	..
Tycker du att ditt kontor behöver förändra ert sätt att arbeta med sjukpenning?	Ja, i hög grad/ Ja, i viss mån	33 %	61 %	75 %	50 %
	Nej, inte direkt/ Nej, inte alls	56 %	27 %	..	38 %
	Vet ej	..	..	..	..
	Inget svar	..	..	..	..
Min närmaste chef är tydlig med att vi ska bli mer restriktiva än vad vi har varit tidigare i våra bedömningar av sjukpenningärenden.	Instämmer helt/delvis	72 %	77 %	73 %	75 %
	Instämmer inte alls	19 %	..	..	12 %
	Vet ej/ej aktuellt	..	11 %	..	9 %
	Inget svar	..	..	..	..
Jag tycker att vi numera är för restriktiva i bedömningarna av sjukpenningärenden.	Instämmer helt/delvis	53 %	64 %	67 %	60 %
	Instämmer inte alls	39 %	25 %	21 %	30 %
	Vet ej/ej aktuellt	..	..	..	.. %
	Inget svar	..	..	..	..
På mitt kontor finns det olika åsikter om hur vi ska bedöma rätten till sjukpenning.	Instämmer helt/delvis	83 %	69 %	85 %	75 %
	Instämmer inte alls	..	20 %	..	15 %
	Vet ej/ej aktuellt	..	..	0 %	5 %
	Inget svar	..	..	..	..
Jag har ändrat mitt sätt att bedöma rätten till sjukpenning under senaste året. (Endast svaranden som arbetat mer än ett år visas.)	Instämmer helt/delvis	77 %	65 %	64 %	69 %
	Instämmer inte alls	..	12 %	..	11 %
	Vet ej/ej aktuellt	0 %	..	..	..
	Inget svar	..	..	..	..

Fråga/Påstående	Svarsalternativ	Jämtland (n=36)	Västernorrland (n=56)	– varav Sundsvall (n=33)	Totalt
Jag begär oftare kompletteringar av medicinska underlag nu är för ett år sedan. (Endast svaranden som arbetat mer än ett år visas.)	Instämmer helt/delvis	58 %	72 %	71 %	69 %
	Instämmer inte alls	38 %	15 %	..	24 %
	Vet ej/ej aktuellt	0 %	..	..	..
	Inget svar	..	..	..	8 %
Personer med utmattningssyndrom har sällan rätt till sjukpenning.	Instämmer helt/delvis	31 %	36 %	42 %	33 %
	Instämmer inte alls	58 %	50 %	39 %	53 %
	Vet ej/ej aktuellt	..	..	..	7 %
	Inget svar	..	.. %	..	7 %
Jag har tillgång till det stöd jag behöver från mina teamkollegor.	Instämmer helt/delvis	92 %	87 %	75 %	89 %
	Instämmer inte alls	..	..	..	..
	Vet ej/ej aktuellt	0 %	0 %	0 %	0 %
	Inget svar	..	..	..	7 %
Jag har tillgång till det stöd jag behöver från vår FMR.	Instämmer helt/delvis	86 %	78 %	76 %	81 %
	Instämmer inte alls	..	13 %	..	12 %
	Vet ej/ej aktuellt	0 %	0 %	0 %	0 %
	Inget svar	..	9 %	..	7 %
Min arbetsbelastning är hanterbar.	Instämmer helt/delvis	81 %	36 %	27 %	53 %
	Instämmer inte alls	17 %	50 %	55 %	37 %
	Vet ej/ej aktuellt	..	..	..	..
	Inget svar	..	9 %	..	7 %
Jag tycker det är jobbigt att avslå en ansökan om sjukpenning vid första anspråket.	Instämmer helt/delvis	22 %	37 %	42 %	31 %
	Instämmer inte alls	75 %	46 %	36 %	58 %
	Vet ej/ej aktuellt	..	..	..	..
	Inget svar	..	..	..	..
Jag tycker det är jobbigt att göra avslag vid dag 180.	Instämmer helt/delvis	19 %	39 %	42 %	..
	Instämmer inte alls	64 %	41 %	30 %	50 %
	Vet ej/ej aktuellt	14 %	11 %	15 %	12 %
	Inget svar	..	9 %	.. %	7 %
Läkarna har blivit bättre på att skriva medicinska underlag det senaste året. (Endast svaranden som arbetat mer än ett år visas.)	Instämmer helt/delvis	58 %	18 %	..	33 %
	Instämmer inte alls	38 %	69 %	67 %	57 %
	Vet ej/ej aktuellt	0 %	0 %	0 %	0 %
	Inget svar	..	13 %	21 %	10 %



Fråga/Påstående	Svarsalternativ	Jämtland (n=36)	Västernorrland (n=56)	– varav Sundsvall (n=33)	Totalt
Väntetider i vården är en viktig anledning till att sjukfall blir långa.	Instämmer helt/delvis	67 %	86 %	85 %	78 %
	Instämmer inte alls	17 %	..	0 %	8 %
	Vet ej/ej aktuellt	..	..	0 %	5 %
	Inget svar	..	11 %	15 %	9 %
Hälso- och sjukvården måste jobba annorlunda för att sänka sjukfrånvaron i vårt län.	Instämmer helt/delvis	94 %	87 %	85 %	90 %
	Instämmer inte alls	0 %	0 %	0 %	0 %
	Vet ej/ej aktuellt	.. %	0 %	0 %	..
	Inget svar	..	11 %	15 %	9 %
Arbetsgivarna måste jobba annorlunda för att sänka sjukfrånvaron i vårt län.	Instämmer helt/delvis	94 %	86 %	82 %	89 %
	Instämmer inte alls	0 %	0 %	0 %	0 %
	Vet ej/ej aktuellt	..	..	..	..
	Inget svar	..	..	..	..
Försäkringskassan bär huvudansvaret för att sänka sjukfrånvaron i vårt län.	Instämmer helt/delvis	28 %	29 %	30 %	28 %
	Instämmer inte alls	64 %	57 %	55 %	60 %
	Vet ej/ej aktuellt	..	..	0 %	..
	Inget svar	..	..	15 %	9 %

## Bilaga 2. Demografi, arbetsmarknad, socioekonomi och ohälsa

**Tabell 9 Demografiska karaktäristika**

	Jämtland	Väster-norrland	Riket	Kommentar
a) Antal folk-bokförda invånare	128 673	245 572	–	Båda länen är små i jämförelse med resten av länen i riket.
b) Medelålder, år	43,2	43,5	41, 2	Ingen skillnad mellan länen. Båda länen har något högre medelålder än riket.
c) Andel (%) av befolkningen som bor i tätort	71	79	87	Högre tätortsgrad i Väster-norrland än i Jämtland. Båda länen har en lägre tätorts-grad än riket.
d) Andel (%) utrikesfödda	9	11	18	Ingen skillnad mellan länen. Båda länen har lägre andel utrikesfödda än riket.
e) Folkmängd 20–64 år, utveckling (%) mellan 2011 och 2016	–0,7	–0,9	3,5	Ingen skillnad mellan länen. Båda länen skiljer sig från riket i stort där folkmängden ökar.

a) Årsdata 2016, SCB; b) Årsdata 2016, SCB; c) Årsdata 2015, SCB; d) Årsdata 2016, SCB; e) Egen beräkning utifrån årsdata 2011 och 2016, SCB

**Tabell 10 Andel (%) av förvärvsarbetande i olika näringsgrenar 2014**

Näringsgren	Jämtland	Väster- norrland	Riket
Företag inom jordbruk, skogsbruk och fiske	4,0	2,5	1,5
Tillverkningsindustri; gruvor och mineral- utvinningsindustri	8,0	12,8	12,5
Företag inom energi och miljö	1,4	1,3	1,1
Byggindustri	7,4	7,4	6,9
Handel; serviceverkstäder för motorfordon	9,8	10,0	12,2
Transport- och magasineringsföretag	4,6	5,1	5,0
Hotell och restauranger	4,7	2,6	3,3
Informations- och kommunikationsföretag	2,3	3,6	4,0
Kreditinstitut och försäkringsbolag m.m.	1,3	2,7	2,1
Fastighetsbolag och fastighetsförvaltare	1,3	1,4	1,5
Företag inom juridik, ekonomi, vetenskap och teknik; företag inom uthyrning, fastighetservice, resetjänster och andra stödtjänster	9,9	8,5	11,5
Civila myndigheter och försvaret	7,8	7,5	6,0
Utbildningsväsendet	11,4	10,5	10,7
Enheter för vård och omsorg, socialtjänst	20,5	18,7	16,7
Enheter för kultur, nöje och fritid; service- företag m.m.	4,7	4,2	4,4

Källa: SCB 2014. Statistiken redovisar dagbefolkningen, dvs. antalet förvärvsarbetande som har sina arbetsställen i regionen. Följer Standard för svensk näringsgrensindelning, SNI2007. Grupperat enligt SCB:s standard för 15 näringsgrensgrupper.

**Tabell 11 Socioekonomiska karaktäristika**

	Jämtland	Väster- norrland	Riket	Kommentar
a) Median för disponibel hushållsinkomst	299 200	322 000	345 800	Jämtland har lägre medianinkomst än Västernorrland. Båda länen har lägre medianinkomst än övriga riket.
b) Andel av hushåll med en disponibel inkomst som är < 60 % av medianinkomsten i riket.	16,1	13,7	13,7	Jämtland ligger under Västernorrland, som ligger i nivå med riket.
c) Andel av befolkningen (%) som mottagit ekonomiskt bistånd.	4,3	4,5	4,2	Båda länen ligger i nivå med riket.
d) Andel av registrerad arbetskraft (%) som är öppet arbetslösa eller i program med aktivitets- stöd.	7,4	9,1	7,7	Jämtland ligger något under och Väster- norrland något över riket.
e) Andel av befolkningen (%) med eftergymnasial utbildning.	30	30	37	Båda länen har lägre andel än riket

a) SCB 2015; b) SCB 2015; c) Socialstyrelsen 2015; d) Arbetsförmedlingen, månadsdata februari 2017; e) Årsdata för 2015, SCB

**Tabell 12 Vårdkonsumtion och självrapporterad ohälsa**

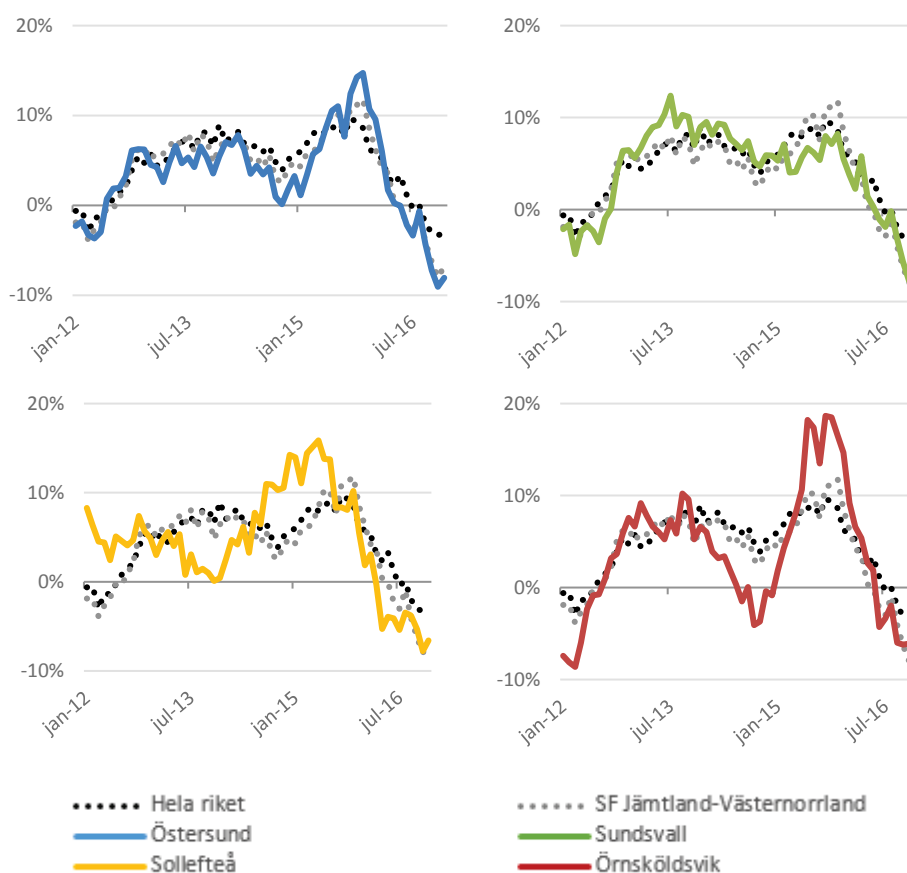
	Jämtland	Väster- norrland	Riket	Kommentar
a) Läkarbesök i hälso- och sjukvård per 1 000 invånare.	2 047	2 150	2 742	Inga skillnader mellan länen. Båda länen har lägre antal besök än riket.
b) Antal vårdtillfällen per 100 000 invånare.	16 289	16 585	16 191	Inga skillnader mellan länen. Inga stora skillnader mot medel för alla landsting.
c) Medelvårdtid hälso- och sjukvård, antal dagar.	5,67	5,43	5,30	Inga skillnader mellan länen. Inga stora skillnader mot medel för alla landsting.
d) Andel (%) med dålig eller mycket dålig självskattad hälsa.	5	6	5	Inga statistiskt signifikanta skillnader mellan länen. Inga skillnader mot riket.
e) Andel (%) med långvarig sjukdom.	40	36	36	Inga statistiskt signifikanta skillnader mellan länen. Inga skillnader mot riket.
f) Andel (%) med självrapporterad värk i rörelseorganen.	13	16	14	Inga statistiskt signifikanta skillnader mellan länen. Inga skillnader mot riket.
g) Andel (%) med självrapporterad psykisk ohälsa, andel nedsatt psykiskt välbefinnande.	12	12	14	Inga statistiskt signifikanta skillnader mellan länen. Inga skillnader mot riket.

a) Årsdata 2015, SKL och SCB; b) Årsdata 2015, Socialstyrelsen och SCB; c) Årsdata 2015, Socialstyrelsen; d–g) Folkhälsoenkäten 2013–2016

## Bilaga 3. Förändringstakt i inflödet

I Diagram 14 visas inflödets förändringstakt, det vill säga hur inflödet har förändrats jämfört med ett år tidigare. När kurvan är ovanför noll sker en ökning i inflödet och när den ligger under noll sker en minskning.

**Diagram 14** Inflödets förändringstakt



Inflödet minskar hos samtliga fyra kontor och vändningen sker ungefär samtidigt, i mitten av 2016. Eftersom Östersund är det enda kontoret som uppvisar ett minskande sjukpenningtal kan vi förmoda att arbetet med befintliga sjukfall, och därmed varaktigheten, har varit en betydande faktor där.

På totalen ser vi att inflödet börjar minska något tidigare i SF Jämtland-Västernorrland än i riket som helhet även om man följer utvecklingen väl. Sollefteå är först ut, där vänder inflödet redan i april 2016. För de andra kontoren kommer vändningen i juni 2016. Samtliga fyra kontor uppvisar snabbare minskningstakt än riket som helhet. Trots det ökar sjukpenningtalet i Västernorrland fortfarande i relativt hög takt. Svaret går således förmodligen att finna i varaktigheten.

**I serien Socialförsäkringsrapport har följande skrifter publicerats under år 2017:**

- 2017:1 En sjukförsäkring att lita på? Rapport från forskarseminarium i Umeå 14–15 januari 2015
- 2017:2 Arbetslivet och socialförsäkringen. Rapport från forskarseminarium i Umeå 13–14 januari 2016
- 2017:3 Sjukskrivningsmönster. Skillnader mellan län, kommuner och vårdenheter
- 2017:4 Assistansersättningens utveckling
- 2017:5 Effektutvärdering av insatser för unga med aktivitetsersättning
- 2017:6 Migration och socialförsäkringen. Rapport från forskarseminarium i Umeå 18–19 januari 2017
- 2017:7 Sjukfrånvaro efter invandring. Utrikes föddas tillgång till och nyttjande av sjukpenning
- 2017:8 Avslag inom assistansersättningen. Hur kan vi förstå den senaste tidens ökning?
- 2017:9 Barnhushållens ekonomi. Resultatindikatorer för den ekonomiska familjepolitiken 2017
- 2017:10 Hur kan Försäkringskassan bli bättre på att motverka överutnyttjande och bedrägeri med statligt tandvårdsstöd? Analys och förslag
- 2017:11 Sjukfrånvaro i Jämtland och Västernorrland. En jämförande fallstudie



8

Regionstyrelsens uppföljning 2017 av  
aktiva mål Samhälle -tillgänglighet område  
barn och unga vuxna

RS/15/2017

2017-08-07

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

RS/15/2017

## **Regionstyrelsens uppföljning 2017 av aktiva mål Samhälle - tillgänglighet område barn och unga vuxna**

### **Ärendebeskrivning**

Regionfullmäktige har i sin regionplan beslutat om ett antal strategiska mål för perioden 2017-2019. I regionstyrelsens verksamhetsplan finns för varje strategiskt mål, två aktiva mål och ett antal framgångsfaktorer i form av utvecklingsområden. De aktiva målen och framgångsfaktorerna är styrelsens prioritering för 2017. De aktiva målen är mätbara och ska följas upp i varje månadsrapport till styrelsen, och som fördjupning två gånger under året. Enligt styrelsens uppföljningsplan ska det aktiva målet under fördjupning Samhälle – tillgänglighet område barn och unga vuxna följas upp vid regionstyrelsens sammanträde 29 augusti.

Målet anger andel barn och unga som får ett första besök inom område barn, unga vuxna, inom 30 dagar.

### **Regiondirektörens förslag**

Regionstyrelsens uppföljning 2017 av aktiva mål Samhälle - tillgänglighet område barn och unga vuxna godkänns.

I tjänsten

Ingela Jönsson  
Tf regiondirektör

Mikael Lec-Alsen  
Områdeschef Barn Unga Vuxna

### **Utdrag till**

Hälso- och sjukvårdsdirektör  
Områdeschef Barn Unga Vuxna



Område Barn Unga Vuxna  
Mikael Lec-Alsen  
Tfn: 063-15 43 77

2017-08-07

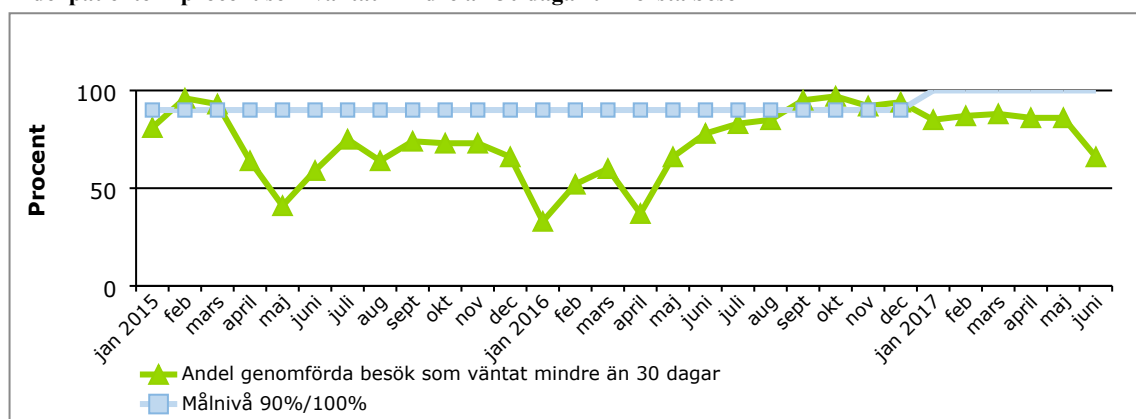
RS/15/2017

## Rapport - Uppföljning av aktiva mål - tillgänglighet område barn unga vuxna

### BAKGRUND

Regionfullmäktige har i sin regionplan beslutat om ett antal strategiska mål för perioden 2017-2019. Regionstyrelsen har ett övergripande ansvar för att leda och samordna planering och uppföljning av verksamheten utifrån de strategiska målen. I regionstyrelsens verksamhetsplan återfinns för varje strategiskt mål två aktiva mål och ett antal framgångsfaktorer i form av utvecklingsområden. De anger styrelsens prioritering för 2017. De aktiva målen är mätbara och följs upp i varje månadsrapport till regionstyrelsen och som fördjupning två gånger om året.

### Andel patienter i procent som väntat mindre än 30 dagar till första besök



Positiv utveckling under senaste 12 månaderna. BUP:s nya mottagning för snabbare bedömning och kortare behandlingsinsatser ger effekt. Dock är trycket på verksamheten fortsatt högt varför prioriteringar görs. Väntetider till utredningar fortsatt uppemot 1 år. Patienter på remiss med utredningsfrågeställning får ofta vänta längre än 30 dagar på en första bedömning. Likaså har BUP patienter med låg prio som väntat länge även på behandlingsinsatser. Ofta är detta patienter som har andra stödinsatser från exempelvis socialtjänst eller elevhälsa. Under 2016 var köerna till BUP växande. Den nya organisationen för BUV samt BUP ger möjlighet till högre kapacitet. (Enheten för neuropsykiatri på BUV lades ned vid årsskiftet 16/17 och resurser därifrån överfördes till BUP samt BUH. Samtidigt nedprioriterades habiliterande insatser för ADHD gruppen. Samtidigt medförde den prioriteringen att mer resurser finns för att fullgöra BUP:s uppdrag). Dock tar det tid med nyrekryteringar samt introduktion av ny personal. När patienter som väntat länge väl får ett nybesök påverkar detta naturligtvis siffrorna för tillgängligheten till första besök. Denna effekt kan ses under juni då inflödet till BUP var

lägre och resurser kunde fokusera på att träffa patienter med låg prio som väntat länge. Område BUV har också nyligen genomfört en upphandling av neuropsykiatriska utredningar. Från och med denna höst kommer verksamheterna att kunna avropa upphandlade utredningar för att korta köerna. Detta är viktigt även om bemanningen av psykologer ser bättre ut nu än under 2016. Detta då många psykologer i verksamheterna är nyutbildade alternativt är under specialistutbildning, vilket påverkar produktiviteten. Prognosen är en försämring av tillgänglighetssiffrorna närmsta året. Beroende på det stora behovet av nybesök för de patienter med låg prio som väntat längre än 30 dagar. Långsiktigt (längre än 1 år) är prognosen förbättrad tillgänglighet jämfört 2016/2017. Dock är detta beroende av framgång med kompetensförsörjning samt till viss del beroende av fortsatta externa intäkter i form av statliga medel. Likaså riskerar prognosen spricka vid fortsatt ökat inflöde utan motsvarande resursökning.

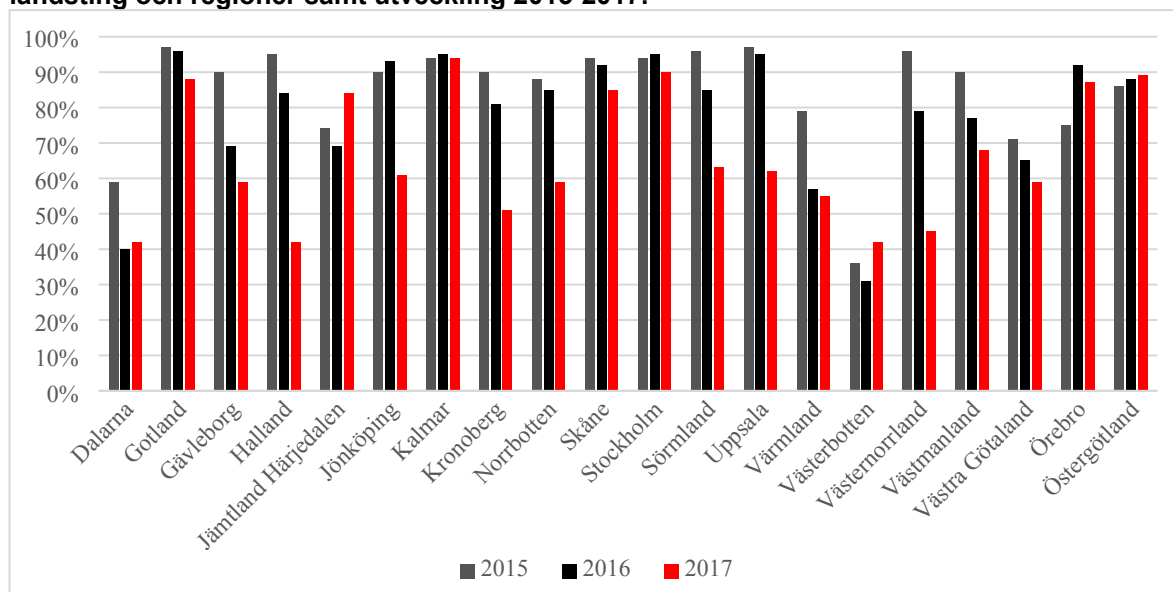
**Andel av patienterna som fått en första bedömning inom 30 dagar. Jämförelse mellan landsting och regioner samt utveckling 2015-2017.**

	2015	2016	2017
Blekinge	94%	87%	71%
Dalarna	59%	40%	42%
Gotland	97%	96%	88%
Gävleborg	90%	69%	59%
Halland	95%	84%	42%
Jämtland Härjedalen	74%	69%	84%
Jönköping	90%	93%	61%
Kalmar	94%	95%	94%
Kronoberg	90%	81%	51%
Norrbottnen	88%	85%	59%
Skåne	94%	92%	85%
Stockholm	94%	95%	90%
Sörmland	96%	85%	63%
Uppsala	97%	95%	62%
Värmland	79%	57%	55%
Västerbotten	36%	31%	42%
Västernorrland	96%	79%	45%
Västmanland	90%	77%	68%
Västra Götaland	71%	65%	59%
Örebro	75%	92%	87%
Östergötland	86%	88%	89%
Placering för Jämtland Härjedalen	19:e	16:e	7:e

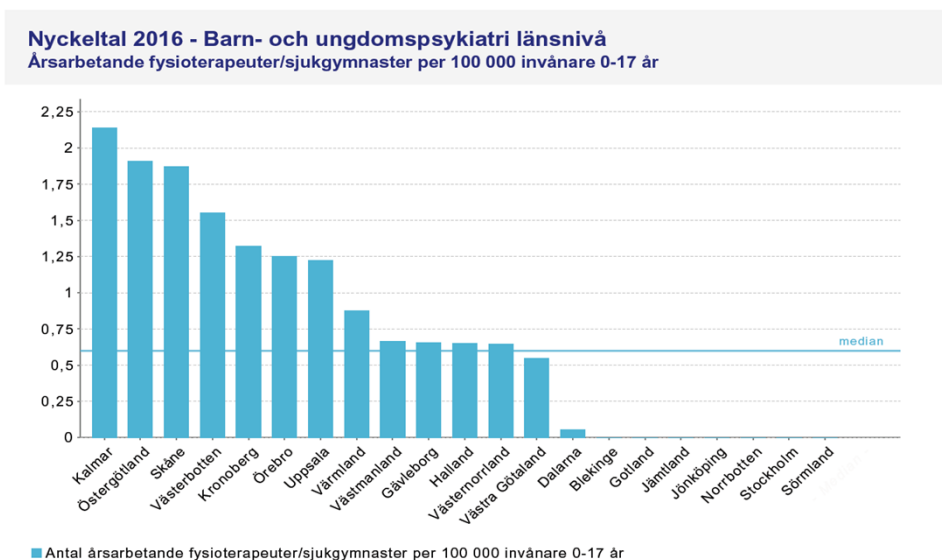
Antal landsting och regioner som klarar målnivån 90% allt färre senaste åren. Orsaken oklar. En förklaring kan naturligtvis vara det ökade inflödet. Samtliga landsting och regioner rapporterar om ökat inflöde med cirka 20-25 %. En annan förklaring kan vara ändrade

prioriteringar när stimulansmedlen för uppnått mål om minst 90% besök inom 30 dagar togs bort 2016. I beaktande där finns dock farhågor om tidigare alltför stort fokus på nybesök, där patienter därefter får vänta allt längre på återbesök. Likaså fanns farhågor om att intensivare behandlingsbehov nedprioriterades. Stockholm har en styrmodell där BUP mottagningarna till viss del intäktsfinansieras genom uppnått mål om tillgänglighet till första besök.

### Andel av patienterna som fått en första bedömning inom 30 dagar. Jämförelse mellan landsting och regioner samt utveckling 2015-2017.



### Tillgång till sjukgymnast/Fysioterapeut på BUP.



Graf ID: 3848

Graf 3848 visar antalet årsarbetande fysioterapeuter och sjukgymnaster per 100 000 invånare 0-17 år. Antalet årsarbetare beräknas som totalt antal timmar arbetade under året dividerat på 1 760 (uppskattat antal timmar för en heltidstjänst). Antalet årsarbetare är justerat för utomlänspatienter.

En heltidstjänst skulle motsvara 4 heltidsarbetande per 100 000 innevånare 0-17 år i vår region i ovanstående jämförelse. För närvarande har vi en sjukgymnast nyanställd i akutteamet på BUP som arbetar 60%. Dock i huvudsak med andra arbetsuppgifter än sjukgymnastik. Sedan årsskiftet arbetar en sjukgymnast 40% i BUP:s åtstörningsteam. Tillgång till sjukgymnast saknas i dagsläget för övriga patientgrupper på BUP. Bedömningar och behandlingar av motoriska avvikelser ingår inte i BUP:s primära uppdrag att utreda och behandla psykisk ohälsa. Arbeta med en överenskommelse mellan BUP och BUH om ansvarsområden och tjänsteutbyte pågår och beräknas vara klar vid årsskiftet.

Mikael Lec-Alsen  
Områdeschef Barn Unga Vuxna samt Rett center



9

Regionstyrelsens uppföljning 2017 av  
barnens rättigheter

RS/1283/2017

2017-08-04

Sekretariatet  
Daniel Nilsson  
Tfn: 063-14 75 71  
E-post: daniel.l.nilsson@regionjh.se

RS/1283/2017

## **Regionstyrelsens uppföljning 2017 av barnens rättigheter**

### Ärendebeskrivning

Regionstyrelsen har ett övergripande ansvar för att leda och samordna planering och uppföljning av verksamheten. I regionstyrelsens verksamhetsplan och uppföljningsplan för 2017 anges vilka uppföljningsområden som har valts ut för 2017. Enligt den ska regionstyrelsen på sitt möte 29 augusti bland annat följa upp barnens rättigheter. Denna uppföljningsrapport redovisar måluppfyllelsen utifrån regiondirektörens verksamhetsplan.

### Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsens uppföljning 2017 av barnens rättigheter godkänns.

### Utdrag till

Organisation/person som protokollsutdrag och/eller yttrande ska skickas till.

## Bilaga till Regionstyrelsens uppföljning 2017 av barnets rättigheter (Dnr RS/1283/2017)

Följande mål finns i Regionplanen:

- Barnkonventionen ska användas för att utveckla verksamheterna.

Följande mål finns i RS verksamhetsplan:

- regionen ska ”utveckla rutiner för upptäckt av barn och unga som utsätts eller riskerar att utsättas för psykiskt och fysiskt förtryck
- barnombudens roll ska ses över och utvecklas.
- rutin för samtal med barn som anhöriga vid dödsfall och svåra sjukdomar ska tillämpas

Anhöriga barn till allvarligt sjuka föräldrar har enligt HSL rätt till information, råd och stöd. Oro för barn som far illa eller riskerar fara illa ska enligt SoL anmälas till socialnämnden. Enligt Patientlagen ska hälso- och sjukvården klarlägga barnets inställning till den egna vården så långt som möjligt, samt tillmäta barnets inställning betydelse i relation till ålder och mognad. Regionen ska vidare, enligt Lagen om nationella minoriteter och minoritetsspråk (LoNM), främja den språkliga och kulturella identiteten till barn som tillhör en nationell minoritet.

### Barnkonventionen i verksamhetsutvecklingen

Under hösten 2016 och början av 2017 inventerades nuläge och behov vad gäller implementering av barnkonventionen i hälso- och sjukvården. Resultatet visar att hälso- och sjukvården är väl medveten om de lagkrav som framställs i HSL och SoL – dvs angående barn som far illa och anhöriga barn. Även Patientlagens förväntan vad gäller barns samtycke är känd och beskrivs som ganska oproblematiske.

Av inventeringen framgick också att verksamheterna saknar rutiner för hur barns bästa ska beaktas (BK art.3). Enhetschefer och områdeschefer hänvisar till att de tar hjälp av utsett barnombud i frågor som rör barns bästa, men rutiner för detta saknas överlag.

Rutiner och riktlinjer saknas också för hur principen om icke-diskriminering ska säkerställas (BK art.2).

Rutiner och riktlinjer saknas vidare för hur barns åsikter tillvaratas.

Barnkonventionen ger barn rätt att uttrycka sin åsikter i frågor som berör den (art.12). För att detta ska få en mening behöver barns åsikter tillvaratas. Detta beskrivs av flera som svårt och upplevs ofta som arbetskrävande. Noteras kan till exempel att vi vanligen utvärderar barns vård genom enkätfrågor ställda till barnens föräldrar.

Den generella slutsatsen från inventeringen blir att barnkonventionen är lågt prioriterad i verksamheterna, med undantag av de områden som omfattas av nationell lagstiftning. Regional utvecklingsförvaltning omfattades inte av inventeringen, men inte heller här pågår något systematiskt arbete utifrån barnkonventionen.

Det kan tilläggas att det stabsstöd som erbjuds för arbete med barnkonventionen under våren 2017 har omarbetats. Från att ha arbetat utifrån principen att alla verksamheter ska utvecklas utifrån barnkonventionen har under våren olika prioriteringar tagits fram. Stabsstödet kommer fortsättningsvis att fokusera på att:

- utveckla barnombudens roll
- utbilda i BRA-samtalsmodellen (se nedan)
- specifika utvecklingsarbeten (under hösten vid område kirurgi, se nedan)
- (Anmälningsskyldigheten hanteras tills vidare främst inom den satsning som görs vad gäller våld i nära relation, där vi har nationella stimulansmedel.)

## Utveckla rutiner för upptäckt av barn som far illa eller riskerar fara illa

Regionen har sedan flera år tillbaka rutiner för upptäckt av barn som far illa eller riskerar fara illa. Vi har också en särskild rutin för hur orosanmälningar ska dokumenteras och diarieföras. Det kan finnas anledning att se över det förstnämnda rutinen, som har några år på nacken.

Vi iakttar ett ökat antal orosanmälningar från regionen. Under hela 2016 gjordes cirka 200 orosanmälningar (siffran är osäker). Under första halvan av 2017 var siffran 144st, vilket tyder på en rejäl ökning. Naturligtvis är det svårt att veta hur många orosanmälningar som missas, men utgångspunkten är att vi fortfarande har ett stort mörkertal och alltså borde anmäla mer. Bland annat skriver Socialstyrelsen: "Undersökningar talar för att två tredjedelar av misshandelsfallen och mindre än hälften av de sexuella övergreppen blir kända av hälso- och sjukvården". Mörkertalet bedöms vara större vad gäller försummelse.



Regionen har under våren köpt in en webbutbildning om anmälningsskyldigheten. Utbildningen kommer att implementeras under hösten, parallellt med en webbutbildning som rör våld i nära relation.

## Barnombudens roll

I hälso- och sjukvården finns för närvarande cirka 15 barnombud. Område psykiatri har haft barnombud under många år, medan detta är ett nytt arbetssätt för övriga vårdområden. Under hösten 2017, med ett första inbokat möte den 5/9, kommer arbetet med att utveckla barnombudens roll att systematiseras. Avsikten är att bjuda in till regelbundna nätverksträffar, där behov av stöd och kunskapspåfyllnad kan fångas upp och erfarenheter utbytas.

Regional utvecklingsförvaltning och Regionstaben har inga utsedda barnombud. Inom RUF finns en barn- och utbildningssamordnare som bevakar frågor. Inom regionstaben finns en utvecklingsstrateg som på 25% arbetar med stöd gentemot verksamheterna.

## Rutin för samtal med barn som anhöriga

Regionen har rutin och andra stöddokument som rör hälso- och sjukvårdens skyldighet att uppmärksamma anhöriga barns behov av information, råd och stöd. Som arbetsmetod förespråkas i första hand så kallade BRA-samtal. BRA-samtal är en modell framtagen av Allmänna barnhuset i syfte att möta förväntningarna på hälso- och sjukvården enligt HSL 2g§. Regionens utvecklingsstrateg för barnkonventionsfrågor är utbildad instruktör i BRA-samtalsmodellen. I dagsläget har regionen cirka 45 BRA-samtalsutbildade sjuksköterskor och kuratorer. Ytterligare en utbildning är inplanerad under senhösten 2017.

Vi har i dagsläget inget bra sätt att mäta utvecklingen av detta arbete. Dokumentationen i Cosmic är bristfällig.

Strax före sommaren 2017 inleddes ett utvecklingsarbete inom Område kirurgi, i syfte att kartlägga processen och utveckla arbetet med anhöriga barn till bröstcancerpatienter. Arbetet har hittills visat på brister i skriftliga rutiner, med risk för att barn faller mellan stolarna. Det har också framkommit att dessa barn, i de allra flesta fall, får sina behov av information, råd och stöd tillgodosedda. Förhoppningen är att det fortsatta utvecklingsarbetet, som ska pågå året ut, kommer att resultera i slutsatser och rekommendationer tillämpliga även för andra patientgrupper.

## Övrigt

På nationell nivå pågår förberedelser för att göra barnkonventionen till nationell lag. Tidsplanen för detta har förlängts och enligt uppgifter från regeringskansliet kommer barnkonventionen att bli nationell lag 1 januari 2020. (Tidigare uppgavs 1 mars 2018.)

Under våren 2017 försågs väntrum inom Folktandvården med barnböcker på sydsamiska. Sedan tidigare har barnhälsovården och barnverksamheter inom sjukhusvården försetts med samisk barnlitteratur.

Det regionala nätverket för barnkonventionen har under det senaste året kämpat med lågt deltagande och svajande engagemang. På politisk nivå har barnkonventionsfrågorna överförts till Folkhälso-Z. Under hösten 2017 diskuteras form och arbetssätt för det framtida tjänstemannanätverket.



10

Regionstyrelsens uppföljning 2017 av  
nationella minoriteter

RS/1284/2017

2017-08-04

Sekretariatet  
Daniel Nilsson  
Tfn: 063-14 75 71  
E-post: daniel.l.nilsson@regionjh.se

RS/1284/2017

## **Regionstyrelsens uppföljning 2017 av nationella minoriteter**

### Ärendebeskrivning

Regionstyrelsen har ett övergripande ansvar för att leda och samordna planering och uppföljning av verksamheten. I regionstyrelsens verksamhetsplan och uppföljningsplan för 2017 anges vilka uppföljningsområden som har valts ut för 2017. Enligt den ska regionstyrelsen på sitt möte 29 augusti bland annat följa upp regionens arbete med nationella minoriteter. Denna uppföljningsrapport redovisar måluppfyllelsen utifrån regionstyrelsens verksamhetsplan.

### Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsens uppföljning 2017 av nationella minoriteter godkänns.

### Utdrag till

Organisation/person som protokollsutdrag och/eller yttrande ska skickas till.

Sofia Kling  
Utvecklingsenheten  
Telefon: 063-14 76 22  
E-post: [sofia.kling@regionjh.se](mailto:sofia.kling@regionjh.se)

## Bilaga till regionstyrelsens uppföljning 2017 nationella minoriteter (dnr RS/1284/2017)

Region Jämtland Härjedalen är samisk förvaltningsmyndighet enligt Lagen om nationella minoriteter och minoritetsspråk (SFS 2009:724). Romer, sverigefinnar, tornedalingar och judar har enligt samma lag ett grundskydd som i första hand handlar om information och samråd. Regionen får ett statsbidrag om 250 000 kr årligen för merkostnader som uppstår på grund av Lagen om nationella minoriteter och minoritetsspråk.

I regionplanen står att ”Den psykiska hälsan hos samerna ska uppmärksammas och möjligheten att utveckla ett sydsamiskt hälsocentrum ska tas tillvara.”

I regionstyrelsens verksamhetsplan står att Region Jämtland Härjedalen ska ”utveckla samverkan med Norge, Västerbottens läns landsting och Norrbottens läns landsting om stärkt psykisk hälsa bland samer”.

Nedan presenteras hur arbetet fortlöper i relation till dessa mål. Generellt vad gäller samiska frågor gäller att det är svårt att mäta hur arbetet utvecklas. Detta hänger samman med personuppgiftslagen och det faktum att vi inte registrerar etnicitet. Det ställer krav på hur vi formulerar mål.

Generellt är måluppfyllelsen ganska god. Det sker en kontinuerlig progression i frågorna som till stor del hänger samman med ett ökat intresse. Utvecklingen skulle bli än mer positiv med en tydligare styrning.

### Psykisk hälsa bland samer

Med hjälp av nationella stimulansmedel för psykisk hälsa kommer 2-3 samiska MHFA-instruktörer att utbildas. MHFA står för Mental Health First Aid och är en första hjälpen-utbildning som rör den psykiska hälsan. Avsikten är att MHFA-instruktörerna, efter avslutad utbildning, ska utbilda samebyar, sameföreningar och samisk allmänhet i MHFA. Åtgärden har under en längre tid efterfrågats av regionens samiska samrådsgrupp.

Instruktörsutbildningen äger rum i november 2017. (Se nedan om avtal med SANKS.)

## Sydsamiskt hälsocentrum

HC Funäsdalen har under våren 2017 inlett ett utvecklingsarbete med målet att inrätta ett samiskt hälsocentrum. Under våren har en projektledare arbetat 50% med frågan. Arbetet sker i samverkan med samebyarna i Härjedalen och Idre samt med SANKS i Norge. SANKS planerar för en etablering i Röros. Personal från Härjedalens närvårdsområde deltar i planeringsmöten med anledning av detta.

HC Strömsund har i uppdrag att utveckla hälsocentralen utifrån samiska behov. Under våren har hälsocentralen försetts med samisk konst och inredning. En kurator arbetar på del av tjänst (10%) med frågan.

HC Föllinge har fått medel (stimulansmedel inom PV) för ett mindre projekt som handlar om att förebygga ohälsa bland samer. Genom seminarier och hälsokontroller vill hälsocentralen sänka trösklarna till vården och förebygga ohälsa. Fokus ligger på somatisk hälsa, men även psykisk hälsa och anhörigstöd omfattas.

## Samverkan med övriga landsting

Under våren 2017 beviljades Region Jämtland Härjedalen, tillsammans med Västerbottens läns landsting och (numera) Region Norrbotten, medel från Socialdepartementet för att under tre års tid etablera ett gemensamt kunskapsnätverk för samers hälsa. Projektet ska identifiera centrala vårdverksamheter i relation till samiska patienter; identifiera, samordna och tillgängliggöra befintlig samiskt kompetens; samt kompetensutveckla vårdpersonal i relation till samisk kulturförståelse. Projektet ska också ta fram en gemensam strategi för samers hälsa. Den överenskommelse för samverkan vad gäller den specifika psykiska hälsan, som undertecknades av landstingen/regionen i augusti 2016, integreras i projektet.

Region Jämtland Härjedalen har utsett Kerstin Norrbin och Lars Eriksson till representanter i projektets styrgrupp. En politisk referensgrupp ska också tillsättas. I övrigt pågår rekrytering av projektledare. Region Jämtland Härjedalen anställer en regional koordinator på 50% och därutöver tillkommer medfinansiering motsvarande 50% arbetstid.

Utöver detta samverkar Region Jämtland Härjedalen med Västerbottens läns landsting inom AXG – Akutsjukvård i extrem glesbygd.

## Samverkan med Norge

Region Jämtland Härjedalen har ett samarbetsavtal med SANKS (Samisk nasjonalt kompetansesenter psykisk helsevern og rus) i Norge. I januari 2017 utvecklades avtalet så att, utöver läkare inom psykiatri, även läkare i primärvården kan remittera patienter till SANKS. En process pågår inom primärvården för att underlätta detta arbete, i samverkan med SANKS.

Under hösten kommer cirka 12 medarbetare vid BUP att åka på studiebesök till SANKS.

## Övrigt

Under våren hade Estrad Norr stor framgång med den sydsamiska jojkikalen om Plupp. Jojkikalen visades i första hand för skolelever.

Samtliga hälsocentraler inom samiskt förvaltningsområde (dvs minus Bräcke och Ragunda) har under våren fått sydsamisk fasadskyltning.

Folktandvårdens väntrum har försetts med samiska barnböcker. Sedan tidigare har barnhälsovården fått barnböcker på samiska.

2018 är ett samiskt jubileumsår till minne av det första samiska landsmötet på svensk sida. Detta ägde rum 1918 i Östersund och firas under nästa år under namnet Staare2018. Region Jämtland Härjedalen bidrar med 500 000kr till arrangemanget som samordnas av Gaaltje. Dessutom har regiondirektörens ledningsgrupp fattat beslut om ett internt uppmärksammande under den så kallade jubileumsveckan(6-10/2). Detta kommer att ske främst genom öppna seminarier med regionens personal som huvudsaklig målgrupp.

I maj 2017 presenterades minoritetsutredningen, dvs den utredning som har sett över Lagen om nationella minoriteter och minoritetsspråk. Region Jämtland Härjedalen är remissinstans.



11

Regionstyrelsens uppföljning av våld i nära  
relationer

RS/1285/2017



2017-08-07

Sekretariatet  
Daniel Nilsson  
Tfn: 063-14 75 71  
E-post: daniel.l.nilsson@regionjh.se

RS/1285/2017

## **Regionstyrelsens uppföljning av våld i nära relationer**

### **Ärendebeskrivning**

Regionstyrelsen har ett övergripande ansvar för att leda och samordna planering och uppföljning av verksamheten. I regionstyrelsens verksamhetsplan och uppföljningsplan för 2017 anges vilka uppföljningsområden som har valts ut för 2017. Enligt den ska regionstyrelsen på sitt möte 29 augusti bland annat följa upp våld i nära relationer.

Denna uppföljningsrapport redovisar det pågående arbetet utifrån regionstyrelsens verksamhetsplan.

### **Regiondirektörens förslag**

Regionstyrelsens uppföljning av våld i nära relationer godkänns.

I tjänsten

Ingela Jönsson  
Tf Regiondirektör

Kerstin Norrbin  
Utvecklingschef

### **Utdrag till**

Utvecklingsstrateg

## Bilaga till regionstyrelsens uppföljning 2017n av våld i nära relation (dnr RS/1285/2017)

För andra året i rad får Region Jämtland Härjedalen nationella stimulansmedel via Socialstyrelsen för arbetet mot våld i nära relation. Medlen omfattar en knapp miljon och ska användas för utveckling och spridning av effektiva metoder inom området våld i nära relation, med utgångspunkt i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SoSFS 2014:4). Regionen har valt att lägga pengarna på två samordnare som på vardera 50% arbetar med implementering av interna rutiner inom området. Dessutom har vi prioriterat att ta fram en webbutbildning med fokus på interna rutiner. Utbildningen produceras av Amphi i samverkan med Region Jönköping.

I regionplanen står att "hälso- och sjukvårdens verksamheter ska identifiera våldsutsatta personer och erbjuda ett väl fungerande omhändertagande". I regionstyrelsens verksamhetsplan står att "den reviderade rutinen "Att ställa frågan om våld och hantera svaret" ska tillämpas i högre utsträckning än 2016." Ett av målområdena i Hälso-och sjukvårdsförvaltningens verksamhetsplan 2017 är att antalet patienter som fått frågan om våldsutsatthet ska öka med 20 procent jämfört med 2016.

Region Jämtland Härjedalens rutin för att ställa frågor om våld föreskriver att frågor ska ställas på rutin inom MHV, BUP, vuxenpsykiatri och i sjukskrivningsprocessen. I andra fall ska frågor om våld i nära relation ställas på indikation. Vi har också tydliga rutiner för hur frågor om våld i nära relation ska dokumenteras i journal samt hur orosanmälningar ska hanteras. Att dessa rutiner följs är av stor vikt när journal på nätet införs.

Även om fler patienter än tidigare får frågor om våld kan det konstateras att frågor fortfarande ställs alldeles för sällan. Under 2016 ställdes frågor om våld i sammanlagt 770 patientmöten. Motsvarande siffra för första halvan av 2017 (t.o.m. 2017-06-30) var 737, dvs nästan lika många som under hela 2016, men ändå för få. (Dessa siffror inkluderar inte Mödrahälsovården, där rutinmässiga frågor ställs med framgång.)

Vuxenpsykiatri och BUP ska enligt beslut och antagen rutin ställa frågor på rutin. Siffrorna ser ut såhär:

	2016 (helår)	2017 (halvår)
--	--------------	---------------

Område Psykiatri	86	132
BUP	32	41

Det är tydligt från befintlig data att medvetenheten ökar, men också att det fortfarande är en bit kvar till rutinmässigt ställda frågor om våld. Bryter vi ner statistiken ytterligare framkommer dessutom att enskilda medarbetare gör stora insatser för att identifiera våldsutsatta, medan merparten inte ställer några frågor alls.

Vad gäller orosanmälningar så är bilden likartad. Under hela 2016 gjordes cirka 200 orosanmälningar (siffran är lite osäker). Under första halvan av 2017 var siffran 144st, vilket tyder på en rejäl ökning. Naturligtvis är det svårt att veta hur många orosanmälningar som missas, men utgångspunkten är att vi fortfarande har ett stort mörkertal och alltså borde anmäla mer. Bland annat skriver Socialstyrelsen: ”Undersökningar talar för att två tredjedelar av misshandelsfallen och mindre än hälften av de sexuella övergreppen blir kända av hälso- och sjukvården”.

Samtidigt ska det poängteras att de två samordnare som på halvtid arbetar med att implementera rutiner kring våld i nära relation är en framgångsfaktor och med all sannolikhet skälet till att vi har en tydligt uppåtgående trend.



12

Regionstyrelsens uppföljning om  
läkemedel 2017  
RS/1286/2017

2017-08-17

Patientsäkerhet  
Karin Lindgren  
Tfn: 063-154160  
E-post: karin.lindgren@regionjh.se

RS/1286/2017

## **Regionstyrelsens uppföljning om läkemedel 2017**

### **Ärendebeskrivning**

Regionstyrelsen har ett övergripande ansvar för att leda och samordna planering och uppföljning av verksamheten. I regionstyrelsens verksamhetsplan och uppföljningsplan för 2017 anges att läkemedel ska följas upp. Denna uppföljningsrapport ger en nulägesbeskrivning av läkemedelsområdet.

Inom läkemedelsområdet sker ständiga förändringar. Verksamheten har behov av nära stöd och tid till läkemedelshanteringen för ökad patientsäkerhet. Läkemedelskostnaderna ökar i hela landet, men under första halvåret 2017 är den procentuella kostnadsökningen högre i Jämtland Härjedalen jämfört med övriga riket.

### **Regiondirektörens förslag**

1. Regionstyrelsens uppföljning om läkemedel godkänns.
2. Regiondirektören får i uppdrag att genomföra de åtgärdsförslag som lyfts i rapporten och vid behov återkomma till regionstyrelsen.

I tjänsten

Ingela Jönsson  
Tf Regiondirektör

Lisbet Gibson  
Hälso- och sjukvårdsdirektör

### **Utdrag till**

Läkemedelsstrategi Område Patientsäkerhet

Patientsäkerhet  
Karin Lindgren  
Tfn: 063-154160  
E-post: karin.lindgren@regionjh.se

2017-08-14

RS/1286/2017

## Regionstyrelsens uppföljning 2017 om läkemedel

Uppföljningsrapporten ger en nulägesbeskrivning av läkemedelsområdet inom Region Jämtland Härjedalen.

I maj uppgraderas läkemedelsmodulen i journalsystemet COSMIC. Läkemedelsmodulen förändrades i sin uppbyggnad för att öka patientsäkerheten och för att möjliggöra senare önskad vidareutveckling av modulen. Det innebar dock att hela modulens utseende förändrades, nya rutiner krävdes, ny utbildning i systemet behövdes och alla läkemedel måste manuellt föras över från den gamla versionen till den nya. För att underlätta överföringen av läkemedel till nya versionen krävs ordinationsmallar, vilka även underlättar nyförskrivning av läkemedel i nya modulen.

Arbetet inför uppgraderingen av modulen tog mer resurser än förväntat från läkemedelsområdet. Dessutom medförde en långtidssjukskrivning att skapandet av tusen ordinationsmallar måste överflyttas på andra medarbetare. Det hade till följd att övriga arbetsuppgifter inom läkemedelsområdet fått nedprioriteras det senaste året och att uppföljningen av lagefterlevnaden blivit eftersatt.

### Alla patienter ska ha en komplett läkemedelslista i COSMIC/PASCAL baserad på kostnadseffektiva läkemedelsval.

*Ur övergripande handlingsplan läkemedel.*

Som redovisats ovan måste förskrivarna överföra patienternas läkemedelslistor manuellt till den nya versionen av COSMIC. Risken finns att patientens läkemedelslista inte är komplett i nya versionen om inte tid finns för förskrivarna att föra över läkemedlen. Det kan finnas aktuella läkemedel i journalsystemets nya version, i dess gamla version och i sämsta fall fortfarande i VAS. Flera läkemedelslistor innebär en patientsäkerhetsrisk. Dessutom kan inte patienten få en aktuell läkemedelslista utskrivna. Verksamheten har behov av stöd och tid för att överföra patientens hela läkemedelslistor till den nya versionen av COSMIC.

I början av sommaren rapporterades det muntligt från flera kommuner i länet att deras patienter inte får korrekta läkemedelslistor från vården. Läkemedelsansvarig läkare i Region Jämtland Härjedalen genomförde därför en mindre undersökning på alla patienter födda 1930 eller tidigare, och som varit på läkarbesök på akuten eller på en hälsocentral under 1-2 veckor i juli-augusti. Totalt 452 patienters läkemedelslistor undersöktes. Av dessa exkluderades 99 patienter på grund av att de var dospatienter vars läkemedelslistor finns i ett annat system än COSMIC. Av kvarvarande 353 patienter hade 66% kompletta

läkemedelslistor. Det var dock geografiska skillnader där vissa länsdelar hade större andel patienter med kompletta läkemedelslistor än andra. Av 24 patienter som skrevs ut från akuten hade 75% av patienterna kompletta listor vid utskrivning. Av de patienter som, enligt journalanteckningarna, var kommunanslutna hade samtliga kompletta läkemedelslistor. I de flesta fall när läkemedel saknades, så var det av mindre allvarlighetsgrad. Det är ett bra resultat i semesterperioden, men Regionen eftersträvar en nollvision, dvs att alla patienter ska ha en komplett läkemedelslista i COSMIC. Det finns också med som ett mål i övergripande handlingsplan läkemedel.

## Säkrare läkemedelsanvändning – rätt läkemedel till rätt person vid rätt tillfälle.

*Ur övergripande handlingsplan läkemedel.*

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården har uppdaterats och börjar att gälla 2018. Det är ett omfattande arbete som resulterat i revideringen av föreskrifterna. Läkemedelssamordnande sjuksköterska och regionapotekare inom Läkemedelsteamet har påbörjat revidering av centrala rutiner i samband med detta samt påbörjat planering för information och utbildning i Regionen.

Vid föregående års uppföljning om läkemedel redovisades att kunskapen både kring det nuvarande regelverk som omfattar läkemedel och läkemedelshantering har försämrats under senaste åren på många håll i verksamheten. Årets kvalitetsgranskningar av läkemedelshantering visar på samma resultat. Det finns ett stort behov av kompetensutveckling inom läkemedelsområdet. Extra viktigt blir det nu när förändringar av föreskriften sker. För att öka stödet till verksamheten, och främst sjuksköterskorna, i läkemedelshantering behöver läkemedelsteamet arbeta närmare verksamheten. Kvalitetsgranskningar av läkemedelshantering behöver ske oftare och med närmare samarbete i åtgärdshantering så att varje enhet får stöd med sina rutiner och problem. Ytterligare ett sätt att stärka sjuksköterskan i hennes läkemedelsarbete är att läkemedelsteamet finns med vid introduktionen av nya sjuksköterskor, framför allt de nyutbildade. Regionen planerar dessutom för ökat farmaceutisk stöd i verksamheten genom framtida förändringar i läkemedelsförsörjningen.

En viktig kanal för att sprida ny kunskap och förändringar inom läkemedelsområdet, är läkemedelsansvarig sjuksköterskor i verksamheten. Tyvärr är närvaron låg vid informationsmöten för nämnda grupp. Funktionen läkemedelsansvarig sjuksköterska bör finnas med bland karriärvägar som skapas för sjuksköterskorna inom Regionen och att de måste delta i de informations- och utbildningstillfällen som läkemedelsteamet sammankallar till för nämnda grupp.

Projektet med kliniska apotekare på Medicinenheten fortlöper sedan början av året. En apotekare arbetar några timmar dagligen på enheten för att hjälpa till att förbereda enkla och fördjupade läkemedelsgenomgångar. Apotekarens arbete är beroende av samverkan med andra yrkeskategorier för att utvecklas, vilket har varit svårt på grund av tidsbrist för alla parter. I augusti planeras en omstart av projektet.

## Dosdispenserade läkemedel

Efter en upphandling tillsammans i norra sjukvårdsregionen, så bytte Region Jämtland Härjedalen leverantör av dosdispenserade läkemedel från Apoteket AB till Svensk Dos AB i början av året. Skiftet gick bra. Det innebär att kostnaden för dosdispenserings-tjänsten minskade med 41%, vilket motsvarar en besparing på ca 1 miljon kronor för Region Jämtland Härjedalen.

## Kostnadsutveckling läkemedel

Den totala kostanden för läkemedel (receptläkemedel med förmån, rekvisitionsläkemedel, patientens egenavgifter samt specialsubventioner såsom smittskyddsläkemedel och preventivmedel) uppgick till ca 280 miljoner kronor det första halvåret 2017. Det är en ökning med 15 miljoner, vilket motsvarar 5,76 %, jämfört med samma period föregående år. Den genom snittliga ökningen i riket samma period var 3,47 %.

Mätetal	Förmånskostnad – utfall 2017-07 ack	Kostnad rekvisitionsläkemedel – utfall 2017-07 ack
Kostnadsutvecklingen (i procent, %) för förmånsläkemedel och för rekvisitionsläkemedel ska vara lägre än nationella utvecklingen.	RJH: 7,08% (Riket: 5,47%)  (NLL: 1,60%; VLL: 0,67%; LVN: 4,26%)	RJH: 2,32% (Riket: 7,21%)  (NLL: 3,34%; VLL: 2,73%; LVN: 10,18%)

*Ur övergripande handlingsplan läkemedel.*

Det är främst kostnaden för förmånsläkemedel som ökar i Regionen. Det beror dels på att Regionen senare introducerade de nya orala antikoagulantia (blodförtunnande) än övriga riket samt att nya och dyra orala antidiabetika förskrivs i allt högre grad. Inom både förmåns- och rekvisitionsläkemedel driver introduktionen av nya dyra läkemedel kostnadsökningarna (+7,6 miljoner kronor (64%) jämfört med samma period föregående år). De nya läkemedlen berör ofta ett fåtal patienter, men till höga kostnader som kan få stor budget- och kostnadspåverkan i mindre landsting/regioner. Tack vare det nationella samarbetet med införandet av nya dyra läkemedel så får Regionen ta del av förmånligare priser och kan erbjuda en jämlik läkemedelsbehandling med övriga landet. Det negativa med samarbetet är att Regionen inte själv kan prioritera resurserna utifrån lokala förutsättningar och att det administrativa arbetet lokalt växer.

Den dyraste läkemedelsgruppen både nationellt och lokalt är, sedan många år, immunsuppressiva medel. Trots stora kostnadsminskningar inom gruppen så fortsätter kostnaden att öka. Det beror på att fler indikationsområden tillkommer så fler patienter får ta del av behandlingen samt att den besparingen de nationella trepartsförhandlingarna resulterar i inte är inkluderade i den nationella statistiken.

## Framtiden

Under kommande år kommer arbetet för framtidens läkemedelsförsörjning att fortsätta. Läkemedelsteamet kommer att kunna ge förstärkt stöd genom omfördelning av resurser under hösten för att bland annat kunna utföra fler kvalitetsgranskningar samt genomföra en



djupare analys över beställningsmönster och sortiment både på enhetsnivå och övergripande nivå. Då blir Regionen väl förberedda för framtida förändringar.

Arbetet med att patienternas läkemedelslista på avdelningarna, som sjuksköterskorna delar läkemedel från, ska bli elektronisk i COSMIC på alla avdelningar kommer att fortgå. Detta arbete kommer att fortsatt påverka uppföljningen av lagefterlevnaden, men i mindre grad än senaste året.

Läkemedelskommittén, vars arbete varit nedprioriterat under våren, kommer att revidera rekommendationslistan över de läkemedel som framför allt bör användas vid vanliga sjukdomar utifrån terapitradition, evidens, säkerhet, kostnad och miljöaspekt. Dessutom kommer Läkemedelskommittén att uppsöka de hälsocentraler som så önskar för att diskutera förskrivningsmönster, nyheter inom läkemedelsområdet samt kvalitetsmål.

## Sammanställning av åtgärdsförslagen i rapporten

- Verksamheten har behov av stöd och tid för att överföra patientens hela läkemedelslistor till den nya versionen av COSMIC samt när elektronisk läkemedelslista på avdelningarna införs.
- Sjuksköterskorna behöver kompetensutveckling inom läkemedelsområdet och ett ökat stöd i sina läkemedelsfrågor. Till exempel kan detta ske med ökad närvaro av läkemedelsteamets experter i verksamheten samt att sjuksköterskorna får tid att delta vid läkemedelsinformation och läkemedelsutbildningar som Regionen anordnar. Den resursförstärkning läkemedelsteamet får kommer att bidra till ökat stöd ute i verksamheten.
- För att upprätthålla kunskapen om förändringar inom läkemedelsområdet bör varje enhet ha läkemedelsansvariga sjuksköterskor som deltar i de aktiviteter som erbjuds. Denna fråga kommer att lyftas i styrgrupp läkemedel under hösten.
- Nyanställda sjuksköterskor, framför allt nyutexaminerade sjuksköterskor, bör få en god introduktion i läkemedel.



13

Regionstyrelsens uppföljning 2017 om  
sjukresor

RS/1287/2017

2017-08-03

Diagnostik, teknik och service  
Örjan Strömquist  
Tfn: 063-154462  
E-post: orjan.stromqvist@regionjh.se

RS/1287/2017

## **Regionstyrelsens uppföljning 2017 om sjukresor**

### **Ärendebeskrivning**

Regionstyrelsen har ett övergripande ansvar för att leda och samordna planering och uppföljning av verksamheten. I regionstyrelsens verksamhetsplan och uppföljningsplan för 2017 anges vilka uppföljningsområden som valts ut för 2017. Enligt den ska regionstyrelsen bland annat följa upp sjukresor. Denna uppföljningsrapport ger en nulägesbeskrivning av målet att sänka sjukresekostnaderna som regionstyrelsen tog beslut om i mars 2016. Dessutom redovisas kort åtgärder som vidtas för att nå målet.

### **Regiondirektörens förslag**

Regionstyrelsens uppföljning av sjukresor godkänns

I tjänsten  
Ingela Jönsson  
Tf regiondirektör

Örjan Strömquist  
Områdeschef diagnostik, teknik och service

### **Utdrag till**

Områdeschef diagnostik, teknik och service

Diagnostik, teknik och service  
Örjan Strömkvist  
Tfn: 063-154462  
E-post: orjan.stromqvist@regionjh.se

2017-08-01

RS/1287/2017

## Regionstyrelsens uppföljning 2017 om sjukresor

I mars 2016 beslutade regionstyrelsen om åtgärder för att försöka sänka kostnaderna för sjukresor. Målsättningen var att sänka sjukreskostnaden med 5 miljoner kronor per år.

För att säkerställa att vårdpersonal har rätt kunskaper för utfärdande av sjukreseintyg och för beställningar av sjukresor togs det under våren 2016 fram en webb-baserad certifieringsutbildning i regelverket för sjukresor. I och med detta skärptes också kravet på medicinsk bedömning inför sjukresor. För att få en dyrare sjukresa, med taxi, betald av Region Jämtland Härjedalen krävs en bedömning som säger att patienten inte klarar att åka kollektivt eller på annat sätt.

Ett flertal mottagningar och avdelningar har under en längre period påtalat den höga arbetsbelastningen kring sjukreseadministrationen. Därför inrättades från 1 oktober 2016 en ny sjukresefunktion med uppgift att fungera som stöd och avlastning för vårdpersonalen i frågor kopplade till sjukresor. Medel ur professionsmiljarden används för att införa funktionen som kommer att pågå under en försöksperiod på två år.

Från hösten 2016 har både den skärpta tillämpningen av regelverket samt den nya sjukresefunktionen varit i drift.

Jämförs kostnaden för sjukresor de senaste 12 månaderna (juli 2016-juni 2017), med samma månader ett år tidigare (juli 2015 -juni 2016), kan det konstateras att totalkostnaden för sjukresor minskat med 2 %, uttryckt i kronor ca 1 mkr. Målsättningen att sänka sjukreskostnaderna har således börjat infrias. Det är fortfarande en bra bit kvar till målet att sänka kostnaden med minst 5 miljoner. Den enskilt största kostnadsposten för sjukresor är trafikostnaden för sjukresor med dyrare färdssätt, taxi.

Ser man enskilt på resorna med taxi, så har såväl antalet resor (-7 %) som kostnaden (-1 %) för sjukresor med taxi minskat. Värt att notera är att avtalspriserna stigit med 3 % under perioden (indexjusterats) vilket innebär att den reella kostnadsminskningen är större. Minskningen får i huvudsak tillskrivas kravet på genomförd webbutbildning sjukresor för att få utfärda intyg dyrare färdssätt, vilken kan konstateras ha lett till bättre följsamhet mot sjukresoreglerna samt även bättre beställarkompetens. Dialysavdelningens utveckling går åt motsatt håll p g a fler patienter som behöver och förtar därmed en betydligt större minskning av taxiresorna till både antal och kostnad. Väljer man att exkludera dialysavdelningen från totalen kan konstateras att resorna då till antalet minskat med 11 % och kostnaden med 6 % (- 2 milj.). Tar man hänsyn till ovanstående parametrar (avtalspriser-dialysens utveckling) är vägen kvar till målet 5 miljoner, betydligt kortare.

I samband med kommande upphandling år 2018, av sjukresor och beställningscentral, har Område diagnostik, teknik och service fått i uppdrag av hälso- och sjukvårdsdirektören att se över om det finns möjligheter att utveckla arbetsätt och regelverk för att minska den administrativa belastningen för vårdpersonal, ge patienter tryggare sjukresor och samtidigt fortsätta sänka kostnader för att uppnå de besparingsmål som har satts när det gäller sjukresor.

Utöver detta pågår en utredning om sjukresor i egen regi som kommer att färdigställas under hösten 2017.



14

Revidering av regionstyrelsens  
verksamhetsplan 2018

RS/1563/2016

2017-08-10

Samordningskansliet  
Sandra Hedman  
Tfn: 063-147509  
E-post: sandra.hedman@regionjh.se

RS/1563/2016

## Revidering av regionstyrelsens verksamhetsplan 2018

### Ärendebeskrivning

Regionfullmäktige beslutade den 20-21 juni 2017, § 94, om ändring av de finansiella målen 2017 i Finansplan 2017-2019. Ändringen föranleder en justering även av regionstyrelsens verksamhetsplan.

Bakgrunden till fullmäktiges beslut var att prognosen för helåret visade på minus 170 miljoner kronor i tertialrapporten per april 2017. Det innebär att de resultatförbättrande åtgärder, som låg till grund för det budgeterade noll-resultatet 2017, inte kommer att hinna få full effekt i år. Samtidigt stiger bl a kostnader för läkemedel och sjukvårdsmateriel betydligt snabbare än landstingsprisindex.

Utifrån regionstyrelsens bedömning om att det efter ytterligare resultatförbättrande åtgärder blir ett prognostiserat underskott på 110 miljoner kronor för helåret 2017 fastställdes följande förändringar i finansplanen:

- Målet ekonomiskt resultat efter finansnetto som procentandel av verksamhetens budgeterade nettokostnader ändrades från noll procent till **minus 2,7 procent**.
- Målet om en nettokostnadsminskning med 2 procent i Finansplan 2017-2019, ändrades till att verksamhetens nettokostnader högst får öka med **1,4 procent** 2017 jämfört med utfallet 2016.

Utifrån den här förändringen förslås målvärdet för det aktiva målet om nettokostnadsförändringen i regionstyrelsen att ändras i enlighet med det nya målet i finansplanen.

### Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsens verksamhetsplan ska revideras enligt följande:

Målvärdet för 2017 gällande det aktiva målet om nettokostnadsförändringen ändras från att vara minus 2 % till att verksamhetens nettokostnader högst får öka med 1,4 %.

Utdrag till

Ekonomidirektör och planeringschef



# Regionstyrelsens verksamhetsplan och uppföljningsplan 2017



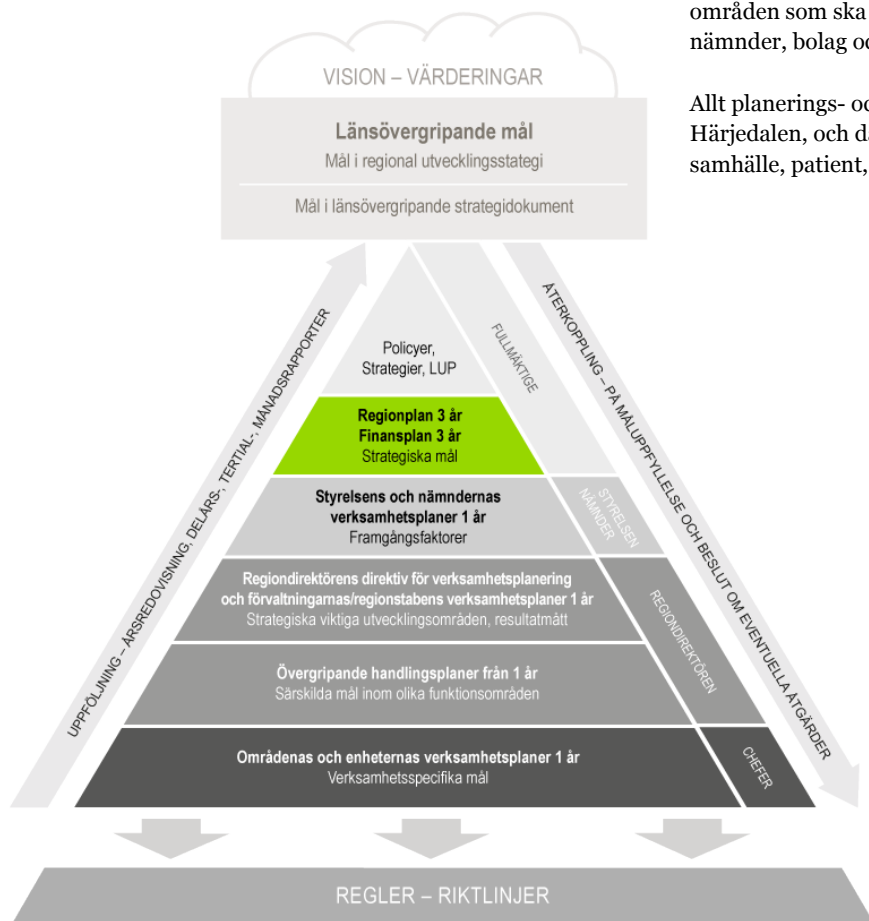
# Regionstyrelsens verksamhetsplan och uppföljningsplan

Regionfullmäktige har i sin regionplan beslutat om ett antal strategiska mål för perioden 2017-2019. I Finansplanen återfinns finansiella mål och ekonomiska ramar. Målen i de två planerna är det övergripande uppdraget från regionfullmäktige som regionstyrelsen och nämnderna ska verkställa i form av åtgärder och beslut.

I Regionstyrelsens verksamhetsplan finns för varje strategiskt mål, två aktiva mål och ett antal framgångsfaktorer i form av utvecklingsområden. De aktiva målen och framgångsfaktorerna är styrelsens prioritering för 2017. De aktiva målen är mätbara och ska följas upp i varje månadsrapport till styrelsen, och som fördjupning två gånger under året. Under varje strategiskt mål från fullmäktige finns ett antal av styrelsen identifierade framgångsfaktorer (utvecklingsområden). Dessa följs upp i delårsbokslut och årsbokslut, genom verbala beskrivningar och där det är möjligt i form av indikatorer.

## Styrmodellen

MÅL – PLANERING – UPPFÖLJNING



Regionstyrelsens verksamhetsplan innehåller också en uppföljningsplan som visar vilka områden regionstyrelsen ska följa upp under året. De områden som ska följas upp har en koppling till utvecklingsområdena i verksamhetsplanen. Uppföljningsplanen innehåller också en beskrivning av de områden som ska följas upp enligt styrelsens uppsiktsplikt över nämnder, bolag och förbund.

Allt planerings- och uppföljningsarbete inom Region Jämtland Härjedalen, och därmed också målen, utgår från fyra områden: samhälle, patient, medarbetare och verksamhetsresultat.

# Innehåll

<b>Uppdrag och planeringsförutsättningar .....</b>	<b>4</b>
<b>Verksamhetsstrategi för hälso- och sjukvården .....</b>	<b>6</b>
<b>Strategiska mål.....</b>	<b>7</b>
<b>Aktiva mål och framgångsfaktorer i form av utvecklingsområden .....</b>	<b>8</b>
Samhälle .....	9
Patient.....	11
Medarbetare .....	13
Verksamhetsresultat.....	15
<b>Budget 2017 .....</b>	<b>17</b>
Ekonomiska ramar för regionstyrelsen .....	18
<b>Uppföljningsplan .....</b>	<b>19</b>
<b>Uppföljningsplan och sammanträdesplanering 2017.....</b>	<b>23</b>
<b>Bilaga 1: Styrmodell.....</b>	<b>25</b>
<b>Bilaga 2 Mål och mätetal .....</b>	<b>26</b>
<b>Samhälle .....</b>	<b>26</b>
<b>Patient .....</b>	<b>27</b>
<b>Medarbetare.....</b>	<b>27</b>
<b>Verksamhetsresultat.....</b>	<b>28</b>

# Uppdrag och planeringsförutsättningar

Regionstyrelsen är Region Jämtland Härjedalen ledande politiska förvaltningsorgan. Genom sin verksamhetsplan markerar styrelsen vilka utvecklingsområden som är viktiga att fokusera på under 2017 för att verkställa det uppdrag och övergripande mål som regionfullmäktige har beslutat om genom Regionplan 2017-2019 och Finansplan 2017-2019. Det svåra ekonomiska läget för regionen gör att arbetet under 2017 kommer ha stort fokus på resultatförbättrande åtgärder. Det gör också att finansiering av ny verksamhet via ökade kostnader inte är möjlig.

## Styrning över hälso- och sjukvården

Inom Region Jämtland Härjedalen delas det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården mellan Regionstyrelsen och Vårdsnämnden. Båda har i sitt arbete att utgå från de ekonomiska ramar och de övergripande mål som regionfullmäktige fastställt. *"En region att längta till och växa i"* är Region Jämtland Härjedalens vision. Den ligger till grund för de policyer och planer som skapas i organisationen.

## Regionstyrelsens uppgifter

Regionstyrelsen har tre uppdrag:

- Regionstyrelsen ska leda och samordna planering och uppföljning av Region Jämtland Härjedalens verksamheter och ekonomi. I det ingår också att ha uppsikt över exempelvis nämnder, bolag, förbund och föreningar som organisationen är medlem i, finansiella samordningsförbund och företag som utför verksamhet åt regionens på entreprenad. Styrelsen ska också följa de frågor som kan inverka på organisationens utveckling och ekonomiska ställning och göra de framställningar som behövs. Vidare har regionstyrelsen hand om den ekonomiska förvaltningen, förvaltningen av Region Jämtland Härjedalens fastigheter och anskaffning av lokaler för organisationens behov, förvaltningen av organisationens förvaldade fonder och organisationens försäkringsskydd.
- Regionstyrelsen har utöver uppgiften som regionens styrelse även i uppgift att fungera som Region Jämtland Härjedalens hälso- och sjukvårdsnämnd. Det innebär att styrelsen ska leda hälso- och sjukvården inom regionen enligt 10 § hälso- och sjukvårdslagen utom vad avser beställning av hälso- och sjukvård enligt valfrihetssystem för primärvård eller annan vård och frågor som berör lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik samt hälso- och sjukvård utöver hälsoval som utförs av privata vårdgivare efter upphandling enligt lagen om offentlig upphandling. Vidare ska regionstyrelsen vara utbildningssamordnare inom hälso- och sjukvården såsom regional läkarutbildning och utbildning av andra yrkesgrupper och leda folktandvården inom regionen enligt 11 § tandvårdslagen med undantag av beställning enligt valfrihetssystem för barn- och ungdomstandvård och tandvård enligt 8a § tandvårdslagen. Styrelsen ansvarar också för ledningen av den civila hälso- och sjukvården samt den övriga verksamhet för det civila försvaret som regionen ska bedriva enligt lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.
- Regionstyrelsen ska också ansvara för sjukresor och arbeta med frågor om hälso- och sjukvårdsrelaterad folkhälsa, jämställdhet och mångfald och med frågor om forskning och utveckling. Styrelsen deltar också i Regionens samverkansråd i frågor inom styrelsen verksamhetsområde som kräver samverkan med primärkommunerna i Jämtland och Härjedalen. Vidare ska styrelsen bevaka och tillvarata regionens intresse vid bolags- och föreningsstämmor i de företag som regionen helt eller delvis äger eller på annat sätt har intresse i såvida det inte görs av annan nämnd.

I reglementet för Regionstyrelsen finns styrelsens uppdrag beskrivet.

### **De ekonomiska läget**

Region Jämtland Härjedalen har en mycket svår ekonomisk situation och står inför stora utmaningar. Stort fokus på åtgärder som syftar mot att nå en ekonomi i balans och god ekonomisk hushållning kommer därför ha synnerligen hög

prioritet. Det arbetet är helt nödvändigt för att Region Jämtland Härjedalen ska undvika att hamna i situationen att via lån behöva finansiera löpande drift.

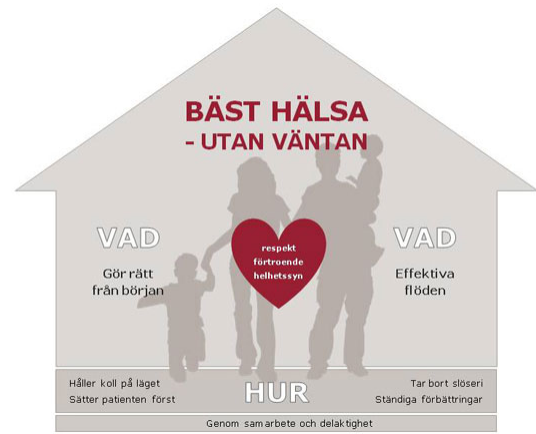
Varje ny verksamhet, aktivitet eller dylikt kräver således finansiering antingen via kostnadsreduceringar, ökade externa intäkter eller omfördelning inom befintlig verksamhet. Utrymme för finansiering av ny verksamhet eller dylikt via ökade kostnader är således inte möjligt.

# Verksamhetsstrategi för hälso- och sjukvården

Region Jämtland Härjedalen har under flera år och med olika metoder försökt lösa ekvationen med ett allt större behov av vård samtidigt som de ekonomiska resurserna blivit allt mindre. 2013 beslutade ledningen att ta ett samlat långsiktigt grepp – att införa Lean för att långsiktigt stabilisera och förbättra vår organisation.

För att visualisera Leanarbete har ett hus tagits fram. Precis som vid ett husbygge kan taket inte läggas innan grunden och väggarna är på plats. Taket är sjukvårdens vision - *bäst hälsa utan väntan*. Oavsett var i organisationen vi jobbar bor vi alla i samma hus och strävar mot samma mål.

Under 2016-2017 kommer ett arbete att ske som kopplar ihop varumärkesarbete, värdegrundsarbete och att analysera hur regional utvecklings strategi ska utformas utifrån Lean.



**Bästa hälsa utan väntan**

LEAN

**Lean innebär att:**

- arbeta för att få bort det som inte skapar värde för patienten.
- minska på slöserier genom att se över hur vi jobbar.
- tillsammans hitta bra lösningar och arbetsätt.
- bli bättre på att mäta och visa våra resultat.
- lära av varandra och följa upp det arbete vi utför.

**vad vi gör och hur**

Landstingets Leanarbete är inget projekt utan en resa mot ständigt förbättring och utveckling. Både för medarbetare och organisation!

Utmaningen ligger i att förbättra våra system, förändra våra beteenden och vara uthålliga!

Mer information hittar du på Leansidan

# Strategiska mål

Regionfullmäktige har i regionplanen för 2017-2019 beslutat om 21 strategiska mål inom områdena Patient, Medarbetare, Samhälle och Verksamhetsresultat. Det är de målen som regionstyrelsen och nämnderna har i uppgift att verkställa.

## Samhälle

- Stimulera så att innovativa och framtidsinriktade idéer blir färdiga produkter och tjänster genom bra stöd, god beredskap och snabb hantering.
- Effektiv infrastruktur kring vägar, järnvägar, flyg, bredband och digital teknik.
- Kulturen har en viktig roll för regional utveckling, hälsa, delaktighet, inflytande och personlig utveckling.
- Integration genomsyrar hela det regionala utvecklingsarbetet.
- Jämtland Härjedalen har en ökad inflyttning med fler i arbete och ökat företagande.
- Förbättrad psykisk hälsa.
- Hälsöfrämjande och trygga levnadsvillkor och samordnad hälso- och sjukvård för minskade sjukskrivningstal.

## Patient

- Patientsäker jämlik och jämställd vård av god kvalitet efter behov.
- Region Jämtland Härjedalens vård ska så långt möjligt i hemmet eller så nära hemmet som möjligt
- Fördjupat samarbete med kommunerna avseende barn, unga, äldre och utsatta grupper.
- Bättre bemötande och anpassad kommunikation på patientens villkor.
- Ökat patientinflytande.

## Medarbetare

- Attraktiv arbetsgivare.
- En god arbetsmiljö.
- Kompetensutveckling och karriärvägar.
- En kompetensförsörjning som understödjer omställning till framtidens behov.
- Minskade sjuktal för Region Jämtland Härjedalens medarbetare.

## Verksamhetsresultat

- God ekonomisk hushållning
- Långsiktigt hållbar verksamhet.
- Effektiva processer.
- Fördjupat arbete för att minska kostnader och öka intäkter.

## Aktiva mål och framgångsfaktorer i form av utvecklingsområden

I det här avsnittet redovisas två prioriterade aktiva mål per avsnitt och framgångsfaktorer i form av utvecklingsområde för 2017. Utvecklingsområdena utgår från de strategiska mål som regionfullmäktige har fastställt i regionplanen och finansplanen för 2017-2019. De markerar de områden som styrelsen bedömer vara viktiga utvecklingsområden att fokusera på i styrningen för att verkställa det uppdrag och övergripande strategiska målen som fullmäktige har beslutat om.



Område Samhälle ska spegla befolkningsaspekter där regionen kan bidra.

Här samlas mål:

- ✓ Inom det regionala utvecklingsuppdraget
- ✓ Med fokus på folkhälsa
- ✓ Med fokus på resursanvändning
- ✓ Med fokus på miljö
- ✓ Med fokus på ett jämställt och jämlikt samhälle
- ✓ För samverkan med andra

## Samhälle

### Strategiska mål inom området samhälle

- **Stimulera så att innovativa och framtidsinriktade idéer blir färdiga produkter och tjänster genom bra stöd, god beredskap och snabb hantering.**
- Effektiv infrastruktur kring vägar, järnvägar, flyg, bredband och digital teknik.
- Kulturen har en viktig roll för regional utveckling, hälsa, delaktighet, inflytande och personlig utveckling.
- **Integration genomsyrar hela det regionala utvecklingsarbetet.**
- Jämtland Härjedalen har en ökad inflyttning med fler i arbete och ökat företagande.
- **Förbättrad psykisk hälsa.<sup>1</sup>**
- **Hälsofrämjande och trygga levnadsvillkor och samordnad hälso- och sjukvård för minskade sjukskrivningstal.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>) Ur mål för gemensam hälso- och sjukvårdspolitik 2014-2025

Ovanstående strategiska mål kommer att verkställas både av Regionstyrelsen och Regionala utvecklingsnämnden. Regionstyrelsens huvudsakliga fokus ligger på de strategiska mål (fet stil ovan) som har en koppling till områdena hälso- och sjukvård, tandvård och hälso- och sjukvårdsrelaterad folkhälsa samt till övergripande ansvarsområden inom styrelsens uppdrag. Nedan redovisas aktiva mål och framgångsfaktorer i form av utvecklingsområden. De anger vad regionstyrelsen ska fokusera på 2017 för att de strategiska målen inom område samhälle ska uppnås.

### AKTIVA MÅL INOM SAMHÄLLE

Utgångsvärden finns i bilaga

**Andel barn och unga som får ett första besök inom område barn, unga vuxna, inom 30 dagar.**

**Minskning av sjukpenningtal hos länets medborgare.**

### **Stimulera så att innovativa och framtidsinriktade idéer blir färdiga produkter och tjänster genom bra stöd, god beredskap och snabb hantering.**

- Etablera eHälsocenter som nav för samverkan om e-hälsofrågor mellan det offentliga och näringslivet.

I övrigt ansvarar regionala utvecklingsnämnden för uppdraget med det strategiska målet.

### **Integration genomsyrar hela det regionala utvecklingsarbetet.**

- Utredda hur enhet för asyl-flyktinghälsa kan vara ett stöd till övriga verksamheter samt hur enheten kan främja positiv hälsoutveckling för asylsökande och nyanlända.
- Genomföra regionövergripande utbildningar inom område asyl- och flyktingvård, där kulturkompetens ingår.
- Arbeta fram en lokal modell för hur Region Jämtland Härjedalen kan hjälpa sjukvårdsutbildade personer som söker asyl eller fått uppehållstillstånd att få praktikplats eller ett arbete inom hälso- och sjukvården, får sin utbildning validerad och få sin legitimation.

I övrigt ansvarar regionala utvecklingsnämnden för uppdraget med det strategiska målet

### **Förbättrad psykisk hälsa**

- Utveckla behandlingsmetoder och förebyggande insatser för psykisk hälsa.
- Utveckla samverkan med Norge, Västerbottens läns landsting och Norrbottens läns landsting om stärkt psykisk hälsa bland samer.

- Genom uppdrag till samordnare påbörja ett regionövergripande arbete med att följa upp och utveckla det suicidpreventiva arbetet.
- Högre grad av samverkan och samarbete med andra särskilt skolan.

### **Hälsofrämjande och trygga levnadsvillkor och samordnad hälso- och sjukvård för minskade sjukskrivningstal**

- Utveckla rutiner för upptäckt av barn och unga som utsätts eller riskerar att utsättas för psykiskt och fysiskt förtryck.
- Etablera ett gemensamt chefsnätverk för BUP och elevhälsan där också ungdomsmottagningarna har möjlighet att delta.
- Riskbruksverksamheten ska prioritera aktiviteter i syfte att minska tobaksbruket hos ungdomar inom handlingsplanen för en tobaksfri region 2025
- Tillsammans med kommunerna analysera resultat från hälsosamtal i skolan, med syfte att förebygga övervikt och fetma hos barn och ungdomar.
- Barnombudens roll ska ses över och utvecklas.
- Region Jämtland Härjedalen ska ha ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetssätt (inom levnadsvanorna tobak, alkohol, motion, och goda matvanor).
- Arbeta efter långsiktig utvecklingsplan för att minska sjukskrivningar i länets befolkning.
- Region Jämtland Härjedalen ska vid utgång av 2018 ha stabila och fungerande rutiner för samordnad tidig rehabilitering, och ha hög kompetens inom försäkringsmedicin

Området patient ska fånga patienternas uppfattning om och medicinska resultat av given vård.

Här samlas mål:

- ✓ Där patienter själva värderar vården.
- ✓ Med fokus på medicinsk kvalitet.
- ✓ Övriga mål med syfte att erhålla ett stabilt eller bättre arbetssätt som i nästa steg blir bättre för patienten och medverkar till en jämställd och jämlik vård.

## Patient

### Strategiska mål inom området patient:

- Patientsäker jämlik och jämställd vård av god kvalitet efter behov.
- Region Jämtland Härjedalens vård ska så långt som möjligt ges i hemmet eller så nära hemmet som möjligt.
- Fördjupat samarbete med kommunerna avseende barn, unga, äldre och utsatta grupper.
- Bättre bemötande och anpassad kommunikation på patientens villkor.
- Ökat patientinflytande.

Ovanstående strategiska mål kommer att verkställas både av Regionstyrelsen och av Vårdvalsnämnden. Regionstyrelsen ansvarar för samtliga fem mål. Nedan redovisas vilka aktiva mål och framgångsfaktorer i form av viktiga utvecklingsområden som regionstyrelsen ska fokusera på 2017 för att de strategiska målen inom område patient ska verkställas.

### AKTIVA MÅL INOM PATIENT

Utgångsvärden finns i bilaga

#### Andel vårdskador ska minska.

#### Minska återinskrivningar

### Patientsäker jämlik och jämställd vård av god kvalitet efter behov

- Påbörja arbete med en övergripande handlingsplan för jämställdhetsintegrering i syfte att fungera som en plattform för jämställdhetsarbete.
- Vården ska följas upp med konsupplad statistik där det är möjligt och resultaten analyseras för minst tre diagnoser. Där skillnader föreligger ska förslag på åtgärder lämnas.
- Fler patienter som besöker sjukvården ska få läkemedelsberättelse vid utskrivning från slutenvård.
- Ytterligare minska och följa upp förskrivning av antibiotika.
- En översyn av screeningfrågorna om tandhälsa för BVC ska genomföras.
- En journal granskning av 3-åringar remitterade till pedodontis ska genomföras.
- Fler enheter ska tillämpa rutiner för samordnad individuell plan (SIP) och egenvård.
- Fortsatt arbete inom Ledningskraft för att beakta de äldre och multisjukas behov av vård och kontinuitet i denna. Tillgång till specialistkompetens och teamresurser är viktigt för dessa grupper. Implementering av närvårdsteam ska följas.
- Vårdkvalitet ska bibehållas eller förbättras i minst tre stora patientgrupper utifrån resultat i kvalitetsregister.
- Implementera nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder och därigenom synliggöra det förebyggande perspektivet i vårdprocesserna. Det hälsofrämjande arbetssättet ska främja goda matvanor, fysisk aktivitet, minskat tobaksbruk och alkoholbruk

- Den reviderade rutinen "Att ställa frågan om våld och hantera svaret" ska tillämpas i högre utsträckning än 2016.
- Utveckla samarbete mellan primärvården, psykiatri och specialiserade somatiska vården för att tidigt identifiera riskpersoner för suicid.
- Identifiera behov av vårdnivå hos personer som ofta söker akut vård.
- Bedriva ett aktivt patientsäkerhetsarbete i hela Region Jämtland Härjedalen och arbeta förebyggande för att minska vårdsador (t.ex. fall, trycksår, undernäring, blåsöverfyllnad). Arbetet ska i förekommande fall bedrivas tillsammans med kommunal vård.

### **Region Jämtland Härjedalens vård ska så långt möjligt ges i hemmet eller så nära hemmet som möjligt**

- Primärvården ska erbjuda de vårdsökande kontinuitet och vid behov ett multiprofessionellt omhändertagande.
- Specialiserade vården ska tillsammans med primärvård och kommunal vård ändra arbetssätt för att delta i utveckling av vård i hemmet.
- Inom Region Jämtland Härjedalen och tillsammans med kommunerna utveckla nya arbetsformer för vård på distans och mobila lösningar,
- Stöd ska ges till anhöriga som ger vårdande insatser i hemmet.
- Informera vårdsökande att använda 1177 vårdguidens webbplats: 1177.se med tillhörande e-tjänster (fd MVK)

### **Fördjupat samarbete med kommunerna avseende barn, unga, äldre och utsatta grupper.**

- För att erbjuda nyanlända en hälso- och sjukvård utifrån deras behov ska samverkansrutiner utarbetas tillsammans med kommunerna och andra aktörer.

- Identifiera våldsutsatta personer och erbjuda ett fungerande omhändertagande.

### **Bättre bemötande och anpassad kommunikation på patientens villkor**

- Utvecklingsarbetet inom hälso- och sjukvården ska innehålla ett normkritiskt perspektiv med styrtalet "Andel utvecklingsarbeten som innehåller ett genusperspektiv ska öka".
- Tillämpa rutin för samtal med barn som anhöriga vid dödsfall och svåra sjukdomar.
- Utveckla analys och styrning utifrån resultat av patientenkäter eller andra källor för patienters erfarenheter/synpunkter.
- Förbättra kommunikation med patient med hänsyn tagen till individens behov av t.ex. tolk, skriftlig information om behandling, behov av teckenspråk, punktskrift.

### **Öka patientinflytande**

- Öka patientmedverkan genom bland annat deltagande i förbättringsarbeten och i upprättandet av standardiserade vårdförlopp.
- I alla verksamheter ska patienterna ha inflytande och deras erfarenheter tas tillvara genom brukarråd eller på annat sätt.
- Arbeta för ett mer personcentrerat arbetssätt genom individanpassad information och använda personens egna resurser dvs vad denne kan göra själv.
- Journal på nätet ska införas under 2017.

Området medarbetare ska fånga medarbetarnas uppfattning om sin arbetsplats, men även deltagande och engagemang samt arbetsmiljöfrågor.

Här samlas mål:

- ✓ Med fokus på arbetsmiljö
- ✓ Med fokus på lärande och förnyelse
- ✓ Som visar effekter av satsningar som en del i den lärande processen

## Medarbetare

### Strategiska mål inom området medarbetare:

- Attraktiv arbetsgivare
- En god arbetsmiljö
- Kompetensutveckling och karriärvägar
- En kompetensförsörjning som understödjer omställning till framtidens behov
- Minskade sjuktal för Region Jämtland Härjedalens medarbetare.

Nedan redovisas vilka aktiva mål och framgångsfaktorer i form av viktiga utvecklingsområden som regionstyrelsen ska fokusera på 2017 för att de strategiska målen inom område medarbetare ska verkställas. Regionstyrelsen ansvarar för samtliga fem mål.

### AKTIVA MÅL INOM MEDARBETARE

Utgångsvärden finns i bilaga

**Sjukfrånvaron för medarbetare inom Region Jämtland Härjedalen ska minska.**

**Beroendet av bemanningsföretag ska minska.**

#### Attraktiv arbetsgivare

- Tydliga förväntningar på chefer i organisationen ger förutsättningar till ett gott ledarskap.
- Vägledande för arbetsorganisationen ska vara att varje medarbetares kompetens används fullt ut. Alla ska synas och få återkoppling och vid behov stöd.
- Region Jämtland Härjedalen ska vara en attraktiv arbetsgivare för både kvinnor och män.
- Alla medarbetare ska arbeta utifrån ett tydligt fokus på vilka Region Jämtland Härjedalen är till för, dvs patienter, kunder och brukare.
- Region Jämtland Härjedalen ska vara en hälsofrämjande arbetsplats med goda anställningsvillkor och tillgång till hälsofrämjande insatser.
- Regionens värdegrund ska vara vägledande i medarbetarnas vardag för att utveckla arbetsmiljön och därmed stärka bemötande och värdskap.
- Uppdatera arbetsvärderingssystemet och utifrån det påbörja ett arbete med att följa upp modellen för arbetsvärdering ur ett jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv.
- Forskning och innovation ska stimuleras. Region Jämtland Härjedalen ska vara en lärande organisation där spridning av förbättringsarbeten och forskningsresultat är en naturlig del av verksamheten. Region JH ska erbjuda kvinnor och män i flera yrkesgrupper att delta i forskning, även på deltid.

**En god arbetsmiljö**

- Alla medarbetare ska vara delaktiga och ha inflytande i den egna verksamhetens planering och dess utveckling.
- Mångfald, i betydelsen inkludering prioriteras i såväl den inre organisationen som samverkan mellan förvaltningar är en nödvändighet för kompetensförsörjningen.
- Teknikutveckling inom Region Jämtland Härjedalens verksamheter ställer krav på att medarbetare och chefer erbjuds fortbildning.

**Kompetensutveckling och karriärvägar**

- Utveckla chefsrollen och etablera chefsnätverk.
- Alla medarbetare ska ha en individuell kompetensutvecklingsplan.
- Arbetsgivaren ska ta tillvara såväl kvinnliga som manliga medarbetare som har intresse av ledarskap
- Karriärvägar för alla yrkeskategorier ska finnas samt möjlighet till utveckling genom utbildning

**En kompetensförsörjning som understödjer omställning till framtidens behov**

- Inventera kommande kompetensförsörjningsbehov. Framåtsyftande kompetensförsörjning med hänsyn tagen till befolkningens behov av vård.
- Region Jämtland Härjedalen är en god förebild för elever och studenter inom olika vårdutbildningar.
- Aktivt arbeta för att studenter blir framtida medarbetare
- Olikheter bland medarbetare ska värdesättas genom att inkludera medarbetare från t.ex. andra länder och kulturer

**Minskade sjuktal för Region Jämtland Härjedalens medarbetare**

- Region Jämtland Härjedalen ska tillsammans med arbetsförmedlingen, försäkringskassan med flera arbeta med ett långsiktigt utvecklingsarbete för att minska den höga andelen sjukskrivna.
- Arbeta utifrån långsiktig plan för minskade sjukskrivningar

Område Verksamhetsresultat ska visa strategiska områden för organisationens arbete och innefatta såväl finansiella som icke finansiella resultat. Bland icke finansiella resultat ingår utfall för "stora" processer.

Här samlas:

- ✓ Mål för viktiga processer: Till exempel tillgänglighet till vård.
- ✓ Mål för finansiella utfall: Nettokostnadsutveckling.

## Verksamhetsresultat

### Strategiska mål inom området verksamhetsresultat:

- God ekonomisk hushållning
- Långsiktigt hållbar verksamhet
- Effektiva processer
- Fördjupat arbete för att minska kostnader och öka intäkter

Nedan redovisas vilka **framgångsfaktorer** i form av utvecklingsområden som regionstyrelsen ska fokusera på 2017 för att de strategiska målen inom område verksamhetsresultat ska verkställas.

### AKTIVA MÅL INOM VERKSAMHETSRESULTAT

Utgångsvärden finns i bilaga

**Nettokostnadsförändringen ska minska.**

**Vårdgarantin ska vara uppfylld**

#### God ekonomisk hushållning

- God ekonomisk hushållning innebär att Region Jämtland Härjedalen ska uppnå och bibehålla en styrka i ekonomin och långsiktigt följa principen att varje generation jämställt och solidariskt bär kostnaden för den service som den konsumerar och beslutar om.
- Om ny verksamhet bedöms nödvändig ska den finansieras antingen genom ökade intäkter eller genom att fördela om befintlig verksamhet
- Bevaka och vidta ytterligare åtgärder för att uppnå målen i finansplanen.

#### Långsiktigt hållbar verksamhet

- Genom implementering av nya regler för resor, nyttjande av distansberoende teknik och genomförande av de åtgärder som följer CERO-arbetet ska klimatpåverkan från tjänsteresor och interna transporter minska.
- Social hållbarhet: Region Jämtland Härjedalen ska genom sitt utvecklingsuppdrag verka för ett socialt hållbart samhälle. Det innebär att alla individer får sina rättigheter respekterade. Alla ska på lika villkor erbjudas en livsmiljö där de

kan tillgodogöra sig kunskap, utvecklas och ha en god hälsa.

- Ekonomiskt hållbart definierar Region Jämtland Härjedalen som god ekonomisk hushållning.
- Verksamheterna ska ha beredskap för arbete med regionbildning i Norrland om riksdag och regering fattar sådant beslut.

#### Effektiva processer

- Utvecklingsarbetet med effektiva processer ska ha följande fokuseringar:
  - god tillgänglighet – god patientsäkerhet
  - god kvalitet – jämlik och jämställdhet
  - effektiv rekrytering av personal samt minskade sjukskrivningar i länet.
- Förbättra resultaten avseende tillgänglighet till vård genom systematiskt arbete med produktions- och kapacitetsplanering, förhållningssätt enligt Lean och standardiserade arbetssätt, t.ex. SVF.
- Förbättra effektiviteten genom att beskriva vårdens processer och komma överens om ansvar mellan de specialiteter som är involverade i aktuell process.

- Effektiva processer innebär bland annat att rätt kompetens utför respektive arbetsuppgift i rätt tid.
- Vårdens processer ska följas upp utifrån faktabaserade underlag. In – och utprioriteringar ska ske i öppna processer.
- Alla medarbetare ska ha tillgång till resultat för enhetens viktigaste nyckeltal (kan vara från kvalitetsregister, intern uppföljning eller underlag från produktion)

- Inköp ska göras ur ett hållbarhetsperspektiv som prioriterar hänsyn till miljö och hälsa.
- Energianvändningen ska fortsätta minska så att de långsiktiga målen nås.
- Socialt ansvar ska beaktas vid upphandling av tjänster och produkter.

**Fördjupat arbete för att minska kostnader och öka intäkter**

- Verkställ åtgärdsplanen i långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning.
- Verkställa åtgärdsplan efter 20151111.
- Verkställa regionstyrelsens beslut februari 2016 om åtgärder.



## Budget 2017

Kommuner och landsting ska enligt 8 kap 4 § kommunallagen (1991:900) varje år upprätta en budget för nästkommande år. I det här avsnittet redovisas budget 2017 för Regionstyrelsens verksamhetsområden.

Finansförvaltningen	241,1
---------------------	-------

## Budget 2017

Regionfullmäktige har i finansplan 2017-2019 beslutat om finansiella mål, ekonomiska ramar för verksamheten och en budget för Region Jämtland Härjedalen. Utifrån de ekonomiska ramar som fullmäktige beslutat om har regionstyrelsen och nämnderna i uppdrag att fördela dem till sina respektive verksamhetsområden i sina verksamhetsplaner

### Ekonomiska ramar för regionstyrelsen

De ekonomiska ramarna utgår från en skattesats som är 11,20 kr. 2017-2019 års ekonomiska ramar har, förutom när det gäller läkemedelskostnader i primärvården räknats upp med 2,6 % vilket motsvarar Landstingsprisindex (LPIK inkl läkemedel) i SKL:s aprilprognos 2016.

Fördelningen av ekonomiska ramar inom regionstyrelsen har gjorts utifrån aktuell organisation.

För verksamheterna har en modell för differentierad ramberäkning använts. I stort innebär den att specifika uppräkningsstal har använts för löner, riks- och regionvårdskostnader, läkemedel samt övriga intäkter och kostnader. Ramen för riks och regionvård är uppräknade enligt NUS-avtalet. Budgeten är låst inom respektive kostnadslag och får ej användas till annan verksamhet eller andra budgeterade kostnader.

Verksamhet	Budgetram i mkr
Somatisk hälso- och sjukvård	1 927,9
Psykiatrisk hälso- och sjukvård	324,8
Folktandvården	43,4
Primärvården, anslagsfinansierad	33,1
Diagnostik, teknik och service	24,5
Regionstaben	250,7
<b>SUMMA REGIONSTYRELSEN</b>	<b>2 604,4</b>

## Uppföljningsplan

Regionstyrelsens uppföljningsplan omfattar de aktiviteter som ska genomföras under 2017 för att följa upp de verksamheter som ingår i styrelsens ansvarsområde. Regionstyrelsens uppföljningsplan omfattar bland annat uppföljning utifrån att styrelsen enligt kommunallagen 6 kap 1 § ska leda och samordna regionens hela förvaltning samt ha uppsikt över nämndernas och de kommunala bolagens verksamheter.

Utöver ordinarie uppföljning kompletteras uppföljningsplanen med en separat internkontrollplan. Syftet med intern kontroll är att säkra en effektiv förvaltning och att undgå allvarliga fel. En god intern kontroll ska bidra till att ändamålsenligheten stärks och att verksamheten med medborgarnas bästa för ögonen bedrivs effektivt och säkert.

# Regionstyrelsens uppföljningsplan

Regionstyrelsens uppföljning sker i huvudsak genom månads/tertiarapporter, delårsbokslut och årsbokslut samt genom särskilda redovisningar och informationer. Regionstyrelsens uppföljningsplan är indelad i tre delar; Verksamheter som följs upp enligt regionstyrelsens uppsiktsplikt, Områden som följs upp utifrån regionstyrelsens verksamhetsplan och övriga informationer och avstämningar.

## Uppsiktsplikt

Enligt kommunallagen (KL) 6 kap. 1 § ska styrelsen leda och samordna förvaltningen av regionens angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnders verksamhet. Det innebär att regionstyrelsen ha uppsikt över de olika verksamheterna. Regionstyrelsen ska också ha uppsikt över kommunal verksamhet som bedrivs i sådana juridiska personer som avses i 3 kap. 16a – 18b §§ och sådana kommunalförbund som kommunen eller landstinget är medlem i. (Lag (2014:573).

### Regionstyrelsen ska följaktligen:

- Ha överblick och kännedom över Region Jämtland Härjedalens verksamheter
- Övervaka den ekonomiska förvaltningen
- Tillsä att medlen används ändamålsenligt
- Övervaka att fullmäktiges beslut blir verkställda
- Lämna råd och anvisningar samt påpekanden vid brister
- Påkalla ingripanden av fullmäktige när så erfordras

För att kunna utföra sin uppsiktsplikt ska styrelsen löpande inhämta den information som behövs. Det sker genom månadsrapporter, tertial/delårsrapporter, bokslut och protokoll. Särskilda redovisningar utifrån regionstyrelsens uppsiktsplikt görs också i årsboksluten för berörda nämnder, bolag och stiftelser. Utöver skriftliga rapporter kan styrelsen besluta att företrädare för nämnd, bolag eller stiftelse ska informera regionstyrelsen om måluppföljning och ekonomiskt resultat utifrån de mål som är satta av regionfullmäktige.

Resultatet av uppsiktsplikten föregående år och vilka eventuella åtgärder som styrelsen vidtagit ska årligen utvärderas. En kontroll görs även av att nämnder, bolag och stiftelser inkommit med material efter eventuella påpekanden om brister eller behov av åtgärder. Fullmäktige ska via informationsärendet ta del av denna utvärdering.

Regionstyrelsens uppsiktsplikt regleras i Regler för regionstyrelsens uppsiktsplikt (RS/385/2015)

## Uppföljning

Förutom det som regleras i bestämmelserna om uppsiktsplikten har regionstyrelsen också ett övergripande ansvar för att leda och samordna planering och uppföljning av verksamheten. Styrelsen ska också uppmärksamt följa de frågor som kan inverka på regionens utveckling och ekonomiska ställning. De uppföljningsområden som valts ut för 2017 har en koppling till utvecklingsområden i enlighet med denna verksamhetsplan.

Inför redovisning till regionstyrelsen om de områden som ska följas upp upprättas en skriftlig rapport utifrån följande frågeställningar:

- Vilka mål finns för området/verksamheten (framförallt i regionstyrelsens verksamhetsplan, regionplan och andra övergripande styrdokument)?
- Hur ser måluppfyllelsen ut?
- Om målen inte ser ut att kunna uppfyllas – vilka åtgärder genomförs eller behöver genomföras?

Inför arbetet upprättas ett ärende i Platina. En utsedd handläggare ansvarar för att upprätta rapporten och i samverkan med samordningskansliet utarbeta ett förslag till beslut. Förslag till beslut ska utifrån det som tas upp i rapporten/redovisningen innehålla förslag till vad regionstyrelsen ska besluta. Det kan exempelvis vara åtgärder för att kunna uppfylla upprättade mål eller utvecklingsområden. Om inga åtgärder behövs kan det räcka med att föreslå regionstyrelsen att lägga informationen till handlingarna. Under arbetet med den skriftliga rapporten och förslag till beslut görs nödvändiga avstämningar med exempelvis tjänstemannaledning.

Samordningskansliet samordnar arbetet med både uppsiktsplikten och uppföljningen.

### **Följande områden ska följas upp under 2017:**

#### **Målområde Samhälle**

- De två aktiva målen
- Resultat och aktiviteter i beviljade utvecklingsprojekt (Horizon 2020 C3 cloud och Interreg Vältel)
- Barnens rättigheter, nationella minoriteter, våld i nära relationer
- Forskning, utveckling och utbildning (FoUU)
- LUP sjukskrivningar

#### **Målområde patient**

- De två aktiva målen
- Riks- och regionvård
- Folk tandvården
- Vård på distans och mobila lösningar
- SVOM och Barnarenan, dvs samverkan med kommunerna

#### **Målområde medarbetare**

- De två aktiva målen
- Personalbokslut
- Attraktiv arbetsgivare
- Värdegrundsarbetet

#### **Målområde verksamhetsresultat**

- De två aktiva målen
- Patientsäkerhetsberättelse, resultat och aktiviteter 2016
- Ramavtal och avtalstrohet samt årsplan för upphandlingar
- Resultat från patientenkät i Primärvården
- Årsredovisning, inkl bolag och privata utförare
- Tertialrapport
- Delårsrapporter
- Likviditetsrapport
- Långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning
- Fastighet och lokaler
- Miljö
- Lean
- Sjukresor
- Uppföljning av övergripande handlingsplaner
- Uppföljning av regionstyrelsens internkontrollplan
- Uppföljning av läkemedel

**Övriga informationer och avstämningar utifrån vad regionstyrelsen tycker är viktigt kopplat till styrelsens ansvarsområden och mål:**

- Utvärdering av regionstyrelsens uppsiktsplikt
- Uppföljning av regionstyrelsens verksamhetsplan
- Redovisning av aktuellt läge för regionstyrelsens fattade beslut
- Tillgänglighetsråd
- Pensionärsråd
- Säkerhetsarbetet, inkluderande informationssäkerhet, rapport 2015 och planering för 2017
- Ledningssystemet; status och tillämplighet, riktighet och effektivitet (SOSFS 2011:9)
- Tjänstemannaorganisation från 1 januari 2016
- Regiondirektörens direktiv verksamhetsplan för 2018
- Styrelsens internkontrollplan
- Patientnämndens verksamhet
- Underlag inför revisorernas budgetanslag

Utöver det som redovisas inom ramen för uppföljning och uppsiktsplikt informerar regiondirektören regionstyrelsen om aktuella frågor under punkten "Regiondirektörens rapport" vid varje sammanträde. Det kan exempelvis vara utbildningar eller informationer om pågående arbeten inom de utvecklingsområden som regionstyrelsen beslutat att genomföra. Det kan också vara informationer som behövs inför att ett beslutsärende ska behandlas. De informationsärenden som är kända i samband med att verksamhetsplanen fastställs har lagts in i sammanträdesplaneringen.

# Uppföljningsplan och sammanträdesplanering 2017

Uppföljning, Uppsiktsplikt och övriga informationer och avstämningar

Styrelsemöte	Ämnesområde	Föredragande tjänstemän	Kategori
<b>24-25 januari</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Regiondirektörens rapport</li> <li>AKTIVA MÅL fördjupning SAMHÄLLE (tillgänglighet område barn unga vuxna och sjukpenningtal hos länets medborgare)</li> </ul>	Regiondirektör	Övriga informationer och avstämningar
<b>28 - 1 februari/mars</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Regiondirektörens rapport</li> <li>AKTIVA MÅL fördjupning PATIENT (vårdskador och återinsivningar)</li> <li>Säkerhetsarbetet, inkluderande informationssäkerhetsberättelse, rapport 2016 och planering för 2017</li> </ul>	Regiondirektör Beredskapschef	Övriga informationer och avstämningar
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Folktandvården</li> </ul>	Chef Folktandvården	Patient
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resultat från patientenkät i primärvården</li> </ul>	Vårdstrateg Verksamhetsutvecklare	Samhälle/Patient
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patientsäkerhetsberättelse, resultat och aktiviteter 2016</li> </ul>	Verksamhetschef patientsäkerhetsenheten	Verksamhetsresultat
<b>28-29 mars</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Regiondirektörens rapport</li> <li>AKTIVA MÅL fördjupning MEDARBETARE (sjukfrånvaro, bemanningskostnader)</li> <li>Personalbokslut</li> </ul>	Regiondirektör Personaldirektör	Övriga informationer och avstämningar
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uppföljning riks- och regionvård</li> </ul>	Planeringsdirektör	Patient
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Årsredovisning 2016, inkl bolag, förbund och stiftelser</li> <li>Årsredovisning vårdvalsnämnden</li> <li>Årsredovisning regionala utvecklingsnämnden</li> <li>Likviditetsrapport</li> <li>Månadsrapport per februari</li> <li>Uppföljning av ramavtal och avtalstrohet samt årsplan för upphandlingar</li> </ul>	Ekonomidirektör  Upphandlingschef	Verksamhetsresultat/ övergripande
<b>2-3 maj</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Regiondirektörens rapport</li> <li>AKTIVA MÅL fördjupning VERKSAMHETSRESULTAT (nettokostnadsutveckling, tillgänglighet)</li> <li>Redovisning av aktuellt läge för regionstyrelsens fattade beslut.</li> <li>Dialog med bolag, föreningar och stiftelser utifrån utvärdering av uppsiktsplikt</li> </ul>	Regiondirektör  Regionstabschef Regionstyrelsen	Övriga informationer och avstämningar
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Månadsrapport per mars</li> <li>Långsiktig plan för god ekonomisk hushållning</li> <li>Fastighet och lokaler</li> <li>Lean</li> </ul>	Ekonomidirektör LUPansvarig Fastighetschef Utvecklingschef	Verksamhetsresultat
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vård på distans och mobila lösningar</li> </ul>	Regiondirektör	Patient
<b>30-31 maj</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Regiondirektörens rapport</li> <li>AKTIVA MÅL (styrelsens val)</li> </ul>	Regiondirektör	Övriga informationer och avstämningar
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tertialrapport</li> <li>Miljö, LUP Miljö och Miljöbokslut 2015</li> </ul>	Ekonomidirektör Miljöstrateg	Verksamhetsresultat
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Integration</li> </ul>	Regiondirektör	Samhälle
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Värdegrundsarbetet</li> </ul>	Projektledare	Uppföljning – alla perspektiv
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uppföljning styrelsens internkontrollplan</li> </ul>	Regionstabschef	Övriga informationer och avstämningar

Styrelsemöte	Ämnesområde	Föredragande tjänstemän	Kategori
<b>29 augusti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Regiondirektörens rapport</li> <li>AKTIVA MÅL fördjupning SAMHÄLLE (tillgänglighet område barn unga vuxna och sjukpenningtal länets medborgare)</li> <li>Uppföljning av övergripande handlingsplaner</li> </ul>	Regiondirektör	Övriga informationer och avstämningar
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Barnens rättigheter, nationella minoriteter, våld i nära relationer</li> </ul>	Utvecklingsstrateg	Samhälle
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Månadsrapport per maj och juni</li> <li>Läkemedel</li> <li>Sjukresor</li> </ul>	Ekonomidirektör Läkemedelsstrateg Områdeschef	Verksamhetsresultat
<b>3-4 oktober</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Regiondirektörens rapport</li> <li>AKTIVA MÅL fördjupning PATIENT (vårdskador och återinskrivningar)</li> <li>Redovisning av aktuellt läge för regionstyrelsens fattade beslut.</li> </ul>	Regiondirektör  Regionstabschef	Övriga informationer och avstämningar
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Delårsrapport augusti</li> <li>Likviditetsrapport</li> <li>Delårsrapport vårdvalsnämnden</li> <li>Delårsrapport regionala utvecklingsnämnden</li> </ul>	Ekonomidirektör Finansekonom Planeringschef Bitr. regiondirektör	Verksamhetsresultat
	<ul style="list-style-type: none"> <li>FoUU</li> </ul>	FoU-chef	Samhälle
<b>7-8 november</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Regiondirektörens rapport</li> <li>AKTIVA MÅL fördjupning MEDARBETARE (sjukskivning och bemanningskostnad)</li> <li>Ledningssystemet; status och tillämplighet, riktighet och effektivitet (SOSFS 2011:9)</li> <li>Uppföljning av internkontrollplan 2016</li> <li>Dialog med bolag, föreningar och stiftelser</li> </ul>	Regiondirektör  Regionstabschef  Regionstyrelsen	Övriga informationer och avstämningar
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Månadsrapport per september</li> </ul>	Ekonomidirektör	Verksamhetsresultat
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Samverkan med kommunerna; SVOM och Barnarenan</li> <li>Arbetet med de Mest sjuka äldre</li> </ul>	Vårdstrateg  Förvaltningschef hälso- och sjukvårdsförvaltningen	Patient
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Attraktiv arbetsgivare</li> </ul>	Personaldirektör	Medarbetare
<b>12 december</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Regiondirektörens rapport</li> <li>AKTIVA MÅL fördjupning VERKSAMHETSRESULTAT (tillgänglighet och nettokostnadsutveckling)</li> <li>Regionstyrelsens internkontrollplan 2018</li> </ul>	Regiondirektör	Övriga informationer och avstämningar
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Månadsrapport per oktober</li> </ul>	Ekonomidirektör	Verksamhetsresultat
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patientnämndens verksamhet 2017</li> </ul>	Chef patientnämnden	Övriga informationer och avstämningar
	<ul style="list-style-type: none"> <li>LUP Sjukskrivningar</li> </ul>	Personaldirektör	Medarbetare
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tillgänglighetsråd och Pensionärsråd</li> </ul>	Regionstabschef	Övriga informationer och avstämningar



# Bilaga 1: Styrmodell

Politiker och tjänstemän inom Region Jämtland Härjedalen arbetar efter en gemensam styrmodell. Det innebär att det finns en enhetlig struktur för hur regionen ska styras och följas upp. Grundidén med styrmodellen är att det ska finnas en röd tråd från de övergripande politiska målen till genomförande på verksamhetsnivå. De förtroendevalda politikernas uppgifter är att ange mål, fördela resurser och följa resultaten i förhållande till visionen och de uppsatta målen.

## Styrdokument

För att genomföra och konkretisera politisk mål skapas olika styrdokument. De är viktiga utgångspunkter i styrmodellen och ska följas av alla verksamheter. Region Jämtland Härjedalen arbetar i huvudsak med följande styrdokument:

### *Länsövergripande styrdokument*

Regional utvecklingsstrategi, Mål för gemensam hälso- och sjukvårdspolitik 2014-2025, regionalt trafikförsörjningsprogram m.fl.

### *Styrdokument för Region Jämtland Härjedalen*

- **Policyer och strategier**, fastställs av regionfullmäktige. Revideras vid behov.
- **Långsiktiga utvecklingsplaner**, fastställs av regionfullmäktige och beskriver vad som ska genomföras under en 12-årsperiod. Revideras vart fjärde år.
- **Regionplan och Finansplan**, fastställs av regionfullmäktige och gäller för tre år. Revideras varje år.
- **Verksamhetsplaner med budget och uppföljningsplan för regionstyrelsen och nämnderna**, fastställs av respektive styrelse/nämnd och anmäls till regionfullmäktige. Gäller för ett år.

- **Regiondirektörens direktiv för förvaltningarnas verksamhetsplaner** fastställs av regiondirektören och anmäls till regionstyrelsen och vårdvalsnämnden. Gäller för ett år. Revideras varje år.
- **Förvaltningarnas verksamhetsplaner** fastställs av regiondirektören och anmäls till regionstyrelsen och vårdvalsnämnden. Gäller för ett år. Revideras varje år.
- **Övergripande handlingsplaner**, fastställs av regiondirektör eller berörd förvaltningschef. Kan ha olika löptider men revideras varje år.
- **Områdenas och enheternas verksamhetsplaner**, fastställs av närmast högre linjefe. Gäller för ett år.

## Planering och uppföljning

Förutom policyer och verksamhetsplaner utgör följande planeringsdokument underlag i regionens styrning:

- Planeringsförutsättningar
- Övergripande politiska inspel och prioriteringar
- Inspel från områden och förvaltningar
- Ekonomiska ramar
- Månadsrapporter, Tertialrapport, Delårsbokslut och Årsbokslut
- Uppföljningsplan med årsplanering för respektive styrelse och nämnd
- Behovsanalyser
- Enkät

# Bilaga 2 Mål och mätetal

## Samhälle

Strategiskt mål	Beskrivning	Målvärde 2017	Utgångsvärde				Källa
Förbättrad psykisk hälsa bland unga	Tillgänglighet, andel genomförda första besök. Barn och unga vuxna.	Inom 30 dagar		2014-12	2015-12	2016-10	ProDiver Rapport visas i Dive Port
			Total	saknas	58	66	
			Flickor	saknas	60	66	
			Pojkar	saknas	56	67	
			2015 omfattar 12 månader 2016 januari t.o.m. oktober.				
Minska sjukskrivningar	Minska sjukpenningtalet. Skillnaden till riksgenomsnittet för sjukpenningdagar ska minska med en dag till 2018, jämfört med år 2014.	2017: minska med 0,8 dagar	Sjukpenning talet	2014-12	2015-12	2016-08	ProDiver.
			Totalt Jämtland	12,4	13,8	13,2	
			Totalt riket	9,4	10,5	10,8	
			Differens	3,0	3,3	2,4	
			Kvinnor Jämtland	16,3	18,5	17,7	
			Kvinnor riket	12,2	13,7	14,2	
			Differens	4,1	4,8	3,5	
			Män Jämtland	8,6	9,4	8,9	
			Män riket	6,7	7,3	7,5	
			Differens	1,9	2,1	1,4	

Sjukpenningtalet är antalet nettodagar från sjuk- och rehabiliteringspenning dividerat med antalet inskrivna försäkrade minus antalet personer med hel sjuk- eller aktivitetsersättning. Sjukpenningtalet anger antalet dagar per person om alla sjukpenningdagar under ett år slås ut på alla försäkrade individer.

## Patient

Strategiskt mål	Beskrivning	Målvärde 2017	Utgångsvärde och senaste års resultat			Källa	
Patientsäker vård	Andel vårdskador ska minska. Mäts genom MJG, vilket innebär att minst 250 patientjournaler läses och så kallade markörer fångas upp. Se förklaring.	Minska jämfört resultat oktober 2016.		2014-12	2015-12	2016-10	Markörbaserad journalgranskning (MJG)
			Total	23 %	17 %	12 %	
Samarbete med kommunerna.	Minska återinskrivningar. Mätetalet visar oplanerade återinskrivningar oavsett orsak inom 30 dagar efter ett tidigare vårdtillfälle inom slutna vård. Urval, personer 65 år och äldre.	Lägre andel än 2014		2014-12	2015-12	2016-10	ProDiver Rapport visas i DivePort
			Total	18,9	17,8	19,0	
			Kv	17,0	16,1	18,6	
			män	20,8	19,5	19,4	

Markörbaserad journalgranskning (MJG) används i patientsäkerhetsarbetet på sjukhus- och klinikinivå. Vid strukturerad journalgranskning identifieras markörer i journaldokumentationen. En markör är en uppgift som tyder på att en skada kan ha inträffat. Nästa steg är att göra en bedömning av om något som inte var avsett har inträffat, dvs. om en skada har uppstått. Om en skada uppstått bedöms typ, allvarlighetsgrad av skadan och om skadan var undvikbar.

Återinskrivningar Visar hur hög *andel* av patienter som återinskrivs i slutna vård inom 30 dagar oavsett orsak. Resultaten i tabellen visar för åldersgrupperna 65 år och äldre. Det är dock möjligt att ta ut resultaten för alla åldersgrupper.

## Medarbetare

Strategiskt mål	Beskrivning	Målvärde 2017	Utgångsvärde och senaste års resultat		Källa
Minskade sjuktal	Sjukfrånvaron för medarbetare inom Region JH ska minska och komma närmare riksnittet för landsting och regioner i Sverige. Målvärdet 6,0 kan följas varje månad. Differensen till övriga landsting/ regioner efter helår.	6 %	2015-12-31: Total: 6,6 % Kvinnor: 7,4 % Män: 3,8 %	2016-08-31: Total: 6,5 % Kvinnor: 7,3 % Män: 3,6 %	Heroma DivePort Prodiver
Kompetens försörjning	Beroendet av bemanningsföretag ska minska.	2015 års nivå = 125,6 mkr	2015-12-31: 125,6 mkr	2016-08-31: 107,0 mkr	Prodiver

# Verksamhetsresultat

Strategiskt mål	Beskrivning	Målvärde 2017	Utgångsvärde och senaste års resultat			Källa																
God ekonomisk hushållning	Nettokostnadsförändringen minska	Nettokostnader får öka med högst 1,4 %.	2015-12-31: 5,5 %			Raindance																
<b>Effektiva processer</b>	<b>Vårdgarantin ska vara uppfylld.</b>	<b>0-7-90-90</b>																				
Effektiva processer	Primärvård: få kontakt samma dag.	100 % (0-an)	2014-12-31: 83,5 % (variation 61-100) 2015-12-31: 82 % (variation 66-100) 2016-08-31: 84 % (variation 65-100)			ProDiver Rapport visas i DivePort																
Effektiva processer	Primärvård: vid bedömt behov av läkarbesök ska detta erbjudas	100 % inom 7 dagar (7:an)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2014-12</th> <th>2015-12</th> <th>2016-10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total</td> <td>88 region 90 privat</td> <td>84</td> <td>84 %</td> </tr> <tr> <td>Kv</td> <td>Saknas</td> <td>84</td> <td>83 %</td> </tr> <tr> <td>män</td> <td>saknas</td> <td>84</td> <td>86 %</td> </tr> </tbody> </table>				2014-12	2015-12	2016-10	Total	88 region 90 privat	84	84 %	Kv	Saknas	84	83 %	män	saknas	84	86 %	Pro Diver Rapport visas i Dive Port
	2014-12	2015-12	2016-10																			
Total	88 region 90 privat	84	84 %																			
Kv	Saknas	84	83 %																			
män	saknas	84	86 %																			
Effektiva processer	Specialiserad vård: andel genomförda första besök.	100 % inom 90 dagar (90)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2014-12</th> <th>2015-12</th> <th>2016-10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total</td> <td>85</td> <td>73</td> <td>69</td> </tr> <tr> <td>Kv</td> <td>87</td> <td>73</td> <td>68</td> </tr> <tr> <td>män</td> <td>84</td> <td>73</td> <td>71</td> </tr> </tbody> </table> <p>2014 mätningen avser åtta månader. 2015 omfattar 12 månader. 2016 t.o.m. 12 oktober.</p>				2014-12	2015-12	2016-10	Total	85	73	69	Kv	87	73	68	män	84	73	71	ProDiver Rapport visas i DivePort
	2014-12	2015-12	2016-10																			
Total	85	73	69																			
Kv	87	73	68																			
män	84	73	71																			
	Specialiserad vård: andel genomförda åtgärder/ behandlingar.	100 % inom 90 dagar (90)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2014-12</th> <th>2015-12</th> <th>2016-10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total</td> <td>saknas</td> <td>70</td> <td>69</td> </tr> <tr> <td>Kv</td> <td>saknas</td> <td>68</td> <td>68</td> </tr> <tr> <td>män</td> <td>saknas</td> <td>73</td> <td>71</td> </tr> </tbody> </table>				2014-12	2015-12	2016-10	Total	saknas	70	69	Kv	saknas	68	68	män	saknas	73	71	ProDiver Rapport visas i Dive Port
	2014-12	2015-12	2016-10																			
Total	saknas	70	69																			
Kv	saknas	68	68																			
män	saknas	73	71																			



15

Analys av regionens ekonomi och styrning

RS/785/2017

2017-08-21

Ingela Jönsson  
Tfn: 063-14 77 62  
E-post: ingela.jonsson@regionjh.se

RS/785/2017

## **Analys av regionens ekonomi och styrning**

### **Ärendebeskrivning**

Regionstyrelsens ordförande kontaktade Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, för samtal om hur en liten region med svag skattekraft ska klara att finansiera sin egen välfärd. SKL föreslog att SKL i ett första steg gör en standardanalys av regionens ekonomi och styrning, utan krav på ersättning. Den grundläggande idén bakom analysen var att arbeta fram en översiktlig analys av nuläget och de framtida ekonomiska förutsättningarna. Denna kan sedan utgöra en plattform för regionens fortsatta utvecklingsarbete. Den kan också tjäna som underlag för fortsatt diskussion av ytterligare stöd av SKL. Resultatet av analysen presenterades i form av en powerpointpresentation dels till regionstyrelsen 2017-06-20 och senare under dagen till regionfullmäktige.

Regionstyrelsen beslutade efter SKLs presentation § 168 att ge regiondirektören i uppdrag att utifrån den analys som SKL presenterat göra fördjupade analyser tillsammans med SKL och återkomma till regionstyrelsen i augusti och presentera analyserna och förslag till åtgärder med anledning av analyserna.

Regiondirektören har tillsammans med en utsedd analysgrupp inom regionen gjort vissa kompletterande analyser. Tillsammans med representanter från SKL har ett första analysprogram tagits fram för det fortsatta analysarbetet. Det fortsatta arbetet kommer att kunna innebära att ytterligare frågeställningar kommer att behöva analyseras. Summering av höstens analysarbete kommer att ske vid regionstyrelsens möte i december.

### **Regiondirektörens förslag**

1. Frågeställningarna i regiondirektörens förslag till analysprogram godkänns.
2. Regiondirektören ska löpande redovisa till regionstyrelsen de olika delarna i analysprogrammet.

I tjänsten

Ingela Jönsson  
Tf Regiondirektör

Utdrag till

SKL, Lennart Hansson och Roger Mohlin

2017-08-21

## Fördjupning utifrån SKLs analys av Region Jämtland Härjedalen

Regionstyrelsens ordförande kontaktade i april 2017 Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, för samtal om hur en liten region med svag skattekraft ska klara att finansiera sin egen välfärd. SKL föreslog att SKL i ett första steg gör en standardanalys av regionens ekonomi och styrning, utan krav på ersättning. Den grundläggande idén bakom analysen är att arbeta fram en översiktlig analys av nuläget och de framtida ekonomiska förutsättningarna. Denna kan sedan utgöra en plattform för regionens fortsatta utvecklingsarbete. Den kan också tjäna som underlag för fortsatt diskussion av ytterligare stöd av SKL. Regionstyrelsen godkände detta 2017-04-18 § 79.

Analysen presenterades i form av en powerpointpresentation dels till regionstyrelsen och dels till regionfullmäktige 2017-06-20. Då beslutade också regionstyrelsen § 168 att ge regiondirektören i uppdrag att utifrån den analys som SKL presenterade göra fördjupade analyser tillsammans med SKL och återkomma till regionstyrelsen i augusti och presentera analyserna och förslag till åtgärder. Analyser och förslag till åtgärder ska i första hand inriktas på att minska kostnader för den specialiserade sjukhusvården.

Regiondirektören tillsatte i juni 2017 en analysgrupp som består av följande personer:

- Roland Ylander - ekonomstrateg och regionens KPP-ansvarige - ingår i SKLs nätverk för KPP och controllernätverket
- Annika Jonsson - utredare/projektledare och analyserare (ekonom)
- Jennie Eriksson - chefscontroller (ekonom)
- Annica Sörensdotter – personaldirektör
- AnnaKerstin Lejonklou - kontaktperson för öppna jämförelser och andra kvalitetsjämförelser
- Anna-Karin Andersson - hälso- och sjukvårdssamordnare, är hälso- och sjukvårdsdirektörens högra hand och erfaren verksamhetsutvecklare inom sjukhuset
- Ingela Jönsson sammankallande för gruppen och leder analysarbetet i rollen som Planeringschef och chef för Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen.

Under sommaren har regionens KPP-ansvarige tagit fram:

- dels sammanställningar av olika produktionsuppgifter på uppdrag av ekonomiutskottet,
- och dels selekterat fram information ur KPP för 2016 där Östersunds sjukhus jämförs med länssjukhusen i Sunderbyn, Sundsvall, Gävle, Kalmar, Karlstad och Södra Älvsborg.



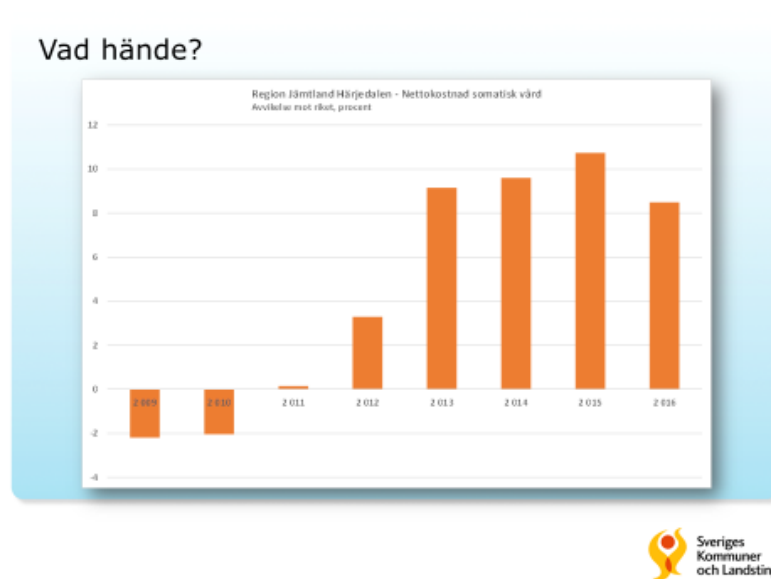
2017-08-21

Med SKLs analys och sommarens KPP-underlag träffades analysgruppen och representanter från SKLs analysgrupp den 15 augusti 2017. Från SKL deltog:

- Fredrik Westander, utredare, Avdelningen för vård och omsorg och ansvarig för SKLs arbete med Öppna Jämförelser, Vården i siffror mm
- Jonas Eriksson, ekonom, Avdelningen för ekonomi och styrning och ansvarig för analyser utifrån räkenskapssammandragen mm
- Anna Häggqvist, samordnare, Avdelningen för ekonomi och styrning, jobbar med bl a controllernätverket och Ekonomidirektörsnätverkets KPP-baserade benchmarkingprojekt.

## Diskussionerna ledde fram till följande första analysobjekt:

### 1. Utvecklingstakten – Nettokostnad somatisk vård – avvikelse mot riket i procent – Bild 105 i SKLs analys



#### Analysfrågeställningar:

- Kan utvecklingstakten brytas ner per verksamhet dvs medicin, kirurgi, ortopedi, barn, kvinna? - och jämföras med andra sjukhus?
- Kan utvecklingstakten för diagnostikverksamheterna brytas ut? - och jämföras med andra sjukhus?

#### Vem gör? + tidplan:

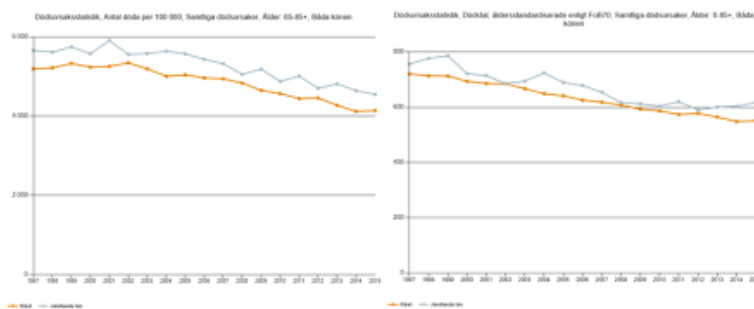
- SKL undersöker vilken info de har, d.v.s. om deras uppgifter i ovanstående bild har detaljer att lyfta fram – Klart 15 september  
SKL undersöker info om medicinsk service i t ex Nysam eller liknande – Klart 15 september
- Regionens analysgrupp tar fram ett faktpaket per område med
  - Produktionsutvecklingen (Rolands uppgifter)
  - Personalkostnadsutveckling, kronor och arbetade timmar för olika yrkeskategorier (Annika, Anna-Karin tar fram)

2017-08-21

- Hyrpersonalkostnadsutveckling, kronor och timmar (Annika, Roland tar fram)
- Ovanstående för 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 jan-juni
- Klart 15 september
- Faktapaketen analyseras av respektive områdeschef för att söka förklaringar till utvecklingen - Klart 30 oktober.
- Åtgärdsanalys – d.v.s. kan utvecklingen vändas? Fokus på antal vårdplatser – kan antalet minska eller organiseras på ett personaleffektivare sätt?  
HS-direktören ansvarig – workshop med områdescheferna när faktaanalysen ”hemmavid” är gjord. – Klart december.

## 2. Hög dödlighet = högre ohälsa o högre sjukdomsförekomst. Spåra orsaken! Bild 16 i SKL-analysen

### Antal döda per 100 000 inv 65 år och äldre samt åldersstandardiserat



Den högre (oberoende av ålder) dödligheten i Jämtland är en indikator på ohälsa & högre sjukdomsförekomst, men vi har svårt spåra den i (viss) diagnosbaserad statistik. Se kommande bilder.



#### Analysfrågeställningar:

Kan dödsorsaksregistret ge mer information?

#### Vem gör? + tidplan:

SKL (Fredrik) är bollplank till analysgruppen kring vilken data som kan finnas och hur den ska tolkas. Klart 30 september.

### 3. Fördjupning av analyserna kring polikliniseringen. Bild 35 i SKL-analysen

Egen vårdplatskapacitet per 1000 inv: RJH ungefär som riket, men högre för kirurgisk vård. Därtill har RJH hög andel köpt vård, vilket bör påverka tolkningen. Vårt studera.

Tabell V 30 Genomsnittligt disponibla vårdplatser<sup>1)</sup> per 1000 invånare efter medicinsk huvudgrupp 2015

Huvudgrupp <sup>2)</sup>	Specialiserad sömavsk vård	vård				Specialiserad psykiatrisk vård	Summa specialiserad vård	Primär- vård	Totalt
		Medicinsk korttidsvård	Kirurgisk korttidsvård	Geriatrisk vård	Övrig <sup>3)</sup> vård				
Stockholm	1,98	0,78	0,56	0,42	0,12	0,44	2,31	-	2,31
Uppsala	2,25	1,06	0,99	0,15	0,08	0,35	2,61	-	2,61
Sjösås	1,85	0,99	0,14	-	1,42	0,76	2,42	-	2,42
Östergötland	1,85	0,85	0,85	0,09	0,08	0,37	2,24	-	2,24
Jämsjöping	2,11	0,95	0,81	0,34	-	0,42	2,52	-	2,52
Kronoberg	2,05	1,15	0,80	0,59	-	0,88	2,93	-	2,93
Kalmar	2,32	1,12	0,91	0,15	0,14	0,42	2,74	-	2,74
Blekinge	2,37	1,31	0,90	0,13	0,03	0,29	2,66	-	2,66
Söder	1,89	1,11	0,79	0,82	0,07	0,39	2,28	-	2,28
Hälsjö	1,84	0,95	0,75	-	0,11	0,27	2,11	0,03	2,13
Västra Götaland	1,97	1,01	0,80	0,10	0,08	0,48	2,45	-	2,45
Värmland	2,00	1,18	0,82	-	-	0,37	2,37	-	2,37
Örebro	2,09	1,08	0,87	0,10	0,04	0,42	2,51	-	2,51
Västmanland	1,95	1,15	0,83	0,59	0,07	0,48	2,41	-	2,41
Blekinge	2,14	1,03	0,78	0,28	0,13	0,47	2,60	-	2,60
Gästrik	1,91	1,08	0,82	0,05	-	0,29	2,07	0,05	2,13
Västernorrland	1,89	1,25	0,14	-	-	0,75	2,78	-	2,78
Jämtland	2,04	1,05	0,95	-	-	0,38	2,42	0,05	2,49
Västervik	2,44	1,25	0,81	0,29	0,05	0,39	2,83	0,11	2,94
Norrbo	2,08	0,78	-	-	0,05	0,47	2,55	0,13	2,68
Göteborg	2,33	1,53	0,88	-	-	0,23	2,56	-	2,56
TOTALT	1,97	0,87	0,71	0,17	0,13	0,44	2,41	0,01	2,42

1) Räknytt per sjuksäng till all löp- och försäljning förekommer mellan landstingsregioner.  
2) Inaktiva enheter bedrivs i landstingsregioner som drivs av andra vårdgivare.  
3) Övriga korttidsvård samt övrig sjukvård.



#### Analysfrågeställningar:

- Vad är det andra polikliniserat som vi ännu inte gjort? Finns något exempel på landsting/region med bra nivå av poliklinisering, trots långa avstånd? Argumentet emot poliklinisering här är oftast långa avstånd och risk för patienten om hen får komplikationer - att inte hinna till vården - om behov av hjälp skulle uppstå.

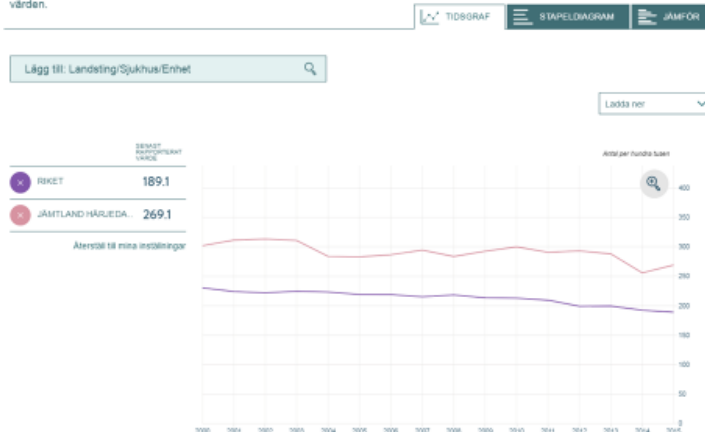
#### Vem gör? + tidplan:

SKL (Fredrik) är bollplank till analysgruppen kring vilken data som kan finnas och hur den ska tolkas. Klart 30 september.

### 4. Hög förekomst av höftfrakturer – vad beror det på? Bild 23 i SKL analysen

#### Förekomst av höftfraktur

Antal patienter med höftfraktur per 100 000 invånare. Ej åldersstandardiserade värden.



Analysfrågeställningar:

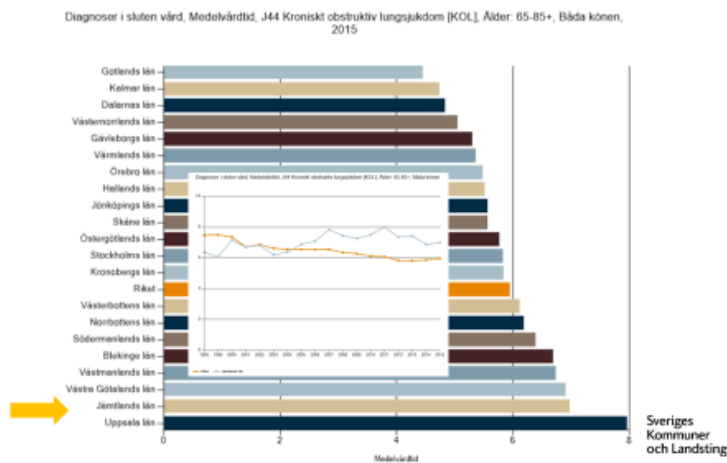
- Varför ligger Jämtland Härjedalen hela 2000-talet så markant över riket när det gäller just höftfrakturer? Hur påverkas detta av att vi är sena att införa osteoporos-läkemedelsbehandling? Reoperationsgrad?

Vem gör? + tidplan:

Regionen och kommunerna har tillsammans i SVOM (samarbetsorgan) beslutat om en analys av just orsaker till höftfrakturerna som ska återredovisas till SVOM i höst. (Anna-Kerstin). Klart 30 november

**5. Långa vårdtider för KOL-patienterna, varför? Bild 45 i SKLanalysen**

**Medelvårdtid – slutenvård vid KOL. RJH lång vårdtid; har påverkan på KPP-kostnaden.**



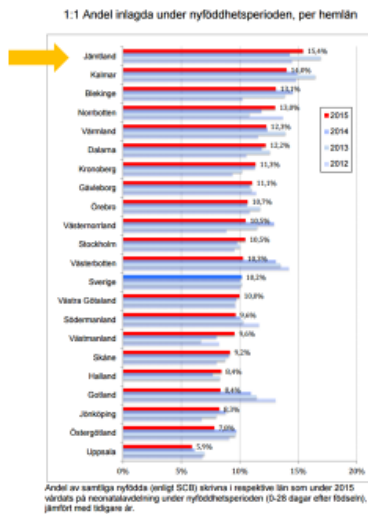
Analysfrågeställningar:

- Varför har Region Jämtland Härjedalen längsta vårdtiderna när det gäller KOL? Hur har andra organiserat denna vård? Hur går arbetet med att följa nationella riktlinjerna för KOL?

Vem gör? + tidplan:

Områdeschef, MLA och MLU för KOL bör kunna förklara. Klart 30 september

## 6. Överkapacitet på neonatalvården? Bild 71 i SKLanalysen



### Andel levande födda barn som vårdas i neonatalvård

Jämtland har påtagligt hög andel. Överkapacitet eller annan förklaring?

Kostnadseffekter?



SNQ  
Neonatalvårdens omfattning  
och resultat år 2015



Sveriges  
Kommuner  
och Landsting

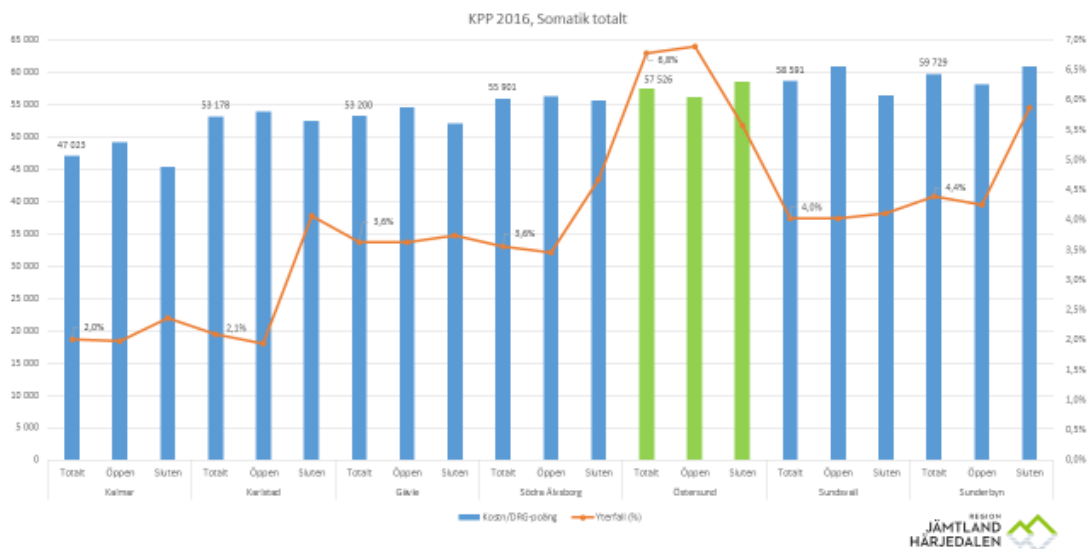
### Analysfrågeställningar:

- Varför har Region Jämtland Härjedalen hög andel neonatalvård? Innebär det överkapacitet? Säljer vi platser till andra?

### Vem gör? + tidplan:

Områdeschef och MLU för neonatalvården bör kunna förklara. Klart 30 september

## 7. Varför har Östersunds sjukhus så hög andel ytterfall 2016? Bild 1 i KPPanalysen



2017-08-21

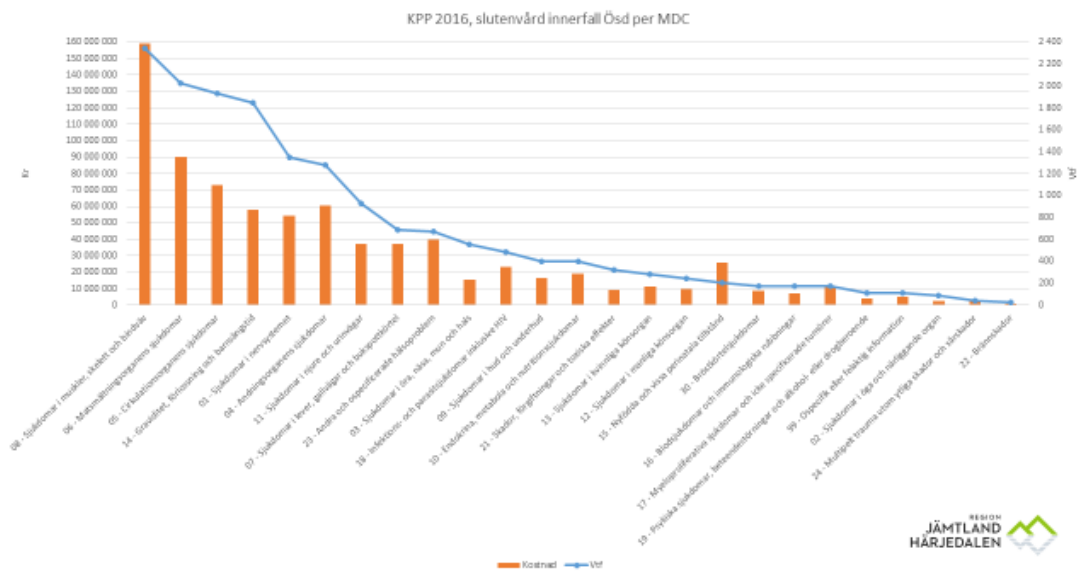
**Analysfrågeställningar:**

Kan ytterfallen analyseras vidare genom t ex kontroller av registreringskvalitet och journalgranskningar?

**Vem gör? + tidplan:**

Analysgruppen funderar vidare på hur analyserna bäst kan ske. Klart 30 november.

**8. Fördjupad analys av tre olika MDC för slutenvård. Bild 12 i KPP-analysen**



**Analysfrågeställningar:**

Kan informationen i MDC 8- sjukdomar i muskler, skelett och bindväv, MDC 6 - matsmältningsorganens sjukdomar och MDC 14 - graviditet, förlossning och barnsängstid brytas ner i diagnosgrupper för att se om något sticker ut vid jämförelse med de andra sjukhusen och analyseras vidare genom t ex kontroller av registreringskvalitet och journalgranskningar? Kan informationen bytas ner till regionens organisatoriska delar? Kan info om vad det är som är dyrare tas fram t ex andel personalkostnader av totalkostnaden och jämföra med de andra valda sjukhusen?

**Vem gör? + tidplan:**

Roland fortsätter nedbrytningen så långt han kommer i dialog med analysgruppen och Anna, Jonas och Fredrik från SKL.

SKL (Anna, Jonas) undersöker vilka detaljer som SKL kan bistå med.

Klart 15 oktober för att kunna vara underlag som områdescheferna analyserar i analysobjekt 1 ovan.

2017-08-21

### **9. Personalkostnader, bemanningsmål och utbildningsuppdrag. Vad kan vi lära av andra och nationell statistik?**

#### Analysfrågeställningar:

- Finns det information i personalboksluten från de andra landstingen vars sjukhus vi jämför oss med som kan ge uppslag och värdefull kunskap?
- Finns det nationell statistik kring dessa frågor som är intressanta?
- Utbildningsuppdraget och forskningsuppdraget som all hälso- och sjukvård har - går det analysera hur mycket det kostar och om vi har större eller mindre kostnader för vårt sätt att utföra det? Går det få fram per utbildningskategori?

#### Vem gör? + tidplan:

Annica S tar fram personalboksluten från de landsting/regioner vi jämför med i KPP-analysen. Skicka ut till analysgruppen för fortsatt diskussion. Klart 30 oktober.

SKL (Anna, Jonas och Fredrik) ger oss tips på vilken nationell information som kan vara intressant. Klart 15 september.

### **10. Analys av fullsortimentssjukhus och nivåstrukturering. Hur kan analyser göras?**

#### Analysfrågeställningar:

SKL frågar i sammanfattningen av sin analys: "Kan ett så litet landsting ha ett fullsortimentslänsjukhus? Nivåstrukturering." Vad betyder detta? Hur kan analyser göras kring "smala" specialiteter som skulle kunna köpas istället för produceras?

#### Vem gör? + tidplan:

Fredrik ska undersöka om SKL kan ge ytterligare ledtrådar kring detta, och om det finns statistik som går använda kring analys av "smala" specialiteter. Klart 30 oktober.

**Slutsatser av ovanstående 10 analysobjekt ska återredovisas till regionstyrelsen i december 2017.**

I tjänsten

Ingela Jönsson



16

Svar på initiativärende från Thomas  
Andersson (C) om Fullmäktiges beslut om  
anmärkning för regionstyrelsen

RS/1292/2017



2017-08-21

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

RS/1292/2017

## **Svar på Thomas Anderssons initiativärende angående regionfullmäktiges anmärkning mot regionstyrelsen för verksamheten år 2016.**

### **Ärendebeskrivning**

Thomas Andersson har i ett initiativärende tagit upp frågan om hur regionstyrelsen formellt ska hantera anmärkningen som regionfullmäktige riktat mot styrelsen för 2016 års verksamhet och styrning.

Enligt 5 kap. 25 a § kommunallagen (KL) ska fullmäktige vid ett sammanträde före utgången av juni månad året efter det år som revisionen avser besluta om ansvarsfrihet ska beviljas eller vägras. Beslutet skall motiveras om det inte är uppenbart obehövligt.

Om revisorerna enligt 9 kap. 17 § KL riktat anmärkning mot en nämnd eller en fullmäktigeberedning eller mot enskilda förtroendevalda i sådana organ, ska fullmäktige besluta om anmärkningen även skall framställas från fullmäktiges sida. Beslutet skall motiveras.

Fullmäktige får rikta anmärkning även om revisorerna inte gjort det. Beslutet skall motiveras.

Enligt 5 kap. 25 b § KL får fullmäktige, om ansvarsfrihet vägras, besluta att skadeståndstalan ska väckas. Talan som inte grundas på brott ska väckas inom ett år från det att beslutet om vägrad ansvarsfrihet fattades. Annars är rätten till sådan talan förlorad.

Kommunallagen har inga andra sanktioner föreskrivna än ovan nämnda bestämmelse i 5 kap 25 b § KL samt bestämmelsen i 4 kap 10 § KL om återkallande av uppdraget. Dessa reglerar bara handlingsutrymme vid vägrad ansvarsfrihet. Vid riktad anmärkning finns inga sanktionsmöjligheter.

Enligt 5 kap. 31 § KL gäller att fullmäktige får behandla revisionsberättelsen utan föregående beredning. Fullmäktige ska dock inhämta förklaring över

1. anmärkning som framställts i revisionsberättelsen, och
2. revisorernas uttalande att ansvarsfrihet inte tillstyrks.

Uppdrag i styrelse och nämnder är förtroendemammauppdrag och bygger på förtroende från fullmäktige. Att vägra ansvarsfrihet eller rikta anmärkning mot styrelse, nämnd eller förtroendevald grundar sig på att fullmäktige har någon form av misstroende mot vederbörande.

Genom regionfullmäktiges beslut i april 2017 om att ge regionstyrelsen anmärkning för 2016 års verksamhet har fullmäktige färdigbehandlat frågan om anmärkning. Fullmäktige har inte möjlighet att företa några efterföljande åtgärder eftersom sådana inte finns. Regionstyrelsen och de förtroendevalda har fått komma till tals i ärendet genom sina förklaringar.

Några formella krav på styrelsen att behandla frågan om anmärkning mot styrelsens verksamhet för år 2016 efter det att fullmäktige avgjort frågan finns inte.

Regionstyrelsen tar dock allvarligt på den kritik som revisorerna framför och på den anmärkning som fullmäktige gett för år 2016.

Regionstyrelsen har under 2017 ändrat sina arbetssätt. T ex har finansplan och regionstyrelsens egen verksamhetsplan reviderats, budgetdialog genomfördes redan i mars med workshop med områdescheferna, hjälp har hämtats från SKL för att förstärka analysförmågan och regionstyrelsens presidium har själva besökt områdenas ledningsgrupper för att lyssna in situationen och förstärka behovet av snabba och kraftfulla åtgärder.

### Regiondirektörens förslag

Thomas Anderssons initiativärende är besvarat.

I tjänsten

Ingela Jönsson  
Tf regiondirektör

### Utdrag till

Thomas Andersson (C)

Initiativärende till Regionstyrelsen i region Jämtland Härjedalen

2017-05-31

Angående Fullmäktiges beslut om anmärkning för regionstyrelsen

Regionfullmäktige beslöt i april att ge styrelsen anmärkning för 2016 års verksamhet och styrning. Detta är mycket allvarligt och jag lämnar därför detta initiativärende till styrelsen för att vi formellt ska hantera denna anmärkning. Vid styrelsen 2-3 maj väckte jag frågan vid sammanträdet början och fick då besked att detta skulle hanteras vid styrelsen 30-31 maj. Nu finns inget ärende i denna fråga, varför jag lämnar detta initiativärende.



Thomas Andersson, Centerpartiet



17

Uppföljning naturunderstödd  
rehabilitering - lägesrapport

RS/1126/2016

2017-08-16

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

RS/1126/2016

## **Naturunderstödd rehabilitering - lägesrapport**

### **Ärendebeskrivning**

I en motion till regionfullmäktige 2015 föreslog Berit Johansson (C) och Mats Gärd (C) att Grön rehabilitering ska finnas med och erbjudas som rehabiliteringsform och behandlingsmetod inom Region Jämtland Härjedalen, på liknande sätt som den konventionella rehabiliteringen.

Som svar på motionen beslutade regionfullmäktige i april 2016, §72, att ge regionstyrelsen i uppdrag att utreda evidensen och förutsättningarna för att införa naturunderstödd rehabilitering som rehabiliteringsform och behandlingsmetod och återkomma med ett förslag till november 2016. Den 23 november 2016 fick regionstyrelsen i uppdrag av regionfullmäktige att kontakta Samordningsförbundet i Jämtlands län för att inleda dialogen om ett projekt kring Grön rehabilitering i Jämtlands län.

Samtidigt har tackat ja till att samordna arbetet kring att utveckla formerna för Naturunderstödd rehabilitering i Jämtlands län och en arbetsgrupp har bildats för att driva på arbetet. För att få finansiering till projektet söks forskningsmedel tillsammans med Mittuniversitetet.

En lägesrapport med beskrivning av pågående arbete har upprättats och delges regionstyrelsen.

### **Regiondirektörens förslag**

Lägesrapport om arbetet med Naturunderstödd rehabilitering i Jämtlands län läggs till handlingarna.

I tjänsten

Ingela Jönsson  
Tf Regiondirektör

Carsten Dencker  
Chef Hälso- och sjukvårdspolitiska avd

Utdrag till

Processledare sjukskrivningsprocessen

Karin Jonsson  
Hälsa- och sjukvårdspolitiska avdelningen  
Tfn: 063-15 31 87  
E-post: karin.jonsson@regionjh.se

2017-08-16

## **Naturunderstödd rehabilitering (NUR), aktuellt läge augusti 2017**

I en motion till regionfullmäktige 2015 föreslog Berit Johansson (C) och Mats Gärd (C) att Grön rehabilitering ska finnas med och erbjudas som rehabiliteringsform och behandlingsmetod inom Region Jämtland Härjedalen, på liknande sätt som den konventionella rehabiliteringen.

Naturunderstödd rehabilitering bygger på forskningsbaserad kunskap om naturens och trädgårdens läkande inverkan. Upplevelser i naturen och aktiviteter i trädgården kan ge gynnsamma effekter på olika hälsotillstånd. Vistelse i naturen, parker och trädgårdar förbättrar koncentrationsförmågan och minskar stress, värk och trötthet. Behandlingen riktar sig främst till personer med psykisk ohälsa, orsakat av stressrelaterade problem.

Regionfullmäktige beslutade i april 2016 att ge regionstyrelsen i uppdrag att utreda evidensen och förutsättningarna för att införa naturunderstödd rehabilitering som rehabiliteringsform och behandlingsmetod och återkomma med ett förslag till november 2016. Den 23 november 2016 fick regionstyrelsen i uppdrag av regionfullmäktige att kontakta Samjamt (Samordningsförbundet i Jämtlands län) för att inleda dialogen om ett projekt kring Grön rehabilitering i Jämtlands län.

Samjamt har tackat ja till att samordna arbetet kring att utveckla formerna för Naturunderstödd rehabilitering i Jämtlands län och en arbetsgrupp har bildats för att driva på arbetet med att verkställa regionfullmäktiges beslut.

Inledande möten har hållits med representanter från Primärvården, Psykiatrin, Mittuniversitetet, Samordningsförbundet och Processledningen för sjukskrivningsprocessen. Vid mötet diskuterades uppdragets innehåll och syfte, målgrupp samt behovet av en inledande kunskapsuppbyggnad.

### **Forskningsansökan AFA**

Inga särskilda medel har avsatts inom Region Jämtland Härjedalen för arbetet med naturunderstödd rehabilitering. För att få finansiering till projektet söks forskningsmedel tillsammans med Mittuniversitetet. Om forskningsanslag erhålls kommer projektet att kunna genomföras för en större grupp patienter med forskning på process och resultat, med jämförande kontrollgrupper. Om inga forskningsmedel erhålls får projektet genomföras i liten skala med Regionens egna resurser och utan stöd av Mittuniversitetet.

En första forskningsansökan till Forte avslogs under våren och arbete pågår nu för att lämna en ny forskningsansökan till AFA avseende naturunderstödd rehabilitering. Patrick Millet, Mittuniversitetet, är forskningsansvarig i projektet. Forskningsansökan ska inlämnas senast den 20 augusti. Mittuniversitet står bakom ansökan och Region Jämtland Härjedalen lämnar ett "Letter of intent" där det framgår att primärvården kommer att medverka i rekryteringsarbetet genom att rekommendera personer naturunderstödd rehabilitering.

Beslut ges tidigast i december, men troligast i slutet av januari 2018. Vid positivt besked kan verksamhet och forskning starta i april månad 2018 med varaktighet under två år.

Upplägget i projektansökan är ett antal grupper i trädgårdsmiljö med verksamhet 3-5 timmar per dag, fem dagar i veckan under 12-14 veckor. Grupperna består av 5-8 deltagare, vilket ger ca 50 deltagare totalt under en tvåårsperiod. Det kommer att finnas två kontrollgrupper varav en grupp tar del av ordinarie vårdutbud och den andra inte nyttjar någon behandling alls.

Det är viktigt att trädgården är designad så att det finns en lugnande miljö med plats för vila och avskildhet. Dialog har förts med Torsta om lämplig lokal och bemanning men de kan inte husera projektet utifrån att de har eget LEADER-projekt som också omfattas av odling. Samtal har inletts med annan trädgård i Östersundsområdet och bedömningen är att fungerande trädgårdsmiljö ska kunna finnas tillgänglig vid projektstart. Två resurspersoner ska finnas för deltagarna, en trädgårdskunnig och en person som ska samordna deltagarnas introduktion, planering, uppföljning av plan samt avslut inklusive övergång till arbetsprövning.

### Seminarieserie

Det finns ett behov av inledande kunskapsuppbyggnad och samsyn hos berörda aktörer inför försöket med naturunderstödd rehabilitering, inte minst hos behandlingsansvariga inom hälso- och sjukvården. Fokus för insatsen ska vara återgång i arbete eller annan sysselsättning, inte enbart ökat välbefinnande. Att tydliggöra detta är viktigt för inblandade parter.

En seminariserie planeras med stöd av Mittuniversitetet och verksamma inom psykiatri och primärvården. Syftet med seminarieserien är att beskriva nuläge för sjuktalen i länet, att berätta hur samarbetet i STR-modellen (samordnad tidig rehabilitering) är tänkt att fungera samt att öka den teoretiska kunskapen om arbetshälsa och rehabilitering. Naturunderstödd rehabilitering presenteras med tyngdpunkt på resultat och praktisk erfarenhet ifrån Göteborg och Alnarp, och då företrädesvis med representation från både hälso- och sjukvården och arbetsgivarsidan.

Seminarieserien planeras till januari-mars 2018, med tre olika sammankomster. Seminarieserien blir en naturlig del i forskningsarbetet och lever även upp till AFAs krav på att ett lärande ska ske under forskningsarbetets gång.

Oavsett om det blir ett positivt beslut ifrån AFA eller inte så behövs en kunskapsuppbyggande seminariserie för berörda parter inför projektet med naturunderstödd rehabilitering. Det känns särskilt viktigt att skapa en god dialog med



primärvårdens psykosociala enheter, kommunernas socialtjänst och länets större arbetsgivare.

#### Att beakta i det fortsatta arbetet

Från hälso- och sjukvården har framkommit synpunkter på begreppet grön- eller naturunderstödd rehabilitering, att man saknar en klar definition. En annan synpunkt som lyfts är att Regionen istället för trädgård borde kunna nyttja den vilda naturen som läkande rum, exempelvis ordinera skogspromenader. Att bli tydligare i vad som avses med naturunderstödd rehabilitering och de goda resultat som forskningen kan visa på blir ett åtagande för de som arbetar med projektet.

Detsamma gäller diskussionen om de olika alternativ som finns för naturunderstödd rehabilitering. Forskning visar att en kontrollerad, planerad grön miljö krävs för vissa tillstånd - så att man kan känna trygghet. Detta talar för trädgårdsalternativet. För andra grupper och sjukdomstillstånd kan den fria naturen vara en bra miljö att vistas i.

Att kunna behålla båda dessa perspektiv i det kommande arbetet känns angeläget.

Karin Jonsson

Processledare Sjukskrivningsprocessen

§187

## **Utredning om förutsättningarna för att införa naturunderstödd rehabilitering som rehabiliteringsform och behandlingsmetod (RS/1126/2016)**

### **Sammanfattning**

I en motion till regionfullmäktige föreslår Berit Johansson (C) och Mats Gärd (C) att Grön rehabilitering ska finnas med och erbjudas som rehabiliteringsform och behandlingsmetod inom Region Jämtland Härjedalen, på liknande sätt som den konventionella rehabiliteringen.

Regionfullmäktige beslutade i april 2016 att motionen skulle anses besvarad och gav regionstyrelsen i uppdrag att utreda evidensen och förutsättningarna för att införa naturunderstödd rehabilitering som rehabiliteringsform och behandlingsmetod och återkomma med ett förslag till november 2016.

Naturunderstödd rehabilitering bygger på forskningsbaserad kunskap om naturens och trädgårdens läkande inverkan. Upplevelser i naturen och aktiviteter i trädgården kan ge gynnsamma effekter på olika hälsotillstånd. Vistelse i naturen, parker och trädgårdar förbättrar koncentrationsförmågan och minskar stress, värk och trötthet. Även djur kan ha viktiga hälsofrämjande effekter genom att inge lugn och välbefinnande genom de fysiologiska processer som sätts igång. Behandlingen riktar sig främst till personer med psykisk ohälsa, orsakat av stressrelaterade problem.

Naturunderstödd rehabilitering har en kort historia som modern behandlingsform i Sverige. På Sveriges lantbruksuniversitet SLU påbörjade Alnarps rehabiliteringsträdgård sin verksamhet år 2002. SLU Alnarp är genom sin forskning ledande inom ämnesområdet naturbaserad vård och rehabilitering.

Undersökning visar att det finns forskning som styrker att Grön rehabilitering kan ge goda resultat vid rehabilitering av både stressrelaterad ohälsa och andra sjukdomstillstånd. Idag tillämpas inte Grön Rehabilitering som behandlingsmetod inom Region Jämtland Härjedalen.

Hälso- och sjukvården inom Region Jämtland Härjedalen använder sedan många år de behandlingsformer för rehabilitering som rekommenderas av Socialstyrelsen och definieras i SBU:s rapport Rehabilitering vid långvarig smärta. Behandlingsformerna är väl etablerade och statliga medel har under året riktats till dessa behandlingar för en ökad volym så att fler individer ska få tillgång till vård. Som komplement till dessa behandlingsformer finns även möjligheten att förskriva Fysisk aktivitet på recept.

SBU konstaterar att det idag inte finns tillräcklig forskning som styrker att Grön Rehab skulle vara effektivare som behandlingsmetod än andra beprövade metoder. Forskning som jämför

effekten av Grön rehabilitering med andra behandlingsmetoder saknas.

Att införa en ny behandlingsmetod tar stora resurser i anspråk, såväl av vårdpersonal som ekonomiskt. Med nuvarande ekonomiska situation i regionen och det pressade bemanningsläge som Primärvården befinner sig i är det svårt att finna de resurser som skulle krävas för att införa Grön rehab som behandlingsmetod.

Det finns tidigare exempel i landet där Samordningsförbundet drivit frågan och utvecklat Grön Rehab som metod, för att sedan överlämna till landstinget/regionen som ordinarie behandlingsform. Kontakter bör därför tas med Samordningsförbundet i Jämtlands län för att utröna om de skulle kunna leda och finansiera ett projekt som utvecklar formerna för Grön rehabilitering i Jämtlands län.

### Förslag till beslut

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Regionstyrelsen får i uppdrag att kontakta Samordningsförbundet för att inleda dialog om ett projekt kring Grön rehabilitering i Jämtlands län.

-----  
Ann-Marie Johansson (S), Mats Gärd (C), Berit Johansson (C), Monalisa Norrman (V), Anna Hildebrand (MP) och Jonny Springe (S) yrkar bifall till regionstyrelsens förslag.

### Beslut

Regionstyrelsen får i uppdrag att kontakta Samordningsförbundet för att inleda dialog om ett projekt kring Grön rehabilitering i Jämtlands län.

### Expedieras till

Chef hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen

### Beslutsunderlag

- §229 Regionstyrelsen Utredning om förutsättningarna för att införa naturunderstödd rehabilitering som rehabiliteringsform och behandlingsmetod
- Rapport Utredning om förutsättningarna för att införa naturunderstödd rehabilitering som rehabiliteringsform och behandlingsmetod
- Protokollsutdrag regionfullmäktige 2016-04-11--12, § 72 Svar på motion från Berit Johansson (C) och Mats Gärd (C) om Grön rehabilitering



18

Regional kris- och katastrofmedicinsk  
beredskapsplan  
RS/1580/2016

2017-07-12

Enheten för krisberedskap, säkerhet och miljö

Anna-Lena Alfreds

Tfn: 063-14 76 12

E-post: anna-lena.alfreds@regionjh.se

RS/1580/2016

## **Regional kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan**

### **Ärendebeskrivning**

Regional kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan har genomgått sin årliga revidering. Planen inriktar och styr Region Jämtland Härjedalens kris- och katastrofmedicinska beredskap såväl regionalt som lokalt och är grunden för styrning och samordning av insatser vid både allvarlig händelse och extraordinär händelse. Planen gäller även under höjd beredskap med de anpassningar som ett sådant läge föranleder. Övergripande målsättning är, att minimera de negativa konsekvenserna som en allvarlig eller extraordinär händelse kan medföra för såväl medborgare som region/landsting.

Gjorda ändringar/kompletteringar är:

- Aktuellt ärendenummer på reviderad evakueringsplan för Region Jämtland Härjedalen
- Aktuellt SFS:nr på ny Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)
- Kapitel 4 har fått en ny rubrik "Ansvarsfördelning" som tydligare beskriver regionens fördelning av den kris- och katastrofmedicinska beredskapen
- Beredskapsplanering kollektivtrafiken (punkt 4.2.3) nytt stycke
- 4.6 Extern samverkan – kompletterats med "Överenskommelse om samverkan för krishantering i Jämtlands län, före under och efter kris"

### **Regiondirektörens förslag**

Regional kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan antas.

I tjänsten

Ingela Jönsson

T.f. Regiondirektör

Mikael Ferm

Regionstabschef

### **Utdrag till**

Anna-Lena Alfreds, Beredskapschef



**Regional kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan**

**Version: 1**

**Beslutsinstans: Regionstyrelsen**



## ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av
1.	2017-	Nyutgåva	Regionstyrelsen

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

---

<b>1</b>	<b>INLEDNING .....</b>	<b>6</b>
1.1	Mål för Regionens krisberedskap .....	6
<b>2</b>	<b>KRISBEREDSKAP I SAMHÄLLET .....</b>	<b>6</b>
2.1	Krisberedskapssystemets uppbyggnad .....	7
2.1.1	Katastrofmedicinsk beredskap .....	7
2.1.2	Risk- och sårbarhetsanalys.....	7
<b>3</b>	<b>FÖRBEREDA OCH FÖREBYGGA .....</b>	<b>8</b>
3.1	Riskhantering.....	8
3.1.1	Säkerhetsområden .....	9
3.2	Gränssättande resurser.....	9
3.3	Driftsäkerhet.....	9
3.4	Kontinuitetshantering.....	10
3.5	Systematiskt brandskyddsarbete (SBA) .....	10
3.6	Utrymning/evakuering .....	10
<b>4</b>	<b>BEREDSKAPSPLANERING.....</b>	<b>10</b>
4.1	Ansvarsfördelning.....	10
4.2	Regional beredskapsplanering .....	11
4.2.1	Regionalt säkerhetsråd .....	11
4.2.2	Regionalt krisledningsråd .....	11
4.2.3	Beredskapsplanering kollektivtrafiken.....	11
4.3	Lokal beredskapsplanering .....	12
4.3.1	Lokala kriskommittéer .....	12
4.3.2	Lokal kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan .....	12
4.4	Finansiering .....	13
4.5	Personal, utbildning och övning .....	13
4.6	Extern samverkan i planeringsarbetet .....	13
4.7	Externa tjänster .....	14
4.7.1	Distribution av läkemedel till sjukvårdsinrättning.....	14
4.7.2	Patologen .....	14
4.7.3	Växel/telefonitjänster .....	14
4.7.4	IT/Major incident Management (MiM) .....	14
<b>5</b>	<b>KVALITETSARBETE .....</b>	<b>14</b>
5.1	Kvalitetssäkring .....	15
5.2	Utvärdering.....	15
5.3	Mätbara mål.....	15



<b>6</b>	<b>LEDNING VID ALLVARLIG HÄNDELSE OCH EXTRAORDINÄR HÄNDELSE</b>	<b>16</b>
6.1	Ledningsmodell .....	17
6.1.1	Ledningsnivåer .....	17
6.1.2	Ledningskomponenter.....	17
6.1.3	Beredskapslägen .....	17
6.1.4	Ledningsroller .....	17
<b>7</b>	<b>SÄRSKILD SJUKVÅRDSLEDNING .....</b>	<b>18</b>
7.1	Tjänsteman i beredskap.....	18
7.1.1	Larm till TiB .....	18
7.1.2	Larmkriterier för TiB .....	18
7.2	Beredskapslägen inom Region Jämtland Härjedalen .....	19
7.3	Särskild sjukvårdsledning på regional nivå.....	19
7.3.1	Samordnad ledning.....	19
7.3.2	Larmvägar regional nivå.....	20
7.4	Särskild sjukvårdsledning på lokal nivå.....	20
7.4.1	Primärvården .....	20
7.4.2	Larmvägar lokal nivå.....	20
7.5	PS- Prehospital Sjukvårdsledning (Skadeområdet).....	20
7.6	Krisledningsnämnd .....	21
<b>8</b>	<b>OMHÄNDERTAGANDE PÅ VÅRDENHET.....</b>	<b>21</b>
8.1	Specialistvård .....	21
8.2	Primärvård .....	22
8.3	Registrering och journalföring .....	22
8.4	Vårdplatser .....	22
<b>9</b>	<b>SJUKVÅRDSGRUPPER .....</b>	<b>22</b>
9.1	Inköp av utrustning .....	23
9.2	Sjukvårdsgrupp vid sjukhuset.....	23
9.3	Sjukvårdsgrupp inom primärvården .....	23
9.4	Utlarmning av sjukvårdsgrupp .....	23
<b>10</b>	<b>KRISKOMMUNIKATION.....</b>	<b>23</b>
<b>11</b>	<b>KRISSTÖD/(PKL) .....</b>	<b>24</b>
<b>12</b>	<b>HÄNDELSE MED FARLIGA ÄMNEN (CBRN) .....</b>	<b>24</b>
12.1	C – Kemisk händelse .....	24
12.2	B – Biologisk händelse .....	25
12.3	RN – Händelse med radiologiska och nukleära ämnen .....	25
<b>13</b>	<b>NATIONELL OCH INTERNATIONELL SAMORDNING.....</b>	<b>26</b>
13.1	Regerings- och myndighetsansvar.....	26



13.2	Allvarlig händelse utomlands .....	27
13.3	Händelser med många svårt brännskadade.....	27
<b>14</b>	<b>SJUKVÅRD VID HÖJD BEREDSKAP OCH KRIG .....</b>	<b>27</b>
14.1	Totalförsvaret – Civilt försvar.....	27
14.2	Höjd beredskap inför krig .....	28
14.3	Regionens ansvar och uppgifter inför och under höjd beredskap .....	28
<b>15</b>	<b>FÖRFATTNINGSKRAV .....</b>	<b>28</b>
<b>16</b>	<b>DEFINITIONER.....</b>	<b>30</b>

---

## 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 delplaner 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 Kristöd/PKL (RS/1563/2015)
- Personsanering 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 individens 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 Katastrofmedicinsk beredskap

Hälso- och sjukvården är en del av samhällets hela krisberedskapssystem. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska landstingen planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls. Beredskapsplaneringen styrs av lagar, riktlinjer, föreskrifter och bygger på risk- och sårbarhetsanalyser, förmågeanalyser, kontinuerligt uppföljningsarbete samt lokal förhållanden i sjukvårdens struktur och geografi.

### 2.1.2 Risk- och sårbarhetsanalys

Enligt lag 2006:544 ska landsting och regioner identifiera och redovisa samhällsviktig verksamhet, risker mot verksamheten, beroenden och sårbarheter. En plan ska tas fram för att kunna hantera extraordinära händelser och allvarliga händelser. Planen ska baseras på en risk- och sårbarhetsanalys (RSA). Den nationella målbilden för RSA arbetet 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.

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 (MSB), Socialstyrelsen och Länsstyrelsen.

### **3 FÖRBEREDA OCH FÖREBYGGA**

Jämtlands län, har ca 128 000 invånare. En stor del av länet är glesbygd med långa avstånd och en stor andel av invånarna är äldre personer. 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 turisttrafik. 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.

Under året genomförs flera stora evenemang som samlar en större mängd människor, bland annat musikfestivaler och sportevenemang.

Risken för störning och/eller utslagning av infrastruktur, exempelvis avbrott i försörjningssystem för el, värme, vatten och störningar i IT-system måste beaktas liksom hot och terrorism.

#### **3.1 Riskhantering**

Inom Region Jämtland Härjedalens olika verksamheter ska det genomföras riskinventering och analyser, såväl för den egna verksamheten som för risker i vår omvärld som kan påverka Regionens 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

### 3.1.1 Säkerhetsområden

Följande bild används för att beskriva och åskådliggöra de säkerhetsområden som ligger till grund för riskinventeringar.



### 3.2 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 läke-medel, uthållighet och utbildade sjukvårdsgrupper.

### 3.3 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 alarmeringsfunktion 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

### 3.4 Kontinuitetshantering

Inom Region Jämtland Härjedalen ska säkerhetsarbetet bedrivas systematiskt och vara en integrerad del i det dagliga arbetet. Ett av målen är att säkerställa kontinuitet i vård och stödprocesser genom förebyggande insatser. Syftet med kontinuitetshantering är att genom förebyggande arbete skapa robusthet i verksamheten så att den kan fungera trots vardagliga oplanerade och planerade störningar och avbrott som kan påverka vård och patientsäkerhet.

Kontinuitetshantering innebär att en analys görs av verksamheten där man tydliggör vilka aktiviteter som krävs för att verksamheten ska fungera. Därefter beslutas om vilka åtgärder som behöver vidtas, exempelvis att utarbeta nya reservrutiner eller ställa tydligare krav på stödenheter.

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. Kontinuitetsplaner ska ses över årligen och revideras vid förändringar i verksamheten.

### 3.5 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.

### 3.6 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 Region Jämtland Härjedalen (RS/1811/2017).



## 4 BEREDSKAPSPLANERING

Organisationen för planering av den kris- och katastrofmedicinska beredskapen i Region Jämtland Härjedalen består av Enheten för Krisberedskap, säkerhet och miljö, regionalt säkerhetsråd, regionalt krisledningsråd, lokala kriskommittéer, katastrofmedicinska utbildningsgruppen samt extern samverkan.

### 4.1 Ansvarsfördelning

**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.

**Förvaltningschefer** har ansvar för genomförande av de delar av regionens kris- och katastrofmedicinska beredskapsplan där deras områden berörs, samt av lokal kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan.

**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 kris- och katastrofmedicinska beredskapsplaner och ansvarar för att medarbetarna har kunskap om enhetens beredskapsuppdrag samt att egna medarbetare genomgår lämplig utbildning och övning. Ansvaret innebär även att på lokal nivå bemanna enligt lokal kris- och katastrofmedicinsk planering efter direktiv av särskild sjukvårdsledning på regional nivå.

**Privata vårdgivare** infattas i Region Jämtland Härjedalens kris- och katastrofmedicinska beredskapsplanering enligt HSL 7§ (2002:452). I Förfrågningsunderlag Hälsoval Jämtlands län regleras den privata vårdgivarens uppgift före, under och efter allvarlig händelse. Regionen ska samordna kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplanering med privata vårdgivare. Det inkluderar utbildning, träning och övning, samt ansvar för att personalen har adekvat kompetens för sina insatser enligt kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan. Privata vårdgivare har fullt arbetsgivaransvar för sin personal.

### 4.2 Regional beredskapsplanering

#### 4.2.1 Regionalt säkerhetsråd

Regionens Regionala säkerhetsråd ansvarar för den övergripande uppföljningen och kontrollen av säkerhetsarbetet. Säkerhetsrådet 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 och rådgivande grupp för regiondirektören och förvaltningscheferna avseende krisberedskap och säkerhetsfrågor, samt för arbetet med risk- och sårbarhetsanalyser. Rådet sammanträder 4-6 gånger per år samt vid behov.



#### 4.2.2 Regionalt krisledningsråd

Regionens Regionala krisledningsråd är ett övergripande råd för kris- och katastrofmedicinska beredskapsfrågor och ska även vara ett samrådsforum mellan regional och lokal nivå (ny text). Sjukvårdsledare på regional nivå är ordförande. Representanter för samtliga funktioner i särskild sjukvårdsledning ingår. Rådet är en beredande och rådgivande grupp för regiondirektören och förvaltningscheferna avseende kris- och 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.

#### 4.2.3 Beredskapsplanering kollektivtrafiken

Vid regionbildningen från Jämtlands läns landsting till Region Jämtland Härjedalen år 2015 inrättades en kollektivtrafikmyndighet som är ansvarig för kollektivtrafiken i länet enligt Lag om kollektivtrafik (SFS 2010:1065). Ägandet av Länstrafiken i Jämtland AB överfördes då från kommunen till regionen.

Det är av vikt att kollektivtrafik beställd och finansierad av Region Jämtland Härjedalen ska kunna upprätthållas i händelse av kris. I regionala trafikförsörjningsprogrammet ska det framgå att kollektivtrafiken ska ha beredskapsplaner. Det behöver kartläggas vilka delar inom kollektivtrafiken som är att betrakta som samhällsviktig verksamhet och det ska beskrivas i beredskapsplaner hur verksamheten ska kunna upprätthållas vid inträffad kris. Det ska finnas etablerade kontaktvägar mellan företrädare för Regionens krisberedskap och kollektivtrafiken, både i ett planeringsperspektiv men också vid inträffade allvarliga och extraordinära händelser.

### 4.3 Lokal beredskapsplanering

#### 4.3.1 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 aktuellt hålla 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

#### 4.3.2 Lokal kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan

Lokala kris- och katastrofmedicinska beredskapsplaner ska vara inriktade på hur arbetet på sjukhuset och på hälsocentraler i länet ska struktureras, samordnas och ledas. Planerna ska

utgå från den regionala planen och vara anpassad till lokala förutsättningar och aktuellt åtagande (nytt). 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.

#### 4.4 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 utbildnings-grupp. Instruktorerna 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

## 4.5 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.

## 4.6 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.

I april 2015 fastställde den regionala styrgruppen för krishantering dokumentet ”Överenskommelse om samverkan för krishantering i Jämtlands län, före, under och efter kris”. Syftet med överenskommelsen är att skapa förutsättningar för olika aktörer att kunna samverka före, under och efter samhällsstörningar som kräver samordnade insatser. 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 dirigering av ambulansresurser att alarmeringsfunktionen kan ta i anspråk resurser från andra närliggande landsting/regioner. Mellan Norge och Sverige finns också ett avtal om gräns samverkan avseende ambulanshelikopter.

## 4.7 Externa tjänster

#### **4.7.1 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.

#### **4.7.2 Patologen**

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

#### **4.7.3 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.

#### **4.7.4 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.

## **5 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 2017:30) 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.

### **5.1 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

## 5.2 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.

## 5.3 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 vindrutans 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 (om möjligt, beroende på resurstillgång)
- 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 förbereds 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 Krisberedskap, säkerhet och miljö i samverkan.

## 6 LEDNING VID ALLVARLIG HÄNDELSE OCH EXTRAORDINÄR HÄNDELSE

Sjukvården är i huvudsak organiserad för normala händelser där det råder balans mellan behov och resurser. Vardagliga insatser i akutsjukvården kännetecknas ofta av att de har begränsad omfattning, pågår under kortare tid och är möjliga att överblicka. När det inträffar händelser med obalans mellan behov och resurser, krävs det en särskild ledning för att optimera verksamheten och på bästa sätt lösa uppgiften.

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 hälsocentral) och i skadeområde (PS- Prehospital sjukvårdsledning).

### 6.1 Ledningsmodell

Vid allvarlig eller extraordinär händelse leds Region Jämtland Härjedalen enligt ledningsmodellen ”Särskild sjukvårdsledning vid allvarlig händelse”. Ledningsmodellen för arbete under allvarlig eller extraordinär händelse bygger på fyra grundstenar: ledningsnivåer, ledningskomponenter, beredskapslägen och ledningsroller.

#### 6.1.1 Ledningsnivåer

**Nationell nivå** – Ledningsfunktion för nationell samordning. Samordnar vid behov kontakten med andra myndigheter och med den nationella politiska ledningen (t.ex. Socialstyrelsen).



**Regional nivå** – Ledningsfunktion som är regionövergripanden och omfattar samordning av regionens samlade resurser och aktiviteter. Säkerställer kontakten med andra regioner/landsting samt andra myndigheter. Resurssamordning mellan regioner/landsting utgår från den region/landsting där händelsen har inträffat.

**Lokal nivå** – Ledningsfunktion som omfattar samordning av resurser och aktiviteter i skadeområde och på vårdenheter.

### 6.1.2 Ledningskomponenter

**Normativ ledning** – Tolkar och beslutar om sjukvårdsorganisationens roll och uppgift utifrån gällande lagstiftning. Utövas till största delen av den nationella nivån, regiondirektören och den politiska ledningen.

**Strategisk ledning** – Beslutar om inriktningen för och omfattningen av en sjukvårdsinsats och prioriterar sjukvårdsresurser mellan olika pågående sjukvårdsinsatser. Tillför ytterligare sjukvårdsresurser och fördelar dessa på ett optimalt sätt. Upprätthåller en normal beredskap för övriga sjukvårdsinsatser. Utövas till största delen av den regionala nivån.

**Operativ ledning** – Leder insatsen inom givna ramar och utifrån den inriktning som finns för sjukvårdsinsatsen. Utövas till största delen av loka nivå, d.v.s. skadeområde och det enskilda sjukhuset/hälsocentralen.

### 6.1.3 Beredskapslägen

**Stabsläge** – Särskild sjukvårdsledning etableras och håller sig underrättad om läget, vidtar nödvändiga åtgärder och följer händelseutvecklingen, s.k. standby läge

**Förstärkningsläge** – Särskild sjukvårdsledning etableras och vissa funktioner förstärks.

**Katastrofläge** – Särskild sjukvårdsledning etableras och tar alla resurser i anspråk.

### 6.1.4 Ledningsroller

**Sjukvårdsledare** – Beslutsfattare och övergripande ansvarig för sjukvårdsinsatsen.

**Medicinskt ansvarig** – Ansvarar för de medicinska besluten under sjukvårdsinsatsen.

**Stabschef** – Leder stabens arbete.

Rollerna sjukvårdsledare och medicinskt ansvarig finns på regional och lokal nivå

## 7 SÄRSKILD SJUKVÅRDSLEDNING

---

### 7.1 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).

### 7.1.1 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

### 7.1.2 Larmkriterier för TiB

TiB ska larmas om något av nedanstående kriterier aktualiseras:

- Risk för, eller av sjukvårdsledare rapporterad misstänkt allvarlig händelse (METHANE från första sjukvårdsenhet **M=Ja**)
- Olycka med fyra eller flera drabbade eller vid flera samtidiga olyckor (ex väg, järnväg, båt)
- Händelse eller hot om händelse med potentiellt stort skadefall  
Exempel:  
- brand eller rökutveckling, bombhot, explosion, flyghändelse med alla former av varningslarm, farliga ämnen m.fl.
- Då flera olyckor sker samtidigt
- Allvarlig drifts- eller funktionsstörning vid landstinget/regionen och/eller i samhället
- Beredskapsförändring vid sjukhus
- Händelse som kan få stort massmedialt intresse
- Annan myndighets/organisations behov av kontakt med landstinget/regionen
- Allvarlig händelse i angränsande län/region eller land
- Konstaterad brist av ambulanser i länet
- Fråga eller fundering från larmoperatören

## 7.2 Beredskapslägen inom Region Jämtland Härjedalen

**Stabsläge** är ett standby läge 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.

### 7.3 Särskild sjukvårdsledning på regional nivå

Region Jämtland Härjedalen följer den nationella ledningsmodellen för särskild sjukvårdsledning vid allvarlig händelse. Denna beskriver att vid en allvarlig 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

#### 7.3.1 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 samlokaliseras. 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)
- IT
- Specialister, kallas in vid behov

#### 7.3.2 Larmvägar regional nivå

Alarmeringsfunktionen larmar Region Jämtland Härjedalens TiB utifrån överenskomna kriterier för larm (se punkt 7.1.2). 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 alarmeringsfunktion.

Särskild sjukvårdsledning på regional nivå kan även rekommendera sjukhuset samt lokala sjukvårdsledningar att höja beredskapsläge.

I dokumentet ”Särskild sjukvårdsledning vid allvarlig eller extraordinär händelse (RS/1566/2015) beskrivs arbetsformer för sjukvårdsledning med stab på regional och lokal nivå.

## 7.4 Särskild sjukvårdsledning på lokal nivå

I Jämtland finns endast ett sjukhus, därför har särskild sjukvårdsledning på lokal nivå (specialistvården) och regional nivå samlokaliseras, (se punkt 7.3.1).

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.

### 7.4.1 Primärvården

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

### 7.4.2 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 beredskaps-läge 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.

## 7.5 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 skadepå plats t.ex. ambulans, räddningstjänst eller polis.

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.

I dokumentet Allmänna riktlinjer för verksamheten inom skadeområdet (RS/1565/2015) beskrivs ledningskonceptet PS- Prehospital sjukvårdsledning.

## 7.6 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)”.

## 8 OMHÄNDERTAGANDE PÅ VÅRDENHET

Alla drabbade som kommer till en vårdinrättning vid allvarlig händelse ska bedömas medicinskt. Vid misstanke om skada ska de drabbade alltid omhändertas och bedömas på vårdinrättningen om inget annat beslutas av medicinskt ansvarig läkare eller av särskild sjukvårdsledning.

I de lokala kris- och katastrofmedicinska beredskapsplanerna ska det slås fast var prioritering, undersökning och behandling av de skadade ska ske samt hur lokaler, personal och resurser i övrigt ska disponeras. Det är dock nödvändigt att vara uppmärksam på att skadade inte enbart förts till vårdinrättning genom organiserade transporter utan också kan komma till vårdinrättningen genom privata initiativ.

### 8.1 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 (RS/1581/2016).

### 8.2 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.

### 8.3 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.

### 8.4 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.

## 9 SJUKVÅRDSGRUPPER

Sjukvårdsgrupper från en vårdenhet kan skickas till ett skadeområde för att förstärka resurserna. Sjukvårdsledaren i skadeområdet och även TiB kan besluta att det behövs resursförstärkning i form av en eller flera sjukvårdsgrupper och beslut om varifrån dessa bäst ska tas.

Sjukvårdsgrupp ska bestå av en läkare, en sjuksköterska och eventuellt ytterligare en sjuksköterska eller en undersköterska. Läkare i sjukvårdsgrupp ska primärt besitta anestesier eller allmänläkarkompetens, 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 utbildning bör inte vara äldre än fyra år och personer som ingår i sjukvårdsgrupp bör övas minst vart annat år. Ovanstående krav gäller oavsett om sjukvårdsgrupp utgår från sjukhuset eller från hälsocentral i länet.

## 9.1 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).

## 9.2 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.

## 9.3 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.

## 9.4 Utlarmning av sjukvårdsgrupp

Sjukvårdsgrupp larmas ut efter begäran av sjukvårdsledare på skadeplats eller efter beslut i den särskilda sjukvårdsledningen på regional nivå/TiB. I lokala planer regleras hur detta sker praktiskt.

# 10 KRISKOMMUNIKATION

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.

## **11 KRISSTÖD/(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)

## **12 HÄNDELSER 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.



## 12.1 C – Kemisk händelse

C-händelse – Händelse med skadliga kemikalier som utgör fara.

**Räddningstjänstens** räddningsledare ansvarar för hela räddningstjänstinsatsen 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.<sup>1</sup>

**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.

## 12.2 B – Biologisk händelse

B-händelse – Händelse där sjukdomsalstrande mikroorganismer utgör en fara.

**Folkhälsomyndigheten** är tillsynsmyndighet för såväl den personinriktade som den objektinriktade smittskyddsverksamheten. I nuvarande smittskyddslag (2004:168) stadgas att landstinget svarar för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas 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 Smittskyddsensheten, som är en länsövergripande myndighet, och ansvarar för Regionens beredskapsplaner för smittskydd (Regional epidemi och pandemiplan för Region Jämtland Härjedalen (35066–1 Centuri).

**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.

<sup>1</sup> På denna punkt avviker Jämtlands rutin från Räddningsverkets, Socialstyrelsens och Rikspolisstyrelsens gemensamma rapport (Planering och sameverkan vid händelser med farliga ämnen, 2008) som anger att livräddande personsanering ska ske i övergången mellan het och varm zon.



**Miljö- och hälsoskyddsnämnd** (MHN) eller motsvarande inom kommunen svarar för att objektinriktade smittskyddsåtgärder vidtas.

## 12.3 RN – Händelse med radiologiska och nukleära ämnen

RN-händelse – Händelse där joniserande strålning utgör en fara

Ansvaret 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).



## **13 NATIONELL OCH INTERNATIONELL SAMORDNING**

### **13.1 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.

### **13.2 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.

### **13.3 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 skadefall med brännskador.

Vid tre eller fler svårt brännskadade ska alltid TiB i Landstinget Östergötland larmas för samordning.

## **14 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 Försvarsmaktens krigsorganisation är sjukvårdsresurserna begränsade varför sjukvårdsbehoven vid väpnat angrepp måste tillgodoses av den civila sjukvården. Bevakningsansvarig myndighet för hälso- och sjukvården är Socialstyrelsen.

### **14.1 Totalförsvar – 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 Försvarsmaktens förmåga vid ett väpnat angrepp eller krig i vår omvärld

### **14.2 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.

### **14.3 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.

## 15 FÖRFATTNINGSKRAV

**Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).** 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 (2017:30). 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 om totalförsvaret och höjd beredskap (SFS 2015:1053)** 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.

## 16 DEFINITIONER

<b>Allvarlig händelse</b>	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.
<b>Ansvarsprincipen</b>	Innebär att den som ansvarar för en verksamhet under normala förhållanden har samma ansvar under kris- och krigssituationer.
<b>Beredskap</b>	Att vara beredd på kommande utveckling.
<b>Extraordinär händelse</b>	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).
<b>Farliga ämnen (CBRN-E)</b>	Ämnen vars kemiska (C), biologiska (B), radiologiska (R), nukleära (N) eller explosiva (E) egenskaper innebär fara för människor.
<b>Förstärkningsläge</b>	En beredskapsgrad som innebär att sjukvårdsledningen vidtar åtgärder för att punktförstärka viktiga funktioner inom sjukvården.
<b>Grundläggande</b>	Normal robusthet och beredskap som ska finnas i samhället.

<b>säkerhet</b>	
<b>Gränssättande resurser</b>	Aktuell förmåga/kapacitet att ta emot skadade. De resurser som krävs för att klara en insats.
<b>JRCC – Joint Rescue Coordination Center</b>	Sjöfartsverket ansvarar för både Sjöräddning och Flygräddning.
<b>Katastrof</b>	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.
<b>Katastrofläge</b>	En beredskapsgrad som innebär att alla de funktioner inom sjukvården som krävs tas i anspråk och att personal och utrustning förstärks.
<b>Katastrofmedicinsk beredskap</b>	Beredskap att bedriva hälso- och sjukvård i syfte att minimera följderna vid allvarlig händelse.
<b>Kontaminering</b>	Att utsättas för eller få ett kemiskt eller radioaktivt ämne på sig (personen blir kontaminerad).
<b>Kontinuitetsplanering</b>	Handlar om att minska sin sårbarhet och öka motståndskraften mot olika händelser som kan påverka ens verksamhet.
<b>Krisberedskap</b>	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.
<b>Krisledningsnämnd</b>	Enligt lagen om extraordinära händelser ska det i varje landsting och kommun finnas en nämnd för att fullgöra uppgifter under en extraordinär händelse.
<b>Ledningskomponent</b>	Del av ledning som hanterar vissa typer av frågor.
<b>Likhetsprincipen</b>	Verksamhet ska så långt som möjligt överensstämja under såväl normala förhållanden som under kris och katastrofer.
<b>Medicinskt ansvarig (MA)</b>	Person med den högsta medicinska kompetensen och med ledningsutbildning som har ansvaret för de medicinska besluten. Rollen som medicinskt ansvarig finns på alla ledningsnivåer.
<b>Normativ komponent</b>	Att tolka och besluta om sjukvårdsorganisationens roll och uppgift utifrån gällande lagstiftning.
<b>Närhetsprincipen</b>	Innebär att kriser ska hanteras på lägsta möjliga nivå i samhället.
<b>Operativ komponent</b>	Är ledning av insats inom ramen för tilldelade resurser och ska genomföra aktiviteter utifrån avsikt och inriktning för insatsen.
<b>PKL</b>	Psykologisk/psykiatrisk katastrofledning.
<b>POSOM</b>	Psykosocialt omhändertagande grupp. Kommunernas verksamhet för psykosocialt omhändertagande.
<b>Risk</b>	Sannolikheten för att en känd eller okänd händelse inträffar som innebär att uppställda mål ej uppnås.
<b>Riskområde</b>	Område inom vilket skada på människor, miljö eller egendom kan befaras eller ytterligare kan ske.
<b>Räddningsledare, RL</b>	Statlig eller kommunal tjänsteman som utses leda och ansvara för räddningsinsats.
<b>Samhällsviktig verksamhet</b>	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.
<b>Samverkan</b>	Process där representanter för olika verksamhetsområden som lyder under olika lagstiftning tillsammans ska lösa en uppgift.
<b>Sanering</b>	Åtgärd för att ta bort skadliga ämnen från personer, miljö eller egendom.
<b>Sjukhusfysiker</b>	Legitimerat yrke sedan 1998 inom hälso- och sjukvård. Är regionens

	expert i strålskyddsfrågor gällande röntgen, nuklearmedicin (radioaktiva ämnen används som läkemedel) och strålbehandling.
<b>Sjukvårdsgrupp</b>	Sjukvårdspersonal som agerar i ett skadeområde. Består av läkare och sjuksköterskor och eventuellt en undersköterska.
<b>Sjukvårdsledare (SVL)</b>	Person från hälso- och sjukvården som har logistik och resursansvar för sjukvårdsinsats vid allvarlig händelse. Rollen som sjukvårdsledare finns på alla ledningsnivåer.
<b>Stab</b>	Grupp/person som bistår chef vid ledning av verksamhet.
<b>Stabsläge</b>	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.
<b>Stor olycka</b>	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.
<b>Strategisk komponent</b>	Att efter en bedömning av omedelbara och kommande resursbehov besluta om inriktning för och omfattning av en insats.
<b>Särskild sjukvårdsledning</b>	En förberedd organisation för att leda hälso- och sjukvårdens insatser vid allvarlig händelse.
<b>TiB, Tjänsteman i beredskap</b>	Tar emot larm dygnet runt om ”misstänkt allvarlig händelse” och är en direktkontakt till den regionala nivån.
<b>WiS – Webbaserat informationssystem</b>	System framtaget av Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, MSB, för att organisationer som ingår i samhällets krishanteringssystem ska kunna dela information med varandra.



19

Införande av remisskrav för  
smärtbehandling

RS/438/2017





2017-08-21

Hälso- och sjukvårdspolitiska  
avdelningen  
Lena Sved  
Tfn: 063/142474  
E-post: lena.weinstock-svedh@regionjh.se

**RS/438/2017**

### **Införande av remisskrav för smärtbehandling**

När regionfullmäktige år 2015 införde egen vårdbegäran (RS/219/2015) togs krav på läkarremiss bort som gör att patienterna i praktiken själva kan skriva sin remiss för att få vård och behandling inom den öppna vården vart som helst i Sverige. Detta har bland annat medfört att landstingen/regionerna fått minskad kostnadskontroll på vård som länets medborgare tagit del av från vårdgivare i andra delar av landet.

Den 20-21 juni 2017 beslutade regionfullmäktige att ge regionstyrelsen delegation på att fatta beslut om när och för vilka åtgärder läkarremiss återinförs för viss vård och behandling inom öppen specialiserad hälso- och sjukvård. För dessa åtgärder upphör också rätten att utfärda egen vårdbegäran.

För patienter som får smärtbehandling är det idag internt inom regionen i praktiken krav på remiss från läkare. När ett besök görs hos en extern vårdgivare verksam i annat län än där man är folkbokförd och som har avtal med ett landsting/region förutsätts att man följer både vårdlandstinget och hemlandstingets regelverk för remisskrav för att få ersättning för utfört besök.

Det är alltid det medicinska behovet som ska styra men ibland kan hemlandstingen, som bekostar behandlingen, och den som utfärdar behandlingen ha olika uppfattning om det medicinska behovet och vid sådana åkommor kan det vara bra med tydliga remisser.

Då regionen ibland tvingas använda vårdgivare utanför länet för denna tjänst föreslås därför att krav på remiss för smärtbehandling återinförs så att det blir den medicinska bedömningen inom Region Jämtland Härjedalen som gäller. Rätten att utfärda egen vårdbegäran upphör därmed för dessa behandlingar.

### **Regiondirektörens förslag**

Krav på remiss från läkare återinförs för smärtbehandling.

I tjänsten



Ingela Jönsson  
Tf regiondirektör

Lena Weinstock Svedh  
Beställarchef

### Utdrag till

Beställarchef  
Hälso- och sjukvårdsdirektör

§74

## **Införande av möjlighet att ställa remisskrav för viss vård och behandling (RS/438/2017)**

### **Sammanfattning**

Den 1 januari 2015 infördes Patientlagen (2014:821) vilket bland annat innebär att medborgarna har rätt att söka öppenvård vart man vill i Sverige. Som medborgare har man alltså rätt att söka öppenvård som bedrivs i ett annat landsting/region eller hos privat aktör som har avtal med något landsting/region, och som vårdgivare är du skyldig att ta emot patienter utanför det egna hemlandstinget. Om man söker vård utanför sitt hemlandsting får man som patient själv bekosta resor och eventuellt boende.

När ett besök görs hos en extern vårdgivare verksam i annat län än där man är folkbokförd och som har avtal med ett landsting/region förutsätts att man följer både vårdlandstinget och hemlandstingets regelverk för remisskrav för att få ersättning för utfördt besök. Rätten att utfärda remissen har vårdgivare i samtliga landsting/regioner inklusive privata vårdgivare som har avtal med ett landsting eller region.

Om en privat vårdgivare har ett vårdavtal med ett landsting/region får de, enligt riksavtalet, inte själva fakturera ett hemlandsting för utomlänbesök utan de ska fakturera de landsting/region som de har avtal med som i sin tur får fakturera hemlandstingen för utförd utomlänsvård. För Region Jämtland Härjedalen innebär det för närvarande att en tjänst på ca 20 % ägnar sig åt att fakturera hemlandsting för utomlänbesök som är utförda hos privata aktörer som Region Jämtland Härjedalen har avtal med.

När regionfullmäktige år 2015 införde egen vårdbegäran (RS/219/2015) togs krav på läkarremiss bort som gör att patienterna i praktiken själva kan skriva sin remiss för att få vård och behandling inom den öppna vården vart som helst i Sverige. Detta har bland annat medfört att landstingen/regionerna fått minskad kostnadskontroll på vård som länets medborgare tagit del av från vårdgivare i andra delar av landet. För att få bättre kostnadskontroll återinför därför vissa landsting/regioner remisstvång för viss vård, se nuläge i beslutsunderlag. Man kan också göra jämförelsen med läkare på nätet som en privat aktör i Jönköping infört, där Region Jämtland Härjedalen inte har någon kostnadskontroll över besöken som länets medborgare genomfört där.

Det är alltid det medicinska behovet som ska styra men ibland kan hemlandstingen, som bekostar behandlingen, och den som utfärdar behandlingen ha olika uppfattning om det medicinska behovet och vid sådana åkommor kan det vara bra med tydliga remisser. Ett sådant exempel kan vara medicinsk fotvård där fotvårdaren gör en bedömning och läkaren/sjuksköterskan en annan.

Ibland kan Region Jämtland Härjedalen snabbt behöva upphandla privat vård eller köpa vård från andra landsting/regioner, exempelvis psykologutredningar och smärtbehandlingar vilket då öppnar upp för medborgare i hela Sverige att söka vård utifrån varje landsting/regions regelverk för remisskrav. För att vi och övriga vårdsverige ska få bättre kontroll föreslås därför att remisskrav återinförs för viss vård- och behandling och att regionstyrelsen får rätt att fatta beslut om för vilka åtgärder remisskrav inom öppen vård ska gälla. Remisskravet gäller såväl internt som externt.

Ärendet behandlades vid regionfullmäktiges sammanträde 25-26 april och återremitterades då till regionstyrelsen för komplettering. Ovanstående ärendebeskrivning har nu kompletterats och en bilaga från SKL med redovisning av landstingens krav på remiss i öppen vård bifogas.

### Förslag till beslut

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

1. Möjlighet att ställa krav på läkarremiss till viss vård och behandling inom öppen specialiserad hälso- och sjukvård införs från och med 2017-07-01.
2. Regionfullmäktige ger regionstyrelsen delegation på att fatta beslut om när och för vilka åtgärder läkarremiss återinförs för vård och behandling inom öppen specialiserad hälso- och sjukvård.
3. Rätten att utfärda egen vårdbegäran upphävs för vård och behandling som omfattas av punkten 2.

-----

### Yrkanden

Christer Siwertsson (M) yrkar att datumet i punkt 1 ändras till 2017-07-05.

Thomas Andersson (C) yrkar avslag på regionstyrelsens förslag.

Lennart Ledin (L) yrkar bifall till Thomas Anderssons yrkande.

Ann-Marie Johansson (S) och Anna Hildebrand (MP) yttrar sig

### Proposition

Ordföranden ställer proposition på Christer Siwertssons ändringsyrkande och finner det antaget.

Ordföranden ställer proposition på regionstyrelsens förslag och Thomas Anderssons yrkande och finner regionstyrelsens förslag antaget.

### Omröstning

Omröstning begärs och följande propositionsordning fastställs.  
Den som bifaller regionstyrelsens förslag röstar "Ja".  
Den som bifaller Thomas Anderssons yrkande röstar "Nej".

### Omröstningsresultat

Med 35 ja-röster, 11 nej-röster, 6 avstår och 3 frånvarande finner ordföranden att regionstyrelsens förslag antas (se bifogat omröstningsprotokoll).

### Beslut

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

1. Möjlighet att ställa krav på läkarremiss till viss vård och behandling inom öppen specialiserad hälso- och sjukvård införs från och med 2017-07-01.
2. Regionfullmäktige ger regionstyrelsen delegation på att fatta beslut om när och för vilka åtgärder läkarremiss återinförs för vård och behandling inom öppen specialiserad hälso- och sjukvård.
3. Rätten att utfärda egen vårdbegäran upphävs för vård och behandling som omfattas av punkten 2.

### Reservationer

Cristine Persson (C), Thomas Andersson (C), Mats Gärd (C), Eva Hellstrand (C), Jörgen Larsson (C), Elin Lemon (C), Bogna Wojtkiewicz Adolfsson (C) och Olle Arnsten (C) reserverar sig till förmån för Thomas Anderssons yrkande.

### Expedieras till

Hälso- och sjukvårdsdirektör  
Beställarchef  
Upphandlingschef

### Beslutsunderlag

- §150 Regionstyrelsen Införande av möjlighet att ställa remisskrav för viss vård och behandling
- Redovisning av landstingens krav på remiss i öppen vård

**Voteringslista:** §74

**Ärende:** Införande av möjlighet att ställa remisskrav för viss vård och behandling, RS/438/2017

Voteringslist(or)

Omröstning mellan regionstyrelsens förslag och Thomas Anderssons (C) avslagsyrkande

Ledamot	Ja	Nej	Avstår
Margareta Winberg(S), Ordförande	X		
Robert Uitto(S), Ledamot	X		
Tahar Khalfallah(S), Ledamot	X		
David Adervall(S), Ledamot	X		
Glenn Löfblad(S), Ledamot	X		
Anton Hammar(S), Ledamot	X		
Bengt Bergqvist(S), Ledamot	X		
Anders Frimert(S), Ledamot	X		
Jörgen Persson(S), Ledamot	X		
Jonny Springe(S), Ledamot	X		
Ann-Marie Johansson(S), Ledamot	X		
Thomas Hägg(S), Ledamot	X		
Christer Siwertsson(M), Ledamot	X		
Susanné Wallner(M), Ledamot	X		
Jan-Olof Andersson(M), Ledamot	X		
Karin Ekblom(M), Ledamot	X		
Gunnar Hjelm(M), Ledamot	X		
Elise Ryder Wikén(M), Ledamot	X		
Elisabeth Svensson(M), Vice ordförande	X		
Margareta Gladh(M), Ledamot	X		
Pontus Nissblad(M), Ledamot	X		
Lise Hjemgaard-Svensson(M), Ledamot	X		
Veronica Eklund(M), Ledamot	X		
Cristine Persson(C), Ledamot		X	
Thomas Andersson(C), Ledamot		X	
Mats Gärd(C), 2:e vice ordförande		X	
Eva Hellstrand(C), Ledamot		X	
Jörgen Larsson(C), Ledamot		X	
Elin Lemon(C), Ledamot		X	
Elin Hoffner(V), Ledamot	X		
Bo Danielsson(V), Ledamot	X		
Börje Lundin(V), Ledamot	X		
Monalisa Norrman(V), Ledamot	X		
Thomas Johansson Nordqvist(SD), Ledamot			X
Bengt-Åke Arendolf(SD), Ledamot			X
Anna Hildebrand(MP), Ledamot			X
Karin Österberg(MP), Ledamot			X

David Bell(MP), Ledamot			X
Lennart Ledin(L), Ledamot		X	
Lars-Erik Olofsson(KD), Ledamot		X	
Gudrun Olsson(S), Ersättare	X		
Alvi Berglund(S), Ersättare	X		
Björn Karlsson(S), Ersättare	X		
Elmer Andersson(S), Ersättare	X		
Kristina Holm(S), Ersättare	X		
Stieg Englund(S), Ersättare	X		
Alf Larsson(S), Ersättare	X		
Henny Möhnhoff-Lindkvist(S), Ersättare	X		
Bogna Wojtkiewicz Adolfsson(C), Ersättare		X	
Olle Arnsten(C), Ersättare		X	
Mikael Säbom(SD), Ersättare			X
Margareta Mahmoud Persson(KD), Ersättare		X	
Resultat	35	11	6



20

Ansökan till Kammarkollegiet om mindre  
justering av ändamål avseende Stiftelsen  
Bröderna Nils och Olof Olssons  
minnesfond

RS/1019/2017

2017-06-05

Ekonomistaben  
Georgios Bitsakis  
Ekonomistrateg

RS/1019/2017

## Ansökan till Kammarkollegiet om mindre justering av ändamål avseende Stiftelsen Bröderna Nils och Olof Olssons minnesfond

### Ärendebeskrivning

Stiftelsen Bröderna Nils och Olof Olssons minnesfond har som ändamål att ”Disponibel avkastning skall enligt beslut av landstingets utbildnings- och kultur nämnd användas i den lantbruksutbildning som landstinget bedriver för anordnande av särskilda kurser, elevstimulerande åtgärder och fortbildning av personal”.

Landstingsfullmäktige beslutade 2011-06-14--15, § 118 att landstinget, numera region Jämtland Härjedalen, bör bland annat avveckla sin drift av Torstaskolans naturbruksgymnasium. Detta har skett genom att regionen upphörde med intagning av elever till lantbruksutbildning från och med läsåret 2012/2013. Jämtlands Gymnasieförbund (JGY) har övertagit, drivit vidare och kommer att fortsätta driva naturbruksutbildningen vid Torstaskolan. Region Jämtland Härjedalen bedriver numera ingen egen utbildning med lantbruksinriktning. Torstaskolan har, i egenskap av den enda skola i Jämtland som bedriver lantbruksutbildning, varit nästan uteslutande den ende mottagare av stiftelsens utdelningar.

Efter ovan överlåtelse uppfylls inte ändamålet i den mening att avkastningen ska användas i den lantbruksutbildning som **landstinget** (regionen) bedriver eftersom utbildningen numera bedrivs av Jämtlands Gymnasieförbund. Dessutom saknas numera utbildnings- och kultur nämnd inom Region Jämtland Härjedalen. I övrigt är det samma skola och samma utbildning som bedrivs som innan överlåtelsen men med ny huvudman. Det ursprungliga kärnändamålet förändras alltså inte.

På grund av ovan och för att ändamålet ska uppfyllas till sin helhet bör en ansökan om tillstånd till ändring av stiftelsens förordnande lämnas till kammarkollegiet. Ett förslag till ansökan har upprättats.

Ärendet behandlades av regionstyrelsen den 30-31 maj men återremitterades för att ”klargöra om stiftarnas intention var att stiftelsens ändamål ska vara att disponibel



avkastning ska användas till offentligt driven lantbruksutbildning”. Detta har nu klargjorts i förslaget till nytt ändamål.

Det nya ändamålet skulle lyda enligt nedan:

”Disponibel avkastning skall enligt beslut av Region Jämtland Härjedalen användas i den lantbruksutbildning som bedrivs i Jämtlands län av offentliga huvudmän för anordnande av särskilda kurser, elevstimulerande åtgärder och fortbildning av personal. Med lantbruk menas växtodling och husdjurskötsel för produktion av föda”.

### Regiondirektörens förslag

Ansökan om tillstånd till ändring av ändamålet för stiftelsen Bröderna Nils och Olof Olssons minnesfond lämnas till kammarkollegiet.

Stiftelsens ändamål ändras till:

”Disponibel avkastning skall enligt beslut av Region Jämtland Härjedalen användas i den lantbruksutbildning som bedrivs i Jämtlands län av offentliga huvudmän för anordnande av särskilda kurser, elevstimulerande åtgärder och fortbildning av personal. Med lantbruk menas växtodling och husdjurskötsel för produktion av föda”.

I tjänsten

Ingela Jönsson  
Tf. Regiondirektör

Georgios Bitsakis  
Ekonomistrateg

Utdrag till

Georgios Bitsakis



## Ansökan om permutation

Ansökningsblanketten kan användas både av stiftelser och av andra som ansöker om permutation.

Ansökan skickas till Kammarkollegiet, Box 2218, 103 15 Stockholm.

### Sökande

Namn Region Jämtland Härjedalen	Ombud/Kontaktperson Georgios Bitsakis
Adress Box 654	Adress Box 654
Postadress 831 27 Östersund	Postadress 831 27 Östersund
Telefonnummer 063-147574	Telefonnummer 063-147574
E-post	E-post georgios.bitsakis@regionjh.se

### Särskilt för stiftelser

Stiftelsens organisationsnummer 893201-8073	Stiftelsens tillkomstår 1981
Ungefärligt marknadsvärde av stiftelsens tillgångar 2 768 000	

### Yrkande

Ange vilken eller vilka föreskrifter som ska ändras eller upphävas. Om en eller flera föreskrifter ändras ska den nya lydelsen av föreskriften/föreskrifterna anges.

Region Jämtland Härjedalen ansöker om tillstånd att ändra ändamålsbestämmelserna för stiftelsen Bröderna Nils och Olof Olssons minnesfond till följande:

”Disponibel avkastning skall enligt beslut av region Jämtland Härjedalen användas i den lantbruksutbildning som bedrivs i Jämtlands län av offentliga huvudmän för anordnande av särskilda kurser, elevstimulerande åtgärder och fortbildning av personal. Med lantbruk menas växtodling och husdjursskötsel för produktion av föda”.

## Skäl för ansökan

Ange skäl för samtliga ändringar som yrkas.

Stiftelsen Bröderna Nils och Olof Olssons minnesfond har som ändamål att "Disponibel avkastning skall enligt beslut av landstingets utbildnings- och kultur nämnd användas i den lantbruksutbildning som landstinget bedriver för anordnande av särskilda kurser, elevstimulerande åtgärder och fortbildning av personal".

Landstingsfullmäktige beslutade 2011-06-14--15, § 118 att landstinget, numera region Jämtland Härjedalen, bör bland annat avveckla sin drift av Torstaskolans naturbruksgymnasium. Detta har skett genom att regionen upphörde med intagning av elever till lantbruksutbildning från och med läsåret 2012/2013. Jämtlands Gymnasieförbund (JGY) har övertagit, drivit vidare och kommer att fortsätta driva naturbruksutbildningen vid Torstaskolan. Region Jämtland Härjedalen bedriver numera ingen egen utbildning med lantbruksinriktning. Torstaskolan har, i egenskap av den enda skola i Jämtland som bedriver lantbruksutbildning, varit nästan uteslutande den ende mottagare av stiftelsens utdelningar.

Efter ovan överlåtelse uppfylls inte ändamålet i den mening att avkastningen ska användas i den lantbruksutbildning som landstinget (regionen) bedriver eftersom utbildningen bedrivs numera av Jämtlands Gymnasieförbund. Dessutom saknas numera utbildnings- och kultur nämnd inom region Jämtland Härjedalen. I övrigt är det samma skola och samma utbildning som bedrivs som innan överlåtelsen men med ny huvudman. Det ursprungliga kärnändamålet förändras alltså inte.

## Följande handlingar ska bifogas

- Ursprungliga och nu gällande föreskrifter (t.ex. gåvobrev, testamente eller stiftelseurkund).
- Kopia av eventuella permutationsbeslut och beslut från länsstyrelsen.
- Fullmakt i original om ombud anlåtats.

## Stiftelser ska dessutom bifoga följande handlingar

- Protokoll av vilket det framgår att styrelsen eller förvaltaren har beslutat om att ansöka om permutation och på vilket sätt föreskrifterna ska ändras.
- Yttrande över ansökan från utomstående organ som berörs av begärd ändring.
- Stiftelsens senaste årsredovisning/årssammanställning av räkenskaperna.

## Ansökningsavgift

I samband med att ansökan ges in ska ansökningsavgiften betalas till Kammarkollegiets bankgironummer 5052-5781. Avgiften är 8 500 kr. För stiftelser är avgiften 2 300 kr om värdet på stiftelsens tillgångar värderade enligt 3 kap. 3 § stiftelselagen (1994:1220) vid utgången av de tre senaste räkenskapsåren har understigit det då gällande prisbasbeloppet enligt socialförsäkringsbalken (2010:110).

Ansökningsavgiften inbetald den

Stiftelsen betalar den lägre ansökningsavgiften på 2 300 kr och bifogar de tre senaste årens årsredovisningar/räkenskaper.

## Underskrift av sökanden/behörig företrädare

Ort och datum	Underskrift
	Namnförtydligande



21

Svar på granskning av ledningssystem  
inom Region Jämtland Härjedalen

RS/885/2017

2017-08-04

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

RS/885/2017

## **Svar på granskning av ledningssystem inom Region Jämtland Härjedalen**

### Ärendebeskrivning

På uppdrag av regionens revisorer har KPMG genomfört en granskning av Region Jämtland Härjedalens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Granskningen har syftat till att ta reda på om regionstyrelsen har en tillfredsställande styrning och kontroll av att regionens ledningssystem stödjer ett systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med Socialstyrelsens föreskrift 2011:9.

Med anledning av genomförd granskning lämnas i rapporten följande rekommendationer till regionstyrelsen:

- Skapa en samsyn och en tydlighet i organisationen kring tolkningen av vad ett processinriktat arbetssätt innebär och hur detta ska förverkligas i Region Jämtland Härjedalen.
- En viktig del i detta är att definiera vilka processer som behövs för att kunna utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.
- Inför snarast en rutin för att den information som redan finns om processers effektivitet på verksamhetsnivå ska tillgängliggöras och användas i styrningen på regionnivå.
- Utse en person som ansvarig att driva ledningssystemfrågan framåt, en förvaltare av ledningssystemet.
- Säkerställ att regionens dokumenthanteringssystem lever upp till verksamheternas krav på användarvänlighet.

En redovisning av vilka åtgärder som regionstyrelsen vidtar eller avser vidta med anledning av granskningsresultatet ska lämnas till regionens revisorer senast den 31 augusti 2017. Ett förslag till svar har upprättats inom hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen.

### Regiondirektörens förslag

1. Upprättat förslag till svar på granskning av ledningssystemet, daterat 2017-08-18, antas.

2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

I tjänsten

Ingela Jönsson  
Tf Regiondirektör

Mikael Ferm  
Regionstabschef

### Utdrag till

Utdrag och svar skickas till regionens revisorer  
Regionstabschef  
Utvecklingschef  
Vårdstrateg  
Kvalitetsstrateg





Kerstin Lejonklou  
Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen  
Tfn: 063 - 15 34 57  
E-post:

Revisorerna i  
Region Jämtland Härjedalen

## Svar på granskning av ledningssystem inom Region Jämtland Härjedalen

Regionens revisorer har genomfört en granskning av Region Jämtland Härjedalens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. I revisionens diarium har rapporten nummer Rev/27/2016. Rapporten tillför värdefulla aspekter till Region Jämtland Härjedalens ständiga arbete att uppfylla kraven enligt SOSFS2011:9.

De resultat av granskningen som revisionen redovisat, återges ordagrant nedan. Svaren återfinns i anslutning till respektive resultat.

- 1) Vi ser positivt på den kvalitetspolicy som fullmäktige beslutat om. Den ger på en övergripande nivå förutsättningar för kvalitetsarbetet. Vi saknar dock en mer konkret uttolkning eller handlingsplan kopplad till denna policy.*

Svar: Det är under arbete att ta fram konkret stöd för arbetet med kvalitet på ett mer långsiktigt plan.

Kvalitet i vården, hur patienter uppfattar kvalitet är en viktig del. Även om de övergripande dokumenten inte är heltäckande finns olika sätt att få svar på hur kvalitet uppfattas ur patientens perspektiv. Ett sätt är via nationella patientenkäter, där regionen deltar varje år avseende primärvården och vartannat avseende somatiska specialiserade vården. Därutöver finns enkäter för patienter som besöker akutmottagningen. Flera kvalitetsregister innehåller numera uppgifter om hur patienter uppfattar att resultatet av t.ex. en operation eller rehabilitering utfallit. Resultat från kvalitetsregister kan användas mera. Det är en brist i Sverige, som uppmärksammas alltmer.

Kvalitetspolicyn riktar sig till hela Region Jämtland Härjedalen, och alla verksamheter. Vid konkretisering är det viktigt att policyns intentioner bibehålls då den konkretiseras inom hälso- och sjukvård respektive regional utveckling.

- 2) Det bör tillskapas en samsyn och tydlighet i organisationen kring tolkningen av vad ett processorienterat arbetssätt innebär och hur detta ska förverkligas inom regionen. En viktig del i detta är att definiera vilka processer som behövs för att kunna utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.*



Svar: Denna synpunkt är framförd och delvis kommunicerad med hälso- och sjukvårdsdirektörens ledningsgrupp. Vi är medvetna om att processer tolkas på olika sätt inom olika verksamheter. Vår uppfattning är att en samsyn om vad processororienterat arbetssätt innebär bör bli bättre. De svar revisionen fått från olika personer vittnar om att det finns olikheter. Till viss del kan det bero på att verksamheterna är mycket olika. Angående att definiera vilka processer som behövs är detta delvis gjort. För processer där det finns nationella riktlinjer framtagna är processerna mer tydliga och det finns målvärden framtagna.

En viktig aspekt är på vilka nivåer processerna ska vara framtagna. I ledningssystemet är intentionen att rutiner tillhörande patientgrupper (processer) som flera verksamheter är berörda av, ska finnas tillgängliga i ledningssystemet via hälso- och sjukvård från insidans vy. Såsom framkommit av svaren i revisionsrapporten finns numera en fastställd struktur för verksamhetsområdena att förhålla sig till när de lägger in sina rutiner. Det är varje verksamhetschef som ansvarar för bedömning av vilka rutiner (processer) som ska vara nåbara direkt från insidans vy. Det påverkar således vilka processer som uppfattas vara övergripande, eftersom vi valt att verksamhetscheferna ska göra bedömningen.

3) *Regionledningen efterfrågar inte på ett systematiskt sätt hur vårdprocesserna fungerar. Detta skapar inget tryck på områdescheferna att vidareutveckla de processer som inte fungerar.*

Svar: Frågan kan till stor del höra samman med fråga 2. Hälso- och sjukvårdsdirektör har i verksamhetsplan skrivit in att verksamheterna ska välja vilka medicinska mätetal som ska följas.

Flera av hälso- och sjukvårdens kärnprocesser följs i hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp. Där ges bland annat uppdrag till verksamhetschefer utifrån kvalitetsresultat att genomföra förbättringsarbeten. Ett sådant exempel är snabbspår höftfraktur med flera delar av sjukvården inblandad, vilket mynnat ut i ett bättre flöde och minskade omloppstider. Ett annat exempel är flödet för patienter med prostataproblematik där ett omfattande arbete har genomförts med ett högintensivt förbättringsarbete (HIFA).

Däremot pekar revisionens granskning på att regionledningen borde bättre följa kärnprocesserna och deras resultat på exempelvis ledningens genomgång som genomförs årligen. Detta ska regionledningen hörsamma och införa under rubriken kvalitet på ledningens genomgång. Där ska ledningen genom att se över resultat med tillhörande analys för vissa av kärnprocesserna kunna bedöma den kvalitet som processen ger. Finns det behov av förbättringar eller förändringar kan regionledningen så besluta vid genomgången.

4) *Det saknas idag en heltäckande bild av hur olika kärnprocesser fungerar. Detta medför att ledningssystemet inte ger en heltäckande bild av hur hälso- och sjukvården i regionen fungerar. Detta riskerar medföra att resurser inte fördelas på bästa sätt och att utvecklingsinsatser inte sker inom områden där behoven är störst.*

Svar: Processer kan delas in på olika sätt. En viktig process som löper igenom alla patientgruppspecifika processer är tillgänglighet. Tillgänglighet följs kontinuerligt och kapacitets- och produktionsplanering tillämpas inom alla vårdverksamheter. Tillgänglighet har högt fokus hos hälso- och sjukvårdsdirektören och hela ledningen.

Det finns kärnprocesser (läs patientgrupper) som inte har några kvalitetsmätetal framtagna varken nationellt eller lokalt. Återigen spelar kvalitetsregisteranvändning stor roll. Det finns resultat, som inte används alls, eller i betydligt lägre omfattning än önskvärt.

5) *Regionen saknar idag en utsedd person med uppgift att driva utvecklingen av ledningssystemfrågan framåt. En sådan person bör därför utses.*

Svar: Detta måste vara ett missförstånd. Region Jämtland Härjedalen har en utsedd person med uppgift att driva utvecklingen av ledningssystem framåt. ISO 9001 betonar högsta ledningens ansvar för ledningssystemet och dess resultat. Inom Region Jämtland Härjedalen finns en styrgrupp utsedd som hittills bestått av hälso- och sjukvårdsdirektör, regionstabschef, kommunikationschef, utvecklingschef, kvalitetsstrateg och vårdstrateg. Till stöd för enhetschefer har en kort presentation tagits fram av vad ett ledningssystem är, som kan visas på t.ex. arbetsplatsträffar. Syftet med presentationen är att motivera nyttan med ett ledningssystem. Alla nya chefer får utbildning om vad ett ledningssystem är.

6) *Granskningen visar att fler riskanalyser bör göras för att motverka hinder i arbetet att uppnå god kvalitet.*

Svar: Det är allmänt önskvärt att riskanalyser ska göras, och att dess resultat ska användas. Antal riskanalyser ökar över tid, men regionen skulle kunna vinna på att göra fler. De riskanalyser som utförs har ofta arbetsmiljöaspekter i fokus, eftersom det är ett lagkrav. Det görs dock ofta parallellt riskanalyser utifrån ett patientsäkerhets- och kvalitetsperspektiv. Exempel på genomförda riskanalyser är inför uppdatering av journalsystemet COSMIC, införande av operationsrobot och införande av ny beredskapsorganisation inom primärvården.

7) *Granskningen visar att dokumenthanteringssystemet Centuri, som är en del i ledningssystemet, inte är tillräckligt stöd i verksamheternas arbete. Dokumenthanteringen är inte arrangerad på ett sätt som möjliggör att dokument kan sökas fram utifrån den logik som användarna i verksamheten följer. Regionstyrelsen bör säkerställa att ledningssystemet lever upp till verksamhetens krav på användarvänlighet.*

Svar: Dokumenthanteringssystemet Centuri är inte en del i ledningssystemet. Däremot innehåller Centuri dokument som tillhör ledningssystemet. Oavsett vilket system som används, behövs viss kunskap om hur systemet är uppbyggt. Vi vet att en del medarbetare uttrycker att systemet ska vara självinstruerande, dvs. att det inte ska behövas någon utbildning för att använda systemet. Jämförelse kan göras med hur förberedelser och uppbyggnad av resurser för det relativt nya journalsystemet har lagts upp. För att kunna

använda journalsystemet anses det självklart att medarbetare ska få utbildning och fortbildning då det kommer nya versioner. Synsättet borde inte vara annorlunda när det gäller att ha kunskap om ledningssystem och det dokumenthanteringssystem som ledningssystemet lagras i.

För att säkerställa kvalitet och patientsäkerhet innehåller dokumenthanteringssystemet funktioner som ger möjlighet till granskning, godkännande, giltighetstid och versionshantering för dokument (t.ex. rutiner för hälso- och sjukvård) tillhörande ledningssystemet. Detta handhavande kan tyckas omständligt, men viktigt för att underlagen som hälso- och sjukvårdspersonal arbetar utifrån ska vara rätt. Till hjälp för användarna i de olika verksamheterna finns en sökfunktion, som ska underlätta att få fram de dokument som behövs. Sökfunktionen ska förbättras under hösten.

De flesta användare av ledningssystemet, har behörighet att kunna läsa dokument. En betydligt mindre grupp av medarbetare har roll som utfärdare. Denna grupp behöver högre kunskapsnivå, eftersom dessa även skriver dokument som ska tillhöra ledningssystemet. Det är viktigt att utfärdarna har kunskap om hur dokument ska benämnas för att de ska vara lätt sökbara i systemet. Kvalitetsstrateg utbildar så kallade delsamordnare inom varje verksamhetsområde. Delsamordnare har till uppgift att inom respektive verksamhetsområde hjälpa till med systematisering av innehåll i ledningssystemet utifrån den struktur som är beslutad för Region Jämtland Härjedalen.

Alla chefer bör i rollen som handläggare i dokumenthanteringssystemet ha grundläggande utbildning i dokumenthantering.

#### REGIONSTYRELSEN

Ann-Marie Johansson (S)  
Regionstyrelsens ordförande

Ingela Jönsson  
Tf Regiondirektör

## Regionstyrelsen

### Granskning av ledningssystemet

På vårt uppdrag har KPMG under ledning av revisionskontoret genomfört en granskning av regionens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Granskningen har syftat till att ta reda på om Regionstyrelsen har en tillfredsställande styrning och kontroll av att regionens ledningssystem stödjer ett systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med Socialstyrelsens föreskrift 2011:9.

Resultatet av granskningen redovisas i bifogad revisionsrapport.

- Vi ser positivt på den kvalitetspolicy som fullmäktige beslutat om. Den ger på övergripande nivå förutsättningar för kvalitetsarbetet. Vi saknar dock en mer konkret uttolkning eller handlingsplan kopplad till denna policy.
- Det bör tillskapas en samsyn och tydlighet i organisationen kring tolkningen av vad ett processinriktat arbetssätt innebär och hur detta ska förverkligas inom regionen. En viktig del i detta är att definiera vilka processer som behövs för att kunna utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.
- Regionledningen efterfrågar inte på ett systematiskt sätt hur vårdprocesserna fungerar. Detta skapar inget tryck på områdescheferna att vidareutveckla de processer som inte fungerar.
- Det saknas idag en heltäckande bild av hur olika kärnprocesser fungerar. Detta medför att ledningssystemet inte ger en helhetsbild av hur hälso- och sjukvården i regionen fungerar. Detta riskerar medföra att resurser inte fördelas på bästa sätt och att utvecklingsinsatser inte sker inom de områden där behoven är som störst.
- Regionen saknar idag en utsedd person med uppgift att driva utvecklingen av ledningssystemfrågan framåt. En sådan person bör därför utses.
- Granskningen visar att fler riskanalyser bör göras för att motverka hinder i arbetet att uppnå god kvalitet.
- Granskningen visar att dokumenthanteringssystemet Centuri, som är en del i ledningssystemet, inte är ett tillräckligt stöd i verksamheternas arbete. Dokumenthanteringen är inte arrangerad på ett sätt som möjliggör att dokument kan sökas fram utifrån den logik som användarna i verksamheten följer. Regionstyrelsen bör säkerställa att ledningssystemet lever upp till verksamhetens krav på användarvänlighet.

Vi emotser senast den 2017-08-31 en redovisning av vilka åtgärder som regionstyrelsen vidtar eller avser vidta med anledning av granskningsresultatet.

## För Region Jämtlands-Härjedalens revisorer



Annelie Bengtsson  
Ordförande



Leif Gabrielsson  
Revisionsdirektör

### Bilaga

Revisionsrapport "Granskning av ledningssystemet" Rev/27/2016.

### Kopia till

Regiondirektören

Förvaltningschef för hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Chefen för Samordningskansliet

Områdeschefer:

- Barn- och ungdomsmedicin
- Ortopedi
- Primärvård



**Region Jämtland Härjedalen**

## Granskning av ledningssystem

KPMG AB  
2017-03-23  
*Antal sidor:26*

## Innehållsförteckning

1.	Sammanfattning och rekommendationer	2
1.1	Rekommendationer	3
2.	Inledning	4
2.1	Bakgrund	4
2.2	Syfte och avgränsning	5
2.3	Revisionskriterier	5
2.4	Metod	5
2.5	Läsanvisning	5
3.	Övergripande om regionens ledningssystem	6
3.1	Ledningssystemets plats i regionens styrmodell	6
3.2	Kvalitetspolicy	7
3.3	Dokumenthanteringssystem	8
3.4	Kommentarer och bedömningar	9
4.	Ledningssystemet i praktisk användning	9
4.1	Regionledningsnivå	9
4.2	Områdesledningsnivå	13
4.3	Enhetsnivå	15
4.4	Ledningens genomgång	17
4.5	Patientsäkerhetsberättelse och andra uppföljningar av kvalitetsutfall	19
4.6	Enkät och GAP-analys / självskattning	20
5.	Övergripande kommentarer och slutsatser	22
6.	Revisionsfrågor och svar	25
	Bilaga 1 Våra utgångspunkter – KPMGs syn på ledningssystem	
	Bilaga 2 Metod	
	Bilaga 3 Enkät	
	Bilaga 4 GAP-analys, självskattning av förhållanden i ledningssystemet	

## 1. Sammanfattning och rekommendationer

KPMG har på uppdrag av revisorerna i Region Jämtland Härjedalen genomfört denna granskning av ledningssystem. Syftet har varit att granska om regionstyrelsen har en tillfredställande styrning och kontroll av att regionens ledningssystem stödjer en systematisk kvalitetsutveckling i enlighet med Socialstyrelsens föreskrift 2011:9.

Genom mål och uppdrag i regionplanen styrs vanligen politiska inriktningar och verksamhetsförändringar av olika slag. Denna del i ledningssystemet är välutvecklad i meningen att det finns en tydlig struktur och modell för hur styrning och uppföljning ska ske. Det som däremot inte är lika välutvecklat är hur kärnverksamheten styrs, dvs. alla de kärnprocesser<sup>1</sup> där det ytterst avgörs hur god vård som regionen tillhandahåller för patienterna och samhället. Arbetet i detta avseende har kommit längre på verksamhetsnivå än på regionnivå. En mycket viktig förutsättning för att komma vidare är att bestämma hur verksamheternas information om hur bra kärnprocesserna fungerar ska förmedlas till regionnivån. Så länge inte en mer komplett bild finns av hur alla viktiga processer fungerar så finns risk att resurser inte fördelas på bästa sätt och att utvecklingsinsatser sker inom fel områden.

Genom beslut i fullmäktige har en god grund lagts i Regionen för att arbeta med kvalitet utifrån ett sådant processinriktat sätt som både kvalitetspolicyn och socialstyrelsens föreskrift anger. Vi bedömer det dock som viktigt att Regionen konkretiserar vad ett sådant processinriktat arbetssätt i praktiken innebär och hur det ska förverkligas. En väsentlig del i detta är att ta fram en plan för att identifiera, beskriva, fördela ansvar för, målsätta, följa upp, utvärdera och förbättra samtliga relevanta kärn-, lednings- och stödprocesser. I kapitel fem beskriver vi mer om vilka frågor som bör klaras ut kring detta.

Patientsäkerhetsarbetet i Regionen är relativt välutvecklat jämfört med andra delar av ledningssystemet. Trots det finns behov av förbättringar. Användning av information från olika datakällor sker med systematik och förbättringsområden identifieras främst med koppling till respektive datakälla. Utmaningen är bl.a. att lyfta analys och systematik och identifiera samband som bara framträder när information från alla datakällor läggs samman.

Checklistan för egenkontroll av ledningssystemet behöver kompletteras med frågor om kärnprocesser. Dessutom bör den del som avser kvalitet hanteras separat för att markera kvalitetsledningens särställning i ledningssystemet.

Vår bedömning är att dokumenthanteringssystemet idag inte är ett tillräckligt stöd i verksamheternas arbete. Dokumenthanteringen är inte arrangerad på ett sätt som möjliggör att dokument söks fram utifrån den logik som användarna i verksamheten följer. Regionen behöver utveckla systemet eller ersätta det i syfte att säkerställa att det lever upp till verksamheternas krav på användarvänlighet. Utveckling och förbättring planeras ske under 2017.

---

<sup>1</sup> Kärnprocesser är de processer som levererar värde till de som verksamheten är till för – patienterna. Kärnprocesser kan t.ex. utgöras av olika patientgrupper. Se mer om processer i bilaga 1.



## 1.1 Rekommendationer

Med anledning av genomförd granskning lämnas följande rekommendationer till Regionstyrelsen:

- Skapa en samsyn och en tydlighet i organisationen kring tolkningen av vad ett processinriktat arbetssätt innebär och hur detta ska förverkligas i Region Jämtland Härjedalen.
  - En viktig del i detta är att definiera vilka processer som behövs för att kunna utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.
- Inför snarast en rutin för att den information som redan finns om processers effektivitet på verksamhetsnivå ska tillgängliggöras och användas i styrningen på regionnivå.
- Utse en person som ansvarig att driva ledningssystemfrågan framåt, en förvaltare av ledningssystemet.
- Säkerställ att regionens dokumenthanteringssystem lever upp till verksamheternas krav på användarvänlighet.

## 2. Inledning

### 2.1 Bakgrund

Mellan åren 2005 t.o.m. 2011 fanns ett krav att landsting/regioner skulle ha ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12). Sedan 1 januari 2012 är dock den tidigare föreskriften upphävd och istället gäller SOSFS 2011:9 – Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Vårdgivaren, i detta fall regionstyrelsen, är ansvarig för att det finns ett ledningssystem.

I föreskriftens första paragraf framgår att den ska tillämpas i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i sådan verksamhet som omfattas av bl.a. hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen. Föreskriften ska enligt 2§ även tillämpas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. En avgörande skillnad mellan den nya och den gamla föreskriften är att den nya betonar processer som centrala i kvalitetsarbetet. Processer ska identifieras, beskrivas (aktiviteter och rutiner för att säkra kvalitet) och systematiskt förbättringsarbete ska bedrivas för dessa. Det systematiska förbättringsarbetet delas in i följande områden enligt föreskriftens femte kapitel: riskanalys, egenkontroll, utredning av avvikelser, förbättrande åtgärder i verksamheten, förbättring av processer och rutiner.

Socialstyrelsen beskriver i föreskriften att ett ledningssystem behövs för att systematiskt och fortlöpande kunna utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Den som bedriver verksamheten ska med stöd av ledningssystemet kunna:

- ✓ planera,
- ✓ leda,
- ✓ kontrollera,
- ✓ följa upp,
- ✓ utvärdera,
- ✓ förbättra verksamheten.

Revisorerna har vid upprepade tillfällen noterat att det inom Regionen har saknats ett ledningssystem för systematisk kvalitetsutveckling enligt gällande föreskrifter. Revisorerna anser att det finns en risk för att kvalitetsarbetet inte bedrivs på ett tillfredsställande sätt om inte ledningssystemet är utformat och fungerar på ett ändamålsenligt vis. Mot denna bakgrund har revisorerna beslutat att granska regionens arbete med ledningssystem.

## 2.2 Syfte och avgränsning

Det övergripande syftet med projektet har varit att granska om regionstyrelsen har en tillfredställande styrning och kontroll av att regionens ledningssystem stödjer en systematisk kvalitetsutveckling i enlighet med Socialstyrelsens föreskrift 2011:9.

Granskningen har avgränsats till områdena Ortopedi, Primärvård och Barn- och ungdomsmedicin.

Revisionsfrågorna återges och besvaras i kapitel sex.

## 2.3 Revisionskriterier

Revisionskriterier i denna granskning utgörs främst av:

- Hälso- och sjukvårdslagen 31 §
- Socialstyrelsens föreskrift SOSF 2011:9
- Beslut i fullmäktige
- KPMGs erfarenheter beskrivna i bilaga 1 har använts som ett raster genom vilket förhållanden i regionens ledningssystem har bedömts.

## 2.4 Metod

Den använda metoden beskrivs i bilaga 2.

## 2.5 Läsanvisning

De flesta som satt sig in i de krav som finns i Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem delar nog uppfattningen att det finns stort utrymme för tolkningar kring olika krav. Utan mer konkreta tolkningar är det samtidigt svårare att undersöka följsamheten till kraven. I denna granskning har vi använt KPMGs något mer konkreta uttolkning av vad ett ledningssystem för kvalitetsutveckling är. Den bygger på våra konsulter erfarenheter av praktiskt arbete med ledningssystem. Vi vill uppmana läsaren att inledningsvis ta del av detta (se bilaga 1). Det kommer underlätta förståelsen av varför och mot vilken bakgrund vi gör olika bedömningar i denna granskning.

I kapitel tre återges inledningsvis hur Regionen beskriver sitt ledningssystem och hur ledningssystemet är en integrerad del av styrsystemet. Därefter söker vi efter hur kvalitetsbegreppet definieras i Regionen. Slutligen beskrivs Centuri, det system som används för dokumenthantering i Region Jämtland Härjedalen. I kapitlets sista avsnitt ger vi våra kommentarer och bedömningar av dessa övergripande förhållanden avseende regionens ledningssystem.

Hur ledningssystemet används i praktiken står i fokus i kapitel fyra. I de tre första avsnitten går vi igenom den praktiska tillämpningen på regionlednings-, områdeslednings- och enhetsnivå. Dessa avsnitt bygger i hög grad på det som kommit fram i våra intervjuer. Det fjärde avsnittet beskriver företeelsen och arbetet i forumet *Ledningens genomgång*. Delavsnitt fem ägnas åt hur Regionen följer upp kvalitet och patientsäkerhet. I avsnitt sex återges resultatet dels av en genomförd enkät om ledningssystemet som riktats till vårdpersonal inom de verksamheter som ingått i granskningen dels en självskattning. I självskattningen har fem personer på regionnivå svarat på hur de ser på statusen i regionens ledningssystem. Respektive delavsnitt i kapitel fyra avslutas med kommentarer och bedömningar.

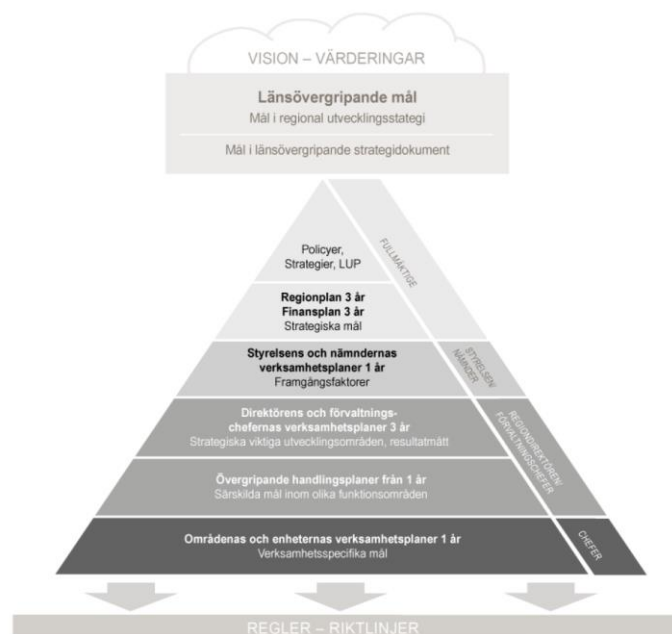
Vi har i det femte kapitlet lyft ett antal förhållanden till diskussion och presenterar utifrån detta några övergripande slutsatser.

Revisionsfrågorna återges och besvaras sist i rapporten - kapitel sex.

### 3. Övergripande om regionens ledningssystem

#### 3.1 Ledningssystemets plats i regionens styrmodell

I regionplanen för 2017 – 2019 beskrivs regionens styrmodell i nedanstående illustration<sup>2</sup>.



<sup>2</sup> Vi vill upplysa läsaren om att regionens styrmodell har ändrats sedan 2017. Gällande den tredje nivån i triangeln så ger numera regiondirektören direktiv till förvaltningarna vilka sedan upprättar verksamhetsplaner.

Sedan år 2013 har Region Jämtland Härjedalen (vid startpunkten dåvarande Landstinget Jämtland) utarbetat ett dokument som beskriver ”Regler för planering och uppföljning enligt Region Jämtland Härjedalens styrmodell”. Dokumentet är en beskrivning över hur styrmodellen fungerar och vilken ansvarsfördelning som gäller i det interna arbetet. Reglerna anger också hur och när övergripande styrande dokument ska utformas, fastställas och följas upp.

Planerings- och uppföljningsarbetet utgår från fyra målområden: samhälle, patient, medarbetare och verksamhetsresultat. Inom varje område formuleras politiska mål. I ledningssystemet framgår regionens övergripande ”ramverk” med lagar och styrdokument som alla verksamheter har att förhålla sig till. Till exempel policyer och planer men även rutiner, vårdprogram med mera. I ledningssystemet finns också olika redovisande dokument, till exempel årsredovisningar, ekonomirapporter, verksamhetsberättelser och protokoll.

Ledningssystemet är uppdelat i processer som beskriver hur organisationen ska arbeta och vilka resultat det ger utifrån uppsatta målområden. Figuren nedan visar systemets uppbyggnad:



För att säkerställa att ledningssystemet är tillgängligt, effektivt och verkningsfullt genomförs ledningens genomgång två gånger per år inom respektive förvaltningsnivå. Ledningens genomgång genomförs dessutom två gånger per år på regionnivå. Se mer om ledningens genomgång i avsnitt 4.4.

### 3.2 Kvalitetspolicy

En sådan finns beslutad av Regionfullmäktige år 2015. Den beskriver regionens vision och lägger fast en värdegrund.

I policyn framgår att ett ledningssystem införts för att på ett systematiskt sätt kontinuerligt och långsiktigt utveckla och säkerställa kvaliteten i arbetssätt och metoder. Regionens ledningssystem innefattar enligt policyn fyra arbetsområden: kvalitet, miljö, arbetsmiljö och informationssäkerhet.

Under avsnittet *Värdering* tas bl.a. följande upp:

- Ledare i organisationen ska visa sitt engagemang genom att basera åtgärder utifrån fakta och med en helhetssyn på verksamheten.
- Verksamheterna ska använda ett processinriktat arbetssätt genom att:
  - kartlägga och dokumentera relevanta interna och externa processer
  - fastställa mätbara mål och följa upp resultat
  - fortlöpande utvärdera resultaten och fastställa nya mål för att ständigt förbättra verksamheten
  - jämföra verksamheten med andra och lära av de bästa

### **3.3 Dokumenthanteringssystem**

Regionen använder systemet Centuri för lagring av bl.a. styrande och stödjande dokument i ledningssystemet. Systemet har även en modul för avvikelshantering. När systemet infördes fanns möjlighet för verksamheter att skapa sin egen struktur för hur dokument skulle lagras i systemet. Regionen har nyligen gått ifrån detta och tillhandahåller genom kvalitetsstrategen på regionkontoret en gemensam struktur.

Vid genomgång av Centuri med regionens kvalitetsstrateg framkom att det går att söka fram ett dokument i systemet genom att fylla i ett sökfält och sedan filtrera resultatet med hjälp av kategorier. Däremot går det inte enkelt att ta fram all information som berör eller är intressant för en viss yrkesgrupp, t.ex. barnmorskor. Att söka ut all dokumentation som rör en viss enhet i organisationen går förvisso men den blir komplett bara under förutsättning att alla relevanta dokument också sparats under den enheten i Centuri. Det är dock ovanligt att t.ex. alla övergripande / gemensamma rutiner sparats på varje enhet där rutinen är relevant.

Centuri kommer att uppdateras under hösten 2017, enligt kvalitetsstrategen kommer systemet att tillhandahålla ett nytt modernt användargränssnitt. En ny leverantör av sök- och sortertjänsten håller också på att utveckla verktyget.

Processbeskrivningar sparar generellt sett inte i Centuri utan i den mån de finns i ett annat system tillgängligt via intranätet: Prodocapo.

Enligt kvalitetsstrategen finns ingen färdig rapport för att se hur många som använder Centuri men det finns möjlighet att få information om hur många dokument som har öppnats. Arbete pågår för att ta fram ett utbildningsprogram för dokumenthantering i Centuri. Tanken är att härigenom lösa problemen med att systemet upplevs som svåränvänt.

Systemet har även en avvikelsemodul. Där registreras och klassificeras avvikelser utifrån sammanhang och bidragande orsak. Sammanhang kan vara t.ex. *patient & vård, utrustning & produkt, service & tjänst* m.m. Bidragande orsaker kan också anges t.ex. *procedurer, rutiner&riktlinjer - gällande rutin har ej följts etc.* Enligt patientsäkerhetssamordnaren går det inte idag att koppla en avvikelse till enskild process eller patientgrupp. I nästa version kommer detta sannolikt att vara möjligt.

### 3.4 Kommentarer och bedömningar

I kvalitetspolicyn har fullmäktige lagt fast viktiga förutsättningar för kvalitetsarbetet. Beslut ska fattas utifrån fakta och helhetssyn. Ett processinriktat arbetssätt är centralt och processer ska kartläggas och dokumenteras. De ska ha mätbara mål som följs upp och resultaten ska fortlöpande utvärderas för att ständigt förbättra verksamheten. Vår bedömning är att detta är en mycket god grund att bygga ett ledningssystem på. En generell iakttagelse är dock att regionen saknar en mer konkret uttolkning eller handlingsplan kopplad till denna policy. Det finns behov av att mer konkret beskriva vad *ett processinriktat arbetssätt* är i Regionen och hur detta ska förverkligas, vilka processer som ska kartläggas och dokumenteras samt i vilken takt etc.

Regionen har tagit fram ett angeläget dokument och åstadkommit en tydlig beskrivning av sin styrmodell. Vissa kopplingar görs mellan styrmodell och ledningssystem såsom att de fyra målområdena som regionen använder är integrerade i beskrivningen av ledningssystemet. I övrigt är det svårare att se hur styrmodell och ledningssystem interagerar.

Regionens dokumenthanteringssystem har brister i nuvarande version. Dokumenthanteringen är inte arrangerad på ett sätt som möjliggör att dokument söks fram utifrån den logik som användarna i verksamheten följer. Vi har t.ex. konstaterat att det i praktiken inte går att söka fram dokument relevanta för en specifik yrkesgrupp eller en viss organisatorisk enhet. Det framstår som angeläget att planerade åtgärder leder till att systemet blir mer användbart för användare i hälso- och sjukvården.

## 4. Ledningssystemet i praktisk användning

### 4.1 Regionledningsnivå

#### 4.1.1 Synen på vad ett ledningssystem för kvalitet är

Vi har inlett våra intervjuer med att ställa frågan: *Vad betyder ledningssystem för dig?* Flera intervjuade har uttryckt att det är ”ett sätt att styra regionen”. Uppfattningen att ledningssystemet är ”mer än dokumenthanteringssystemet” har förts fram av många.



”Hela alltet” har också varit svar på frågan liksom ”dokumenthanteringssystem, uppföljning och analys”. En intressant synpunkt har också framförts från chefläkaren och regionöverläkaren som ansåg att de inte hade någon direkt relation till ledningssystemet.

Av intervjuerna har vi också fått en tydlig bild av att regionen ägnat kraft åt att skapa tydlighet i styrning och uppföljning av de mål som ges i regionplanen och att detta är en central del i ledningssystemet. Av protokoll från forumet ledningens genomgång framkommer även att ledningstid ägnas åt att diskutera patientsäkerhet och följsamhet till regionens egenkontrollinstrument (checklista) för chefer att följa olika riktlinjer i ledningssystemen.

#### 4.1.2 Processorientering

Regionen har inte en enhetlig metod (eller stödverktyg) för sin processorientering. Det saknas en uttalad plan för att inom viss tid identifiera, kartlägga, fördela ansvar för, sätta mål för och följa upp samtliga relevanta lednings-, kärn-, och stödprocesser.

De intervjuade uppger att vissa men långt ifrån alla kärnprocesser i hälso- och sjukvården är kartlagda. Några av de intervjuade upplever att det i dagsläget inte finns kapacitet att kartlägga alla kärnprocesser och sedan sätta upp mål för dem. Hälso- och sjukvårdsdirektören bedömer att det ute i vården finns rätt god kontroll på kärnprocesserna. En stor del av arbetet med kvalitetsutveckling utgår från jämförelser med andra landsting/regioner. Det är även från sådana jämförelser som avstamp för förbättringar tas, särskilt för områden där regionen har ett relativt svagt utfall jämfört med andra.

Tf regiondirektören berättar att ett betydande fokus under 2017 kommer att ligga på att utveckla uppföljningsprocessen. Hon beskriver att flera bokslut lever sitt eget liv, rapporteras i olika forum men att en helhetssyn saknas.

Under 2017 ska samtliga vårdprogram/rutiner som berör fler än en verksamhet uppdateras och kvalitetssäkras innan inplacering på rätt plats i ledningssystemet sker. Det är respektive områdeschef som beslutar om vilka dokument som ska placeras i ledningssystemet på övergripande nivå.

#### 4.1.3 Egenkontroll

Regionen har som stöd till chefer på alla nivåer tagit fram dokumentet *Egenkontroll systematiskt kvalitetsarbete*. Dokumentet innehåller en checklista för egenkontroll. Tanken är att chef och medarbetare regelbundet går igenom denna i syfte att identifiera avvikelser relativt krav i alla fyra ledningssystem (kvalitet, miljö, arbetsmiljö och informationssäkerhet). Checklistan innehåller ca 150 frågor. Följande områden ingår vilka kan sägas koppla mest till kvalitetsledning: Ledning & styrning, Verksamhetsplanering/uppföljning, Stöd - system - samverkan, Systematiskt patientsäkerhetsarbete.

På ledningsnivå är de intervjuade medvetna om checklistan. Den används delvis på regionnivå, exempelvis genom att gå igenom vissa delar åt gången. Några framför att den är



ganska omfattande. Det framkommer av protokoll i ledningens genomgång att checklistan inte används i den omfattning som regionledningen önskar, bl.a. till följd av att den inte är tillräckligt känd i organisationen.

Vid intervjuerna delgav vi vår förvåning över att så lite om hur kärnprocesserna fungerar framgår av protokollen från ledningens genomgång. De intervjuade ansåg detta vara en intressant reflexion. Hälso- och sjukvårdsdirektören berättade att den typen av diskussioner förs mer i hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp men inte heller där utifrån en utpräglad systematik.

Jämfört med kärnprocesser så framkommer att diskussioner om lednings- och stödprocessers effektivitet förs i än mindre grad i ledningens genomgång eller andra ledningsforum.

En iakttagelse är att regionens checklista *Egenkontroll systematiskt kvalitetsarbete* inte innehåller frågor om kärnprocesser<sup>3</sup>. Exempelvis om verksamhetens kärnprocesser har identifierats, kartlagts, fördelats ansvar för, målsatts, följs upp, utvärderas och förbättras. Däremot finns en hel del frågor kopplade till budget- uppföljningsprocess, riskanalys och patientsäkerhet.

#### 4.1.4 Riskanalyser och avvikelsehantering

Tf regiondirektören framför att regionens verksamheter är noggranna med att genomföra riskanalyser när det sker en förändring, dvs. där detta måste ske utifrån arbetsmiljölagen. Dock finns det mycket att arbeta med vad gäller förebyggande riskanalyser i övrigt. Flera av de intervjuade menar att det inte genomförs tillräckligt med riskanalyser som bedömer riskerna för att inte nå tillräckliga resultat vad gäller exempelvis god vård eller tillgänglighet. Några lyfter fram att det finns internkontrollplaner kopplade till de politiska målen samt att riskanalyser genomförts av hur sårbar vården är om olika IT-system slutar att fungera. En gemensam rutin / mall för riskanalys tillhandahålls via dokumenthanterings-systemet.

Även inom området klagomål och avvikelsehantering finns etablerade rutiner framtagna för att ta emot, utreda och ”lagra” information. Så långt är alla intervjuade på regionnivå överens. Sedan menar de flesta att regionen har förbättringsmöjligheter i de senare leden i detta arbete. Kopplat till enskilda datakällor sker oftast ett systematiskt arbete med att identifiera förbättringsområden. När det gäller att lägga samman information från flera datakällor menar de flesta att arbetet kan förbättras. Den ”röda tråden” mellan datafångst – sammanställning – analys – förbättringsområden och förbättringsåtgärder kan tydliggöras menar flera.

#### 4.1.5 Förbättringsarbete

Förbättringsarbetet utgår främst från jämförelser med landets övriga landsting/regioner. Viktiga datakällor är kvalitetsregister / Öppna jämförelser / Vården i siffror och Nysam.

<sup>3</sup> kan i hälso- och sjukvård vara liktydigt med flöden och arbetssätt kopplade till de största patientgrupper som en verksamhet ansvarar för

Systematiken i förbättringsarbetet kan bli bättre enligt tf regiondirektören. Även om nämnda datakällor rymmer en väldig mängd data så erhåller Regionen utifrån detta inte en samlad bild av hur bra vården är för alla kärnprocesser. Uppenbara negativa avvikelser i t.ex. Vården i siffror blir ofta i praktiken avstamp för förbättringar eller ambitionshöjningar.

Det genomförs ingen systematisk uppföljning av förbättringsarbeten för att undersöka vilka tillvägagångssätt som har varit framgångsrika.

#### **4.1.6 Kommentarer och bedömningar**

De intervjuade vid regionledningen har en samsyn kring att ledningssystemet är mer än dokumenthanteringssystemet. Det finns dock anledning att diskutera syftet med forumet ledningens genomgång. Idag diskuteras i liten grad hur verksamheten (kärnprocesser) fungerar och avsaknaden av det är en lucka i regionens ledningssystem, främst på regionledningsnivå. Att ledningssystemet innefattar den styrning och uppföljning som utgår ifrån regionplanens mål är en styrka.

Processororientering är inte en företeelse som genomsyrar regionens arbete. Det finns däremot exempel där ett processororienterat synsätt används. Det har dock inte framkommit att detta synsätt är en förutsättning för att kunna styra och leda verksamheterna enligt intentionerna i föreskriften. Ett exempel på detta är att regionen inte har en plan för att identifiera och beskriva samtliga relevanta kärn-, lednings- och stödprocesser.

En omfattande checklista för egenkontroll finns för följsamhet till och uppföljning av rutiner i ledningssystemen. Regionledningen diskuterar hur användningen av denna ska kunna öka. Det finns skäl för regionledningen att se över innehållet i checklistan. Ett tillägg av frågor som kopplar direkt till de luckor som regionen har i sitt ledningssystem idag är motiverat, dvs frågor om identifiering, kartläggning och förbättringsarbete kopplat till kärnprocesser. Checklistan omfattar alla fyra ledningssystem och innehåller redan många frågor. Tillägget är nödvändigt och en tanke kan vara att splittra checklistan i fyra för att göra varje del mer hanterbar.

En regiongemensam rutin finns för riskanalys. Den används företrädesvis i samband med verksamhetsförändringar. Detta är angeläget men användningen av riskanalyser kring svårigheter att nå centrala mål i hälso- och sjukvården bör öka. En genomtänkt användning av riskanalyser innebär ett förebyggande synsätt och kan minska antalet avvikelser och behovet av att genomföra händelseanalyser.

System och rutiner för att fånga avvikelser, klagomål etc. finns etablerade i regionen. Även användningen av respektive datakälla sker med systematik och förbättringsområden identifieras. Utmaningen är att lyfta analys och systematik och se samband som bara framträder när information från alla datakällor läggs samman.

Förbättringsbehov kopplade till kärnprocesser fångas främst utifrån uppenbara negativa avvikelser i t.ex. Vården i siffror. Regionen har idag inte tillgång till en mer heltäckande bild av hur funktionen är i olika kärnprocesser.

## 4.2 Områdesledningsnivå

### 4.2.1 Synen på vad ett ledningssystem för kvalitet är

Det som genomgående kommer fram som det centrala är att de intervjuade ser ledningssystemet som i princip synonymt med dokumenthanteringssystemet - Centuri. Nästan samtliga påtalar att det ska vara lätt att där hitta dokument men att det inte är lätt. Några menar att förändringar skett i Centuri och att strukturen blivit bättre. Samtidigt menar andra att "någon" på administrativ nivå ändrat i systemet på ett sätt som inte är efterfrågat från verksamheten.

### 4.2.2 Processorientering

Situationen beträffande processorientering är i huvudsak likartad enligt de intervjuade. Det har inte skett en fullständig kartläggning av vilka kärnprocesser (största patientgrupper) som områdesansvaret inrymmer. För ansvariga är detta ändå ganska tydligt. En ganska stor del av kärnprocesserna har en beskrivning av arbetssätten t.ex. i vårdprogram. Inom ortopedin finns ansvariga utsedda för olika vårdprogram. Inom barn- och ungdomsmedicin tillämpas en teamindelning (14 team) och varje team har ansvar för en eller flera patientgrupper och även här finns beskrivning av arbetssätten för de stora patientgrupperna. Inom primärvården (och då främst utifrån intervjuer på regiondrivna hälsocentraler) har vi förstått att det för en stor del av arbetet med de största patientgrupperna finns en grundläggande överenskommelse kring hur patienterna ska behandlas. Tydligheten kring detta liksom i vilken grad arbetssätten är dokumenterade varierar mellan olika patientgrupper.

I nästa led har vi efterfrågat hur ansvarsfördelningen ser ut och har då uppfattat att en sådan i huvudsak finns för de områden som är identifierade. Däremot är det inte så tydligt uttalat vad detta ansvar innebär. Vi har inte funnit något exempel där ansvaret för en kärnprocess/patientgrupp har uttryckts som:

- Säkerställa att en aktuell beskrivning finns av arbetssätt för aktuell process / patientgrupp
- Föreslå mål för processen
- Följa upp och påtala brister kring att arbetssätten används
- Följa upp processens utfall
- Förslå förbättringar

Ansvariga för vårdprogram inom ortopedin och teamansvariga inom barn- och ungdomsmedicin gör enligt de intervjuade en hel del av ovanstående trots att ansvaret inte är helt tydliggjort.

När det gäller uppföljning sker detta för flera av de processer som har ansvariga men inte utifrån en särskild rutin om uppföljning och utvärdering. Områdesansvariga menar att dagens uppföljning inte ger en komplett bild av hur kärnprocesserna fungerar. I flera fall är det ändå uppenbart att förbättringar behöver vidtas och då vanligen utifrån att jämförelser kunnat göras med liknande verksamheter.

Av intervjuerna med hälsocentralerna har framkommit att systematiken kring ansvarsfördelning och uppföljning varierar mellan olika hälsocentraler.

#### **4.2.3 Egenkontroll**

Egenkontroll avseende kärnprocesser har beskrivits i avsnittet ovan.

Beträffande den regiongemensamma checklistan för egenkontroll så känner de intervjuade till den men de använder den inte. En av de intervjuade uppger att delar av den har använts medan de flesta menar att den är för omfattande och har för svagt fokus på kvalitet. De upplever den inte som ett stöd.

#### **4.2.4 Riskanalyser och avvikelshantering**

Den bild som framkommer på områdesledningsnivå är snarlik den som återgivits för regionledningsnivån. Riskanalyser bör användas mer för att i förväg identifiera och motverka svårigheter att nå goda resultat i hälso- och sjukvården. Främst används riskanalyser i samband med verksamhetsförändringar och då arbetsmiljölagen kräver det. Även inom avvikelshantering finns stora likheter med det som framkom i intervjuer på regionledningsnivå. System och rutiner finns och används. Arbetet kan bli mer systematiskt och främst när det gäller att se samband utifrån flera datakällor. I sammanhanget kan också nämnas att i en tidigare enkät som landstingets revisorer genomfört, uppgav 71% av cheferna att avvikelssystem inte ger ett gott stöd i att följa upp avvikelser.

#### **4.2.5 Förbättringsarbete**

Primärvårdschefen förklarar att grunderna för förbättringsåtgärder är nyckeltal och uppföljning från hälsovalet. Detta behöver dock utvecklas. Det handlar om allt från tillgänglighetsmätning till målvärden för diabetespatienter och genomförda hälsosamtal. Representanter från barn- och ungdomsmedicin har diskuterat hur mycket styrdokumentet faktiskt styr processerna. Systematiken i förbättringsarbetet kan utvecklas även här. De upplever att de ofta finns grund för de förbättringsinitiativ som sker men att förbättringsarbetet skulle kunna vila på fastare grund om de hade en mer komplett bild av verksamhetens utfall. Sjuksköterskebristen påverkar även möjligheterna att bedriva förbättringsarbete. Inom ortopedin tar verksamheten sats för förbättringar utifrån jämförelser med andra.

Det finns idag ingen samlad utvärdering på områdesnivå av genomförda förbättringsprojekt i syfte att lära sig av helheten.

#### 4.2.6 Kommentarer och bedömningar

På områdesledningsnivå ses ledningssystemet i första hand som ett dokumenthanterings-system. I den vidare diskussionen blir det dock tydligt att det sker en hel del arbete med det mest centrala i ledningssystemet – kärnprocesserna. Det finns fortsatt ett arbete att göra innan en tillräcklig identifiering skett av kärnprocesser men i detta avseende finns en god grund. Ansvar för processer kan förtydligas ytterligare liksom systematiken i att följa upp och besluta om förbättringsarbete.

Utifrån diskussionen med företrädare på områdesledningsnivå bli det tydligt att regionens ledningssystem har ett glapp kopplat till kärnprocesser. I ledningssystemet (eller om man så vill, i styrningen av Regionen) efterfrågas inte systematisk och heltäckande information om hur kärnprocesserna fungerar. Detta leder till att information saknas på regionnivå för att få en mer heltäckande bild av hur hälso- och sjukvården fungerar. Att detta inte efterfrågas skapar inte heller ett tryck på områdeschefer att vidareutveckla eller komplettera processororienteringen inom de delar där en sådan är outvecklad.

I flera avseenden ger områdesansvariga en liknande bild av arbetet med ledningssystemet som den som företrädare på regionledningsnivå gett. Detta gäller t.ex. arbetet med förbättringar där grunden ofta är jämförelser med andra.

Enskilda förbättringsarbeten följs ofta upp men däremot har det inte framkommit att en mer samlad uppföljning sker på områdesnivå. I ett hypotetiskt exempel kan nio av tio förbättringsinitiativ ha lett till faktiska förbättringar och därmed är allt till belåtenhet. Om däremot förbättringar uteblivit i många fall, behöver verksamheten se över sina rutiner för att identifiera förbättringsområden och även se över hur förbättringsprojekt bedrivs.

### 4.3 Enhetsnivå

#### 4.3.1 Synen på vad ett ledningssystem för kvalitet är

De intervjuade på enheterna ger en ganska blandad bild av hur de ser på vad ett ledningssystem är. *Ett sätt att styra verksamheten* kommer upp och ganska mycket utifrån styrning av de mål som ges i regionplanen. Flera av de intervjuade uppger att de inte har någon direkt bild av vad ett ledningssystem är. Precis som i många andra intervjuer kommer även dokumenthanteringssystemet upp liksom de problem som användarna upplever med att hitta i systemet. Personal i primärvården beskrev systemet som en ständig källa till frustration. Inom ortopedkliniken har svårigheterna som användarna upplever inneburit att de mest väsentliga dokumenten skrivs ut och placeras i pärmar för att ha snabb tillgång till dem.

#### 4.3.2 Processororientering

Svaren i denna del är identiska med det som beskrivits i avsnitt 4.2.2.

### **4.3.3 Egenkontroll**

Checklistan för egenkontroll är inte särskilt känd bland de intervjuade. En av enhetscheferna som intervjuats använder listan.

Många men inte alla kärnprocesser följs upp. Ansvar ligger ute bland team eller andra ansvariga. Ofta förs diskussioner om hur arbetet är upplagt och hur bra vården blir för olika patientgrupper. Det saknas enligt de intervjuade ändå en tydlig systematik i detta. Det har t.ex. inte framkommit att det i botten finns en skriftlig rutin som anger hur uppföljning ska ske och dokumenteras. Inom primärvården finns för vissa större patientgrupper ansvariga på regionnivå. De har ansvar för att det finns en aktuell beskrivning och för att resultatuppföljning sker samt för att föreslå förbättringar. Resultaten diskuteras på enhetsnivå (enskild hälsocentral).

### **4.3.4 Riskanalyser och avvikelshantering**

I intervjuerna på enhetsnivå framkommer från de flesta konkreta exempel på genomförda riskanalyser. Detta gäller både riskanalyser kopplade till verksamhetsförändringar och riskanalyser kring andra förhållanden såsom införande av SMS-påminnelser, patientbehandling, sommarplanering och sårbarhet kring viktiga IT-system. I diskussionen menar flera ändå att deras arbete kan stärkas med att riskanalysera verksamheten mer generellt utifrån risker att de inte når goda resultat för sina patienter.

Rutiner för avvikelshantering och klagomål finns genomgående. Några av de intervjuade menar dock att rutinerna inte alltid följs. Ibland följs avvikelser upp i diskussion men fångas inte i dokumentationen (t.ex. i avvikelssystemet eller som en händelseanalys). Flera exempel kommer även fram på att enheterna har använt avvikelser eller klagomål som utgångspunkt för att vidta konkreta förbättringsåtgärder.

I flera fall sker journalgranskning som underlag för att belysa vad som skett för att sedan avgöra hur de ska gå vidare. Journalgranskning upplevs fungera väl, framförallt för att hitta förbättringsområden.

### **4.3.5 Förbättringsarbete**

Förbättringsarbete genomförs på samtliga intervjuade enheter. Ofta är grunden hämtade från jämförelser med andra eller avvikelser och egna analyser av dessa. En del förbättringsinitiativ kommer till enheterna som uppdrag uppifrån.

En synpunkt som framförs är att det inte alltid är klart vilka mål som gäller (för olika kärnprocesser / patientgrupper), därmed är det svårare att bestämma förbättringsåtgärder grundat på fakta.

#### 4.3.6 Kommentarer och bedömningar

De intervjuade på enheterna ger en splittrad bild av vad ett ledningssystem är. Det finns förstås inget självändamål med att veta detta. Däremot behöver de komponenter som Socialstyrelsen föreskriver (dvs. beståndsdelarna i ett systematiskt kvalitetsarbete) vara kända och tillämpade. Det är inte främst dessa beståndsdelar som kommer upp i våra intervjuer.

Att de intervjuade anser dokumenthanteringssystemet vara svåränvänt förstärks ytterligare på enhetsnivån.

Det finns en indelning av verksamheten utifrån vilka huvudsakliga patientgrupper (kärnprocesser) olika verksamheter har ansvar för. Indelningen är ganska komplett i detta avseende. När det gäller att fördela ansvar för olika kärnprocesser så finns detta också men inte lika heltäckande. Vi förstår det som att beskrivningar av hur arbetet ska ske för olika patientgrupper finns i ungefär samma grad och att beskrivningarna i vissa fall inte är helt aktuella. I lägre grad har mål satts upp för vad som utmärker att arbetet med patientgruppen är tillräckligt bra. Förbättringsinitiativ identifieras delvis genom jämförelser med andra delvis utifrån avvikelser/klagomål m.m. Det är idag inte möjligt att få en komplett bild av hur bra en verksamhets / enhets samtliga processer fungerar.

Det finns en del förbättringsmöjligheter relativt kravet i föreskriften att det systematiska kvalitetsarbetet ska dokumenteras.

### 4.4 Ledningens genomgång

Begreppet ledningens genomgång är hämtat ifrån ISO-standarden för ledningssystem och är ett forum där ledningen regelbundet träffas för att följa upp verksamheten och ledningssystemets funktion. I Regionen finns detta forum både på region- och förvaltningsnivå. Mötena har tillkommit som en del i ledningssystemet. Vi har tagit del av protokoll från ett sådant möte på regionledningnivå och två för hälso- och sjukvården år 2016.

Av protokollet framgår att det finns en tydlig struktur genom en fast dagordning. Vid ledningens genomgång går regionens samtliga ledningssystem igenom. Vid sidan av kvalitet är detta miljö, informationssäkerhet och arbetsmiljö.

Effektivitet i kärnprocesser (för hälso- och sjukvård är detta i hög grad kliniska processer) diskuteras i liten grad och i förekommande fall främst utifrån utfall avseende kvalitet i Öppna jämförelser och Socialstyrelsens målnivåer för vissa indikatorer. Det framgår att uppföljningsresultat avseende regionplanens strategiska mål diskuteras samt att checklisten för egenkontroll används av internrevisionen för viss uppföljning. Även patientsäkerhet finns med bland de teman som tas upp.

Funktionalitet och resursåtgång för lednings- och stödprocesser diskuteras inte alls i det protokoll från ledningens genomgång på regionnivå som vi tagit del av. Av protokollet framgår att regionledningen bedömer att ledningssystemet är lämpligt och verkningsfullt men inte tillräckligt då det saknas dokumentation. Det framgår inte vad regionledningens



bedömning vilar på t.ex. avseende ledningssystemets verkningsfullhet. Det framgår också att systemet inte är tillräckligt p.g.a. att dokumentation saknas. Protokollet ger också informationen att ledningssystemet inte är tillräckligt känt och därför inte används i tillräcklig omfattning.

Från intervjuer med personer på regionnivå (som deltar i ledningens genomgång) framkommer att ledningens genomgång generellt anses vara ett bra forum. Tf regiondirektören upplever också att forumet är något trevande, framförallt i beslutsläget. Hon håller med om att det saknas diskussioner om hur bra processerna är. Det är något som även regionstabschefen håller med om. Hälso- och sjukvårdsdirektören menar att det saknas en enighet kring varför forumet finns. Hon berättar även att det förs mer diskussioner om hur hälso- och sjukvårdens processer fungerar i ett annat forum - hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp.

#### 4.4.1 Kommentarer och bedömningar

Regionen har haft goda syften med att tillskapa forumet ledningens genomgång. Dagens användning eller tillämpning av dessa forum reser dock en del frågor. Som beskrivits ovan är företeelsen ledningens genomgång hämtad från ISO-världen. Att inspireras härifrån är mycket lämpligt då det finns flera områden som konkretiserats betydligt mer i ISO-standarden för ledningssystem än i socialstyrelsens föreskrift. Ett sådant är att ledningen behöver diskutera ”processers prestanda”. Med andra ord hur väl processerna lever upp till krav på kvalitet och resursåtgång. Inom hälso- och sjukvården brukar begreppet ”effektivitet” vanligen användas. ISO-standarden har tagit med diskussion av processers prestanda som ett stående punkt på dagordningen i det ledningsforum som kallas ledningens genomgång.

Som beskrivits ovan är dock processer och deras effektivitet endast ett mindre inslag i ledningens genomgång i Region Jämtland Härjedalen.

Av protokollet framgår att regionledningen bedömer att ledningssystemet är lämpligt och verkningsfullt men inte tillräckligt då det saknas dokumentation. Vi väljer här att bara föra ett resonemang utifrån den första av dessa bedömningar. Att i ledningens genomgång göra dessa bedömningar är också hämtat från ISO-standarden och samtidigt högst relevant även sett till SOSFS 2011:9.

Att bedöma *lämpligheten* handlar rimligen om att bedöma om ledningssystemet har en struktur och en form som är lätt att använda för dem det är till för. Ett ledningssystem som är lämpligt bör även ge svar på sådant som är viktigt – t.ex. hur effektiva olika processer är.

Innan det blir möjligt att bedöma *lämpligheten* på ett sakligt sätt behöver Regionens ledningssystem utvecklas i flera avseenden. Vi har i tidigare avsnitt beskrivit att kärnprocesser i hög grad har identifierats på verksamhetsnivå och även har dokumenterats i nästan samma grad. Däremot saknas en tydlig ansvarsfördelning i många fall liksom överenskomna mål och kunskap om processers effektivitet. I granskningen har inte heller kommit fram hur den operativa nivåns information om processers effektivitet omvandlas till systemmått på regionnivå.



Ett viktigt stöd i arbetet är att från regionnivån tillhandahålla metoder och metodstöd i arbetet med processororientering. Ett annat är att det ska vara lätt för personal i hälso- och sjukvården att hitta olika dokument som gör det lätt att göra rätt. Brister kring de delar som beskrivits här har kommit fram i granskningen och vi har mot den bakgrunden svårt att dela regionledningens bedömning att ledningssystemet är lämpligt.

## 4.5 Patientsäkerhetsberättelse och andra uppföljningar av kvalitetsutfall

Ledningssystemföreskriften ställer krav på att vårdgivaren årligen och senast den 1 mars ska upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Föreskriften ger även det ”allmänna rådet” (obs ej förskrift) att vårdgivaren varje år bör upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse.

### 4.5.1 Patientsäkerhetsberättelse

Vi har tagit del av den senaste patientsäkerhetsberättelsen (avser år 2015). Den innehåller i själva resultatdelen en genomgång av utfall inom följande områden: Avvikelser, Läkemedel, Enskildas klagomål (IVO), Patientnämndsärenden, Markörbaserad journalgranskning, VRI och basala hygienregler, Vårdprevention och Övrigt.

I det efterföljande analysavsnittet diskuteras vissa av dessa resultat. I det avslutande avsnittet presenteras vissa åtgärder för kommande år.

### 4.5.2 Vårdgivarens kvalitetsuppföljning

Vi har i denna granskning inte fått fram att Regionen sammanställer en sådan årlig sammanhållen kvalitetsberättelse som tas upp som ett allmänt råd i SOSFS 2011:9.

Regionens styrmodell innebär att mål och indikatorer finns för fyra områden, samhälle, patient, medarbetare och verksamhetsresultat. Dessa blir föremål för uppföljning under året och i årsredovisningen. Regionstyrelsens årsuppföljning innehåller även analyser inom områdena God hälsa och positiv livsmiljö, Bättre kvalitet i vården, Patientsäkerhet, Vård i rimlig tid, Läkemedel, Riks- och regionsjukvård, Vårdval och privata vårdgivare, Tandvård och FoUU. Analyserna beskriver vad som uppnåtts inom respektive analysområde samt nya utmaningar och utvecklingsområden.

Denna styrning och uppföljning utgår främst ifrån de mål som beslutats i regionplanen och här sker uppföljning och återrapportering av uppställda mål.

Styrning och uppföljning av kärnprocesser på övergripande nivå sker på följande sätt i regionen:

- I ledningens genomgång (hälso- och sjukvård) men bara sporadiskt enligt mötesprotokoll.

- I hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp och då i hög grad utifrån publicering av utfall i Vården i siffror (tidigare Öppna jämförelser). Hälso- och sjukvårdsdirektören menar dock att det som lyfts här i regel utgår ifrån att regionens utfall är sämre än väntat. Åtgärder för enskilda processer har i vissa fall diskuterats och beslutats.

Det har inte framkommit att det sker en systematisk styrning och uppföljning av lednings- och stödprocessers effektivitet.

#### 4.5.3 Kommentarer och bedömningar

Det finns en koppling mellan resultaten som redovisas i patientsäkerhetsberättelsen, åtgärder och det som tagits upp i forumet ledningens genomgång under 2016. Detta påvisar att styrkedjan i denna del fungerar.

Kopplingen mellan resultat, analys och åtgärder i patientsäkerhetsberättelsen är inte tydlig. Det går därför inte genomgående att följa varför en viss åtgärd föreslås. Vi har i flera intervjuer, bl.a. med chefläkaren, förstått att en samlad analys av olika datakällor också kan ge mer information om möjliga förbättringar.

Regionen upprättar inte en sådan årlig kvalitetsberättelse som föreskriften rekommenderar. Överhuvudtaget är det svårt att få en samlad bild av hur effektiv hälso- och sjukvården är. En del i regionens ledningssystem som är välutvecklad är styrningen och uppföljningen av de mål som ges med regionplanen. Som delkomponent i regionens ledningssystem är detta en tydlig del där en röd tråd finns mellan mål/uppdrag – genomförande – uppföljning – återredovisning och nya mål/uppdrag. Verksamhetens processer och hur väl de enskilt och sammantaget åstadkommer en god vård har däremot inte en framträdande plats i styrningen. I vissa stycken ingår detta i den styrning som utgår ifrån regionplanen men långt ifrån i tillräcklig omfattning.

## 4.6 Enkät och GAP-analys / självskattning

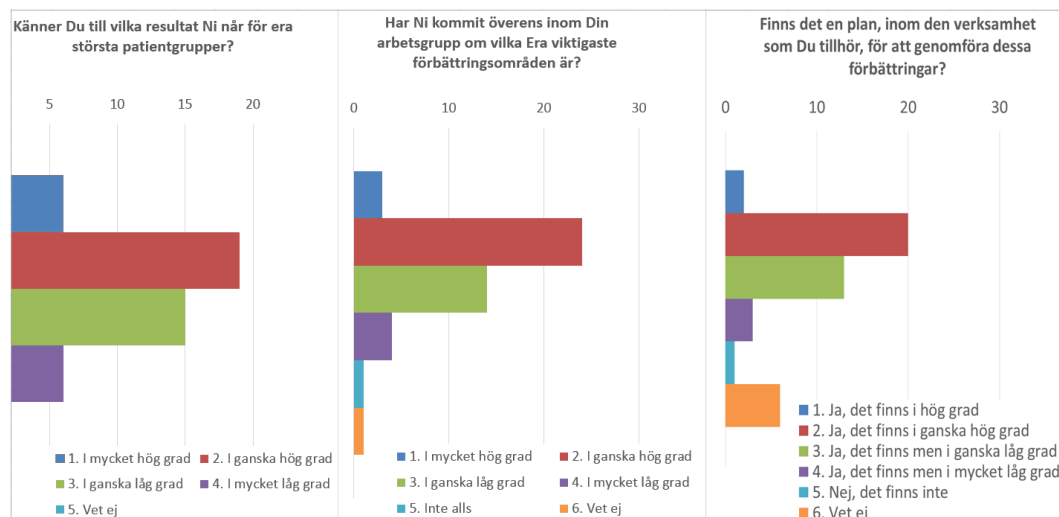
Inom ramen för detta revisionsprojekt har två separata undersökningar genomförts där anställda i regionen besvarat frågor.

### 4.6.1 Enkät

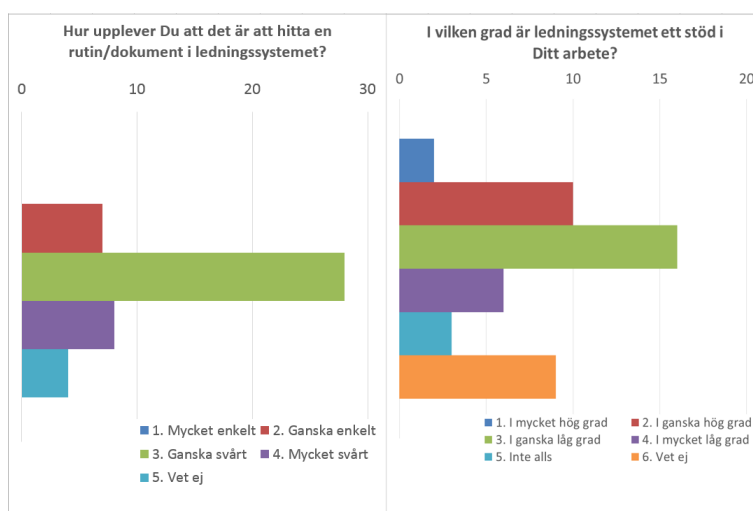
Revisionskontoret har som en del i denna granskning genomfört en enkätundersökning. Enkätens fem frågor besvarades av 46 anställda.

De tillfrågade har varit ett urval läkare, barnmorskor, distriktssköterskor och sjuksköterskor inom de verksamheter som ingår i denna granskning. Den första frågan i enkäten var: "Känner Du till vilka resultat Ni når för era största patientgrupper?". På denna fråga var det strax över hälften av de svarande som angav att de kände till resultatet i mycket eller ganska hög grad. Nästa fråga var: "Har ni kommit överens inom Din arbetsgrupp om vilka Era viktigaste förbättringsområden är?". På den frågan har 60 % svarat att en sådan överenskommelse finns i mycket eller ganska hög grad. Den tredje frågan gällde

om det finns en plan inom verksamheten för att genomföra dessa förbättringar. Av de som svarat menar hälften att det finns en sådan plan i ganska hög eller hög grad. Det var även 15 % som svarade att de inte visste om det finns en plan.



Vad gäller de två avslutande frågorna låg fokus mer på dokumenthanteringen. Ingen av de svarande upplever att det är mycket enkelt att hitta rutiner/dokument i systemet. Över 85 % svarade att det är ganska eller mycket svårt att hitta rutiner/dokument alternativt att de inte vet. Den avslutande frågan gällde om personalen uppfattar ledningssystemet som ett stöd i sitt arbete. Knappt 20 % svarade att de inte vet och 50 % svarade att det är ett stöd i ganska låg eller mycket låg grad. 7 % svarade att det inte alls är ett stöd.



#### 4.6.2 GAP-analys, självskattning av förhållanden i ledningssystemet

Vi har bett fem övergripande företrädare för hela eller delar av sjukvården i regionen att göra en självskattning av olika förhållanden i regionens ledningssystem.

Frågorna / påståendena har koppling direkt till föreskriften eller till de stöd- och vägledningsdokument som utarbetats av SKL och Socialstyrelsen. Genomgående har svarsalternativen varit följande:

- Stämmer och tillämpas fullt ut
- Stämmer delvis / utveckling behövs / tillämpningen brister
- Stämmer inte alls eller till liten del / stort utvecklingsbehov

En sammanställning av svaren finns i bilaga 3.

Generellt har de svarande bedömt att regionens arbete motsvarar det första och det andra av svarsalternativet med en tyngdpunkt på det andra, dvs ”Stämmer delvis / utveckling behövs / tillämpningen brister”. Det som skattas som bäst av de svarande är den del av patientsäkerhetsområdet som handlar om system för avvikelser, synpunkter, händelser. Det tredje svarsalternativet har inte använts alls.

#### **4.6.3 Kommentarer och bedömningar**

Enkäten till vårdens personal har ett stort bortfall. Närmare 40% av de som fick enkäten har inte svarat. Genomförd bortfallsanalys ger inte några entydiga svar om att bortfallet är snedfördelat.

Vår tolkning av utfallet är främst två:

1) Enkäten stödjer den bild som kraftigt framkommit i intervjuer att dokumenthanterings-systemet är svårt att använda. Detta bygger vi på den fjärde frågan som av respondenterna får lägst omdöme av de fem frågorna.

2) Att enkätresultatet på de tre första frågorna indikerar att systematiken i regionens kvalitetsledningssystem behöver stärkas. En generell ambition bör vara att en klart högre andel känner till vilka resultat man når, vilka förbättringar som ska genomföras och hur.

GAP-analysen återger bilden att regionen behöver vidareutveckla ledningssystemet på flera punkter men inte i första hand inom patientsäkerhetsområdet. Vi delar bilden av att detta är ett starkare område än andra. De förbättringar som ändå bör komma till stånd inom patientsäkerhetsområdet har kommenterats i avsnittet om patientsäkerhet.

## **5. Övergripande kommentarer och slutsatser**

### *Status och utvecklingsbehov för ledningssystemet*

På enhetsnivå har arbetet med processororientering kommit en god bit på väg. Många kärnprocesser är dokumenterade och har utsett ansvarig för att hålla dokumentationen aktuell. Vad ansvaret i övrigt innebär är oftast inte tydliggjort. Hur bra dessa processer fungerar

diskuteras på team-/enhets- och områdesnivå och förbättringar vidtas. Det har däremot inte framkommit att det sker en systematisk rapportering vidare till regionnivå av hur kärnprocesser fungerar. Den uppföljning och diskussion som sker på regionnivå initieras främst av att uppgifter publiceras i nationella datakällor (t.ex. Vården i siffror).

I denna del behöver Regionen klargöra sin ambitionsnivå för kvalitetsledning. Bland annat följande frågor bör hanteras för att komma vidare:

- Hur identifieras samtliga processer som ska ingå i regionens processinriktade arbete?
- Vilket ansvar har den som ansvarar för en process?
- Hur utses ansvariga för de kärnprocesser som idag saknar en sådan?
- Hur ska processer beskrivas i Regionen?
- Hur bestäms mål för processer?
- Hur sker uppföljning och förbättring?
- Hur kopplas ledningssystemet på verksamhetsnivå ihop med ledningssystemet på regionnivå? (Denna koppling är redan tydlig avseende mål i regionplanen däremot saknas en tydlig koppling mellan nivåerna för kärnprocessers effektivitet.)

Vad vi förstår har ingen idag tilldelats uppgiften att driva ledningssystemfrågan framåt. En sådan person bör utses.

Att regelbundet fundera över hur ledningssystemet fungerar och vilken vidareutveckling som krävs är en fråga som ska hanteras i forumet ledningens genomgång. En konkret utvecklingsplan för ledningssystemet kan utarbetas med utgångspunkt i bl.a. ovanstående frågor. Forumet kan vara styrgrupp för utvecklingsarbetet. Vartefter processer identifieras, beskrivs, målsätts och följs upp kan sedan forumet börja arbeta enligt de ursprungliga intentionerna – att stå för den övergripande styrningen.

I texten ovan har kärnprocesserna diskuterats. Regionen behöver dock applicera detta tänkande även för lednings- och stödprocesser. Främst är det tydliggörande av vad processansvar innebär, sätta mål, följa upp och utvärdera dessa samt att arbeta med ständiga förbättringar för lednings- och stödprocesser som Regionen bör komplettera med.

### ***Ledningssystemet som informationskälla och beslutsstöd***

Vi har ovan beskrivit att dagens utformning och innehåll i ledningssystemet inte ger en helhetsbild av hur hälso- och sjukvården i Regionen fungerar. Idag används den information som finns tillgänglig och med dessa utgångspunkter finns inga skäl att ifrågasätta att bästa möjliga beslut fattas om utveckling och förbättring. Men så länge inte en mer komplett bild finns av hur alla viktiga processer fungerar så finns risk att resurser inte fördelas på bästa sätt och att utvecklingsinsatser sker inom fel områden.

### ***Patientsäkerhet***

Patientsäkerhetsarbetet är relativt välutvecklat i Regionen. Användning av information från olika datakälla sker med systematik (dock anser många chefer att avvikelssystemet inte är ett bra stöd i arbetet med att följa upp avvikelser) och förbättringsområden identifieras främst med koppling till respektive datakälla. Utmaningen är att lyfta analys och systematik och se samband som bara framträder när information från alla datakällor läggs samman.

### ***Checklista egenkontroll***

Regionen använder en i många stycken tydlig checklista för egenkontroll. Den är ett chefsverktyg men många chefer anser att den är väldigt omfattande. Vi ser fördelar med att bryta loss de delar som handlar om ledningssystem för kvalitet. Detta för att göra det lättare för chefer att fokusera detta viktiga område. De krävs också ett tillägg av frågor som kopplar direkt till de luckor som regionen har i sitt ledningssystem dvs. frågor om identifiering, kartläggning och förbättringsarbete kopplat till kärnprocesser. Med dessa ändringar blir checklistan även ett stöd i att åstadkomma den utveckling av regionens ledningssystem som beskrivits ovan.

### ***Dokumenthanteringssystemet***

Dokument- och avvikelshanteringssystemet Centuri har genomgående<sup>4</sup> under intervjuerna beskrivits som ett bekymmer. Flera har påpekat att det redan från början skapades problem då varje enskild enhet fick bygga upp sin egen struktur i Centuri. Det har lett till svårigheter att hitta i systemet. Personal i primärvården beskrev systemet som en ständig källa till frustration. Framförallt uttrycker de att det är svårt att hitta det man söker. Detta leder till att personal tvingas be om hjälp vilket är tidskrävande. De ovan beskrivna problemen har till exempel inneburit att personal på ortopedkliniken skrivit ut de mest väsentliga dokumenten och placerat dem i pärmar för att ha snabb tillgång till dokumenten. Svårigheterna att använda systemet bekräftas i den enkät som genomfört inom ramen för denna granskning, se nästa avsnitt.

Vår bedömning är att Centuri idag inte är ett gott stöd i verksamheternas arbete. Förbättringar kring både sökmotorn och systemets användargränssnitt planeras under 2017 liksom utbildningar av användare. Under våren 2017 planeras en utbildningsinsats kring hur Centuri ska användas.

Förutsatt att de planerade förbättringarna också innebär att dokument kan sökas fram utifrån den logik som användare i hälso- och sjukvården följer, kan Centuri bli ett välkommet stöd i verksamheternas arbete att tillhandahålla god vård.

Utbildningsinsatsning kan sedan eventuellt ske i det förbättrade systemet. Det är inte en utopisk tanke att ett lättanvänt system inte ens kräver någon särskild utbildning.

---

<sup>4</sup> Ansvariga för ledningssystemet / Centuri delar inte denna negativa bild utan menar att det främst är de som inte genomgått utbildning i systemet som anser att det är svårhanterat.

## 6. Revisionsfrågor och svar

I detta avsnitt återges och besvaras samtliga revisionsfrågor.

### *Är kvalitetsbegreppet definierat på ett tillfredsställande sätt?*

Både ja och nej. Regionen har i sin kvalitetsstrategi tagit viktiga övergripande beslut om kvalitet och kvalitetsledning. Detta är en viktig utgångspunkt. Däremot saknas en mer konkret uttolkning av hur Regionen ska arbeta ”processinriktat”.

Den riktigt konkreta definitionen av kvalitetsbegreppet kan endast göras i relation till respektive process. Kopplat till respektive kärnprocess (patientgrupp) kan målen ge uttryck för den konkreta kvalitetsambitionen. En sådan tydlighet finns ännu endast för ett fåtal processer.

### *Innehåller ledningssystemet de processer och rutiner som behövs för att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet?*

Delvis. Kärnprocesser har i hög grad men inte heltäckande identifierats och beskrivits på verksamhetsnivå. Rutiner för systematisk uppföljning och förbättring finns på verksamhetsnivå och på områdesledningsnivå men är vanligen inte dokumenterade. Ingen systematisk rapportering förekommer till regionnivån av kärnprocessers effektivitet.

### *Finns rutiner för att fortlöpande bedöma om det finns risker i verksamheten och som skulle kunna medföra brister i verksamhetens kvaliteter?*

Ja en regiongemensam rutin finns. Den används alltid i samband med verksamhetsförändringar. Riskanalyser bör oftare göras för att bedöma risker kopplade till att vården inte lever upp till krav på god vård.

### *Finns dokumenterade rutiner för att kontrollera att verksamheten bedrivs enligt fastställda processer och rutiner?*

På verksamhetsnivå finns det enligt de intervjuade rutiner för att säkra att gällande arbetsätt används men de är sällan dokumenterade. Diskussioner förs vid t.ex. APT eller läkarmöten i om i vilken grad gällande arbetssätt följs. Ansvaret för att detta sker behöver klargöras.

Regionens checklista för egenkontroll finns som verktyg i detta men den behöver kompletteras med frågor om kärnprocesser och hur dessa efterlevs.

### *Finns dokumenterade rutiner för att systematiskt följa upp och utvärdera den egna verksamheten?*

Både ja och nej. Dokumenterade rutiner finns i den delen av ledningssystemet som handlar om att säkra att mål beslutade i regionplanen blir föremål för styrning och uppföljning. När det gäller en mer generell uppföljning av kvalitet i regionens hälso- och sjukvård så saknas i hög grad dokumenterade rutiner. Rutiner finns dock och uppföljning och utvärdering sker av kärnprocesser på verksamhets- och områdesledningsnivå. Däremot kan



systematiken stärkas. Rutiner saknas för att till regionnivån systematiskt lyfta upp hur kärnprocesser fungerar.

***Finns dokumenterade rutiner för att ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet?***

Ja detta finns.

***Finns rutiner för att sammanställa och analysera rapporter, klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet?***

Ja, detta finns.

***Sker ett systematiskt tillvaratagande av vad som framkommer från riskanalyser och rapporter, klagomål och synpunkter för att säkra och förbättra verksamhetens kvalitet?***

Ja detta sker men främst i relation till respektive datakälla. Nästa steg är att identifiera behov av förbättringar som framträder när en samlad analys sker av alla datakällor. Det finns också skäl att vara tydligare i patientsäkerhetsberättelsen med varför olika förbättringsinitiativ föreslås.

***Finns en tillfredsställande kännedom hos berörd personal om ledningssystemets olika delar?***

Generellt sett ser vi att Regionen bör ha en diskussion på alla nivåer om vad ett ledningssystem är (kravet) och hur detta i praktiken ska förverkligas. Det framstår som att det för många är relativt oklart vad ett ledningssystem mer konkret är. Vi har i intervjuerna genomgående ställt frågan ”Vad är ledningssystem för dig?” Många menar att det är ungefär *Hur regionen styrs*. Många har också satt likhetstecken mellan ledningssystem och dokumenthanteringssystemet. En tredje grupp av svar kan sägas vara att de svarande inte egentligen alls är bekanta med begreppet.

***Uppfattas ledningssystemet utgöra ett stöd i kvalitetsarbetet av berörd personal?***

Vår, och definitivt nästan samtliga intervjuades, bedömning är att nuvarande dokumenthanteringssystem inte är ett fullgott stöd. Detta är dock endast en del i ledningssystemet. Vår uppfattning är att många är nöjda med den systematik och tydlighet som åstadkommit kring styrning och uppföljning av de mål som beslutas i regionplanen. Där-  
emot finns betydligt mer att göra för att ledningssystemet ska uppfattas som ett stöd i arbetet med kärnprocesser.

Andreas Endredi  
Uppdragsansvarig

Örjan Garpenholt  
Konsult/Specialist





*Region Jämtland Härjedalen*  
*Revisionsrapport*  
*Granskning av ledningssystem*  
*2017-03-23*

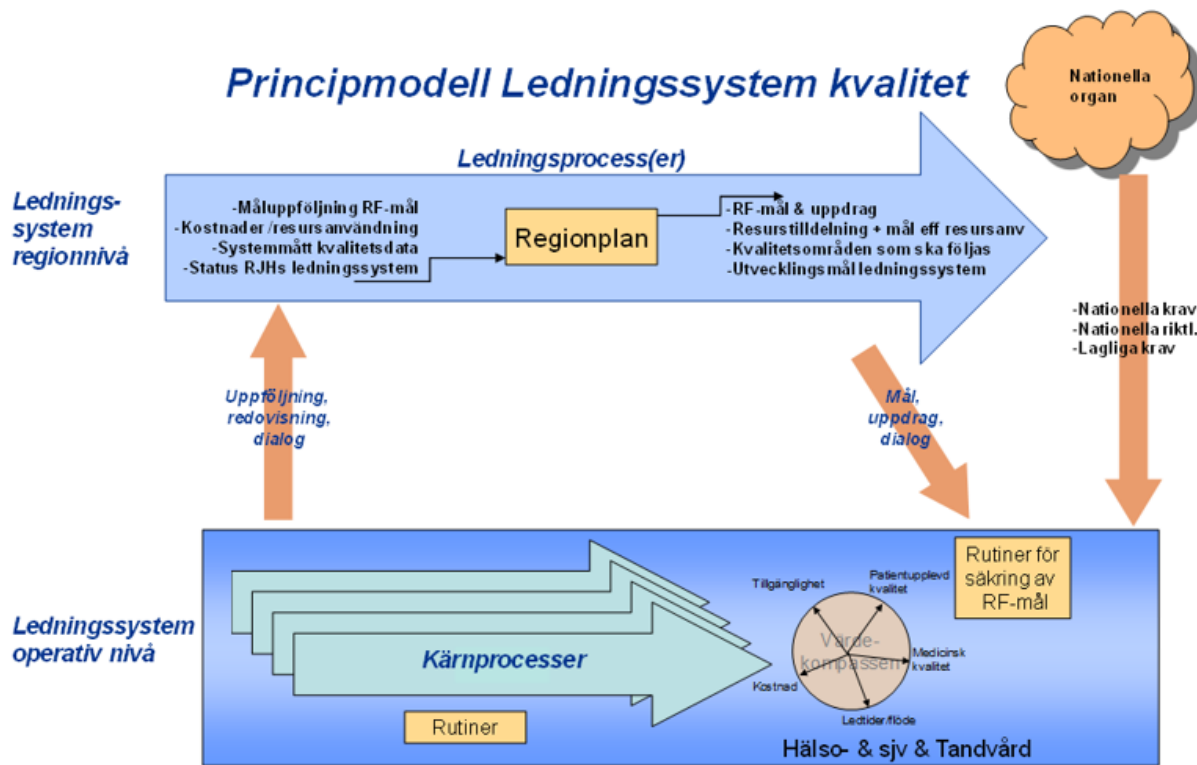
## **Bilaga 1 Våra utgångspunkter – KPMGs syn på ledningssystem**

Ledningssystemet är till för att skapa en systematisk styrning och uppföljning av all berörd verksamhet i Region Jämtland/Härjedalen i syfte att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet. Många organisationer använder också en konkret ambition kopplad till arbetet som handlar om att förbättra ordning och reda så att det blir *lätt att göra rätt*.

Att regionens ordinarie ledningsprocess är integrerad i ledningssystemet är oerhört centralt. Dessvärre finns många exempel i landstingssverige på att så inte skett. Erfarenheten är att detta är ineffektivt och att ledningssystemet inte blir varaktigt under sådana förutsättningar.

Den föreskrift som gäller sedan 1 januari 2012 (SOSFS 2011:9) har bl.a. lyft fram betydelsen av att styra processer i verksamheten. Detta är ett viktigt förtydligande relativt den föregående föreskriften och ligger i linje med modern verksamhetsledning. Det finns många definitioner av begreppet process. En som på senare tid vunnit gillande på många håll är denna: *En kedja av aktiviteter i ett återkommande flöde som skapar värde för en kund*.

Att systematiskt styra processer ställer krav på en mer sofistikerad styrning än den som vanligen används i landstingssverige. Vår utgångspunkt är att ledningssystemet måste utgå ifrån ett processorienterat synsätt eller processorientering. Vi har i den schematiska bilden nedan beskrivit ett sådant ledningssystem och dess huvudbeståndsdelar. Det finns inget uttalat krav i föreskriften att använda just Värdekompassens dimensioner kring kvalitet i kärnprocesser däremot kan det anses lämpligt. Skälet är att detta är ett verktyg som i flera viktiga dimensioner kan användas för att beskriva det värde som en process skapar för en kund (t.ex. en patientgrupp). Poängen är att komma vidare ifrån den tämligen enbenta budgetstyrning som är vanlig i sjukvården. Ett alternativ till Värdekompassen som används på sina håll är Värdebaserad vård.



Hälsa- och sjukvårdens arbete bedrivs i processer men det kan vara mer eller mindre systematiskt utformat utifrån att säkerställa god vård för viktiga patientgrupper. Den nya förskriften har lyft in processbegreppet som centralt i ledningssystemet. Kärnprocesserna är de processer som levererar värde till de som verksamheten är till för – patienten. För att göra processbegreppet meningsfullt och användbart i ett landsting eller en region krävs utbildning och utvecklingsarbete. Processororientering går ut på att anamma den begreppsapparat och den logik som processer bygger på. Enligt denna logik bedrivs sjukvården i processer, oavsett om den är indelad och beskriven på detta sätt. Önskvärt är dock att kartlägga vilka processer som finns, beskriva dem (arbetsätt) sätta mål för processer och fördela ansvar för dem och för hur de ska följas upp och förbättras. En öppenhet behövs för att all sjukvårdsverksamhet inte kan fasas in i processororientering på detta sätt. Rimligen bör ett hälsa- och sjukvårdssystem kunna beskrivas som bestående av några hundra kärnprocesser (de flesta rimligen indelade utifrån patientgrupper men även annan indelningsgrund är fullt möjlig, t.ex. kan akut omhändertagande vara en kärnprocess). Kanske kan då 70-80% av hälsa- och sjukvården processororienteras på detta sätt.

En utmaning som nästan all offentlig verksamhet har, inte minst hälsa- och sjukvården, är att de samlade styrsignalerna ofta är många. Sjukvården har vid sidan av de mål och uppdrag som ges av de egna politiska organen, även att förhålla sig till en rad nationella mål, professionella riktlinjer och lagliga krav. Allt detta ska hanteras i ledningssystemet.

Ett mycket tydligt fokus i kvalitetsledningssystemet inom hälso- och sjukvården faller därför på kärnprocesser och styrningen av de värden som dessa ska skapa för patienter och samhället.

En utmaning som behöver lösas på högsta ledningsnivå är hur ledningssystemet på den operativa nivån (verksamheten, dvs. där sjukvård ges till patienter) ska samverka med ledningssystemet på strategisk nivå. Sannolikt är en viktig del i lösningen att arbeta med systemmått och rapportering av kärnprocesser utifrån avvikelser relativt en överenskommen nivå på kvalitet och resursåtgång (effektivitet).

Relationen till andra ledningssystem behöver också beröras. Vanligtvis har landstingen i Sverige kommit längre med att etablera ledningssystem inom miljö, arbetsmiljö och säkerhet än inom kvalitet. Hur ledningssystemen ska relatera till varandra behöver beröras när kvalitetsledningssystem etablerats. Det är viktigt att klargöra att kvalitet utifrån det perspektiv som berörs i SOSFS 2011:9 har en särställning i förhållande till de övriga områdena. Kärnan i regionens uppdrag är att leverera goda hälso- och sjukvårds- och tandvårdstjänster till patienter och till samhället. Kvaliteten i dessa tjänster handlar om att arbeta förebyggande och ge rätt behandlingar på rätt sätt till rätt patient i syfte att hjälpa patienter att komma tillrätta med de hälsoproblem som de söker för. De övriga områdena handlar inte på samma sätt om ”slutresultatet” av regionens kärntjänster. Detta förhållande bör få konsekvenser när diskussioner förs om hur regionens resurser ska prioriteras.

## **Bilaga 2 Metod**

Metoden har innehållit följande delar:

### ***Intervjuer har skett med:***

- T.f. Regiondirektör
- Hälso- och sjukvårdsdirektör
- Regionstabschef
- Primärvårdsdirektör
- Områdeschef barn- och ungdomsmedicin
- Områdeschef ortopedi
- Kvalitetsstrateg (Förvaltar och utvecklar ledningssystemet med hjälp av Centuri)
- Chefläkare
- Regionöverläkare
- Enhetschef, medicinsk sekreterare, verksamhetsutvecklare, sjuksköterska och läkare från de av granskningen berörda verksamheterna.
  - Hälsocentralerna Frösön och Zätagränd
  - Ortopedavdelningen och Enheten för arbetsterapi och sjukgymnastik
  - Barnkliniken

### ***Följande dokument har granskats:***

- Regionplan 2017-2019
- Mötesprotokoll från ledningens genomgång från 2016
- Verksamhetsplaner för regiondirektören, hälso- och sjukvårdsförvaltningen, barn- och ungdomsmedicin, ortopedin samt den regiondrivna primärvården
- Kvalitetspolicy Region Jämtland Härjedalen
- Egenkontroll systematiskt kvalitetsarbete

- Planering och målstyrning samt regler för planering och uppföljning
- Patientsäkerhetsberättelse 2015
- Årsredovisning 2015
- Flera exempel på beskrivningar av kärnprocesser – dokumenterade beskrivningar av arbetet med att ta hand om olika patientgrupper

#### ***Gapanalys avseende följsamhet till SOSFS 2011:9***

- Fem personer på regionövergripande nivå har bedömt regionens status utifrån ett frågeformulär bestående av 35 frågor. I den sammanfattande beskrivningen av svaren (bilaga 4) har vi summerat hur många av de svarande som uppgivit ett visst svarsalternativ.

#### ***Enkät:***

- Det har genomförts ut en webbenkät bestående av fem frågor om ledningssystem. Enkäten har skickats till ett urval läkare, barnmorskor, distriktssköterskor och sjuksköterskor inom de granskade verksamheterna.

## Bilaga 3 Enkät

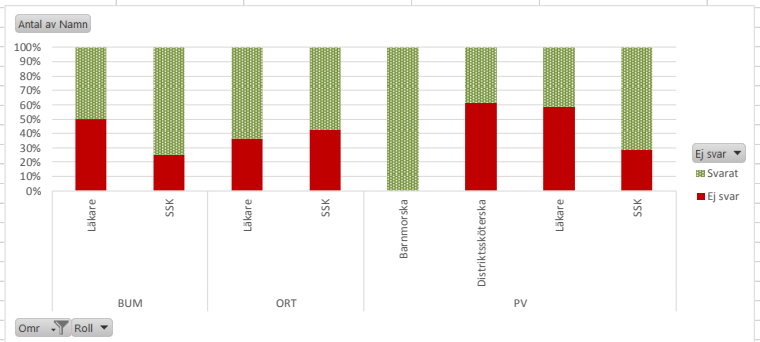
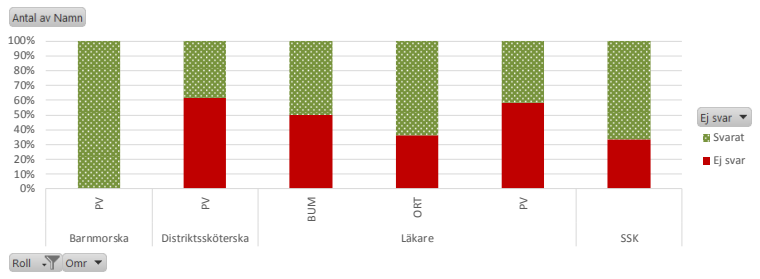
2	Känner Du till vilka resultat Ni når för era största patientgrupper? (Det går bra att lämna kommentarer i textrutan)	Antal	Procent	Grafisk illustration
1	1. I mycket hög grad	6	12,50%	6
2	2. I ganska hög grad	19	39,58%	19
3	3. I ganska låg grad	15	31,25%	15
4	4. I mycket låg grad	6	12,50%	6
5	5. Vet ej	2	4,17%	2
Totalt		48	100%	
Medelvärde		2,56		
3	Har Ni kommit överens inom Din arbetsgrupp om vilka Era viktigaste förbättringsområden är?	Antal	Procent	Grafisk illustration
1	1. I mycket hög grad	3	6,38%	3
2	2. I ganska hög grad	24	51,06%	24
3	3. I ganska låg grad	14	29,79%	14
4	4. I mycket låg grad	4	8,51%	4
5	5. Inte alls	1	2,13%	1
6	6. Vet ej	1	2,13%	1
Totalt		47	100%	
Medelvärde		2,55		
4	Finns det en plan, inom den verksamhet som Du tillhör, för att genomföra dessa förbättringar?	Antal	Procent	Grafisk illustration
1	1. Ja, det finns i hög grad	2	4,44%	2
2	2. Ja, det finns i ganska hög grad	20	44,44%	20
3	3. Ja, det finns men i ganska låg grad	13	28,89%	13
4	4. Ja, det finns men i mycket låg grad	3	6,67%	3
5	5. Nej, det finns inte	1	2,22%	1
6	6. Vet ej	6	13,33%	6
Totalt		45	100%	
Medelvärde		2,98		
5	Hur upplever Du att det är att hitta en rutin/dokument i ledningssystemet?	Antal	Procent	Grafisk illustration
1	1. Mycket enkelt	0	0,00%	0
2	2. Ganska enkelt	7	14,89%	7
3	3. Ganska svårt	28	59,57%	28
4	4. Mycket svårt	8	17,02%	8
5	5. Vet ej	4	8,51%	4
Totalt		47	100%	
Medelvärde		3,19		
6	I vilken grad är ledningssystemet ett stöd i Ditt arbete?	Antal	Procent	Grafisk illustration
1	1. I mycket hög grad	2	4,35%	2
2	2. I ganska hög grad	10	21,74%	10
3	3. I ganska låg grad	16	34,78%	16
4	4. I mycket låg grad	6	13,04%	6
5	5. Inte alls	3	6,52%	3
6	6. Vet ej	9	19,57%	9
Totalt		46	100%	
Medelvärde		3,54		

### Bortfallsanalys avseende enkät

Antal av Namn	Kolumnetiketter		Svarat		Ej svarat	
Radetiketter	Ej svar		Svarat	Totalsumma		
Barnmorska			4	4	0%	
PV			4	4	0%	
Distriktssköterska			8	5	62%	
PV			8	5	62%	
Läkare			14	15	48%	
BUM			3	3	50%	
ORT			4	7	36%	
PV			7	5	58%	
SSK			11	22	33%	
<b>Totalsumma</b>			<b>33</b>	<b>46</b>	<b>42%</b>	

Antal av Namn	Kolumnetiketter		Svarat		Ej svarat	
Radetiketter	Ej svar		Svarat	Totalsumma		
BUM			6	12	33%	
Läkare			3	3	50%	
SSK			3	9	25%	
ORT			10	15	40%	
Läkare			4	7	36%	
SSK			6	8	43%	
PV			17	19	47%	
Barnmorska			4	4	0%	
Distriktssköterska			8	5	62%	
Läkare			7	5	58%	
SSK			2	5	29%	
<b>Totalsumma</b>			<b>33</b>	<b>46</b>	<b>42%</b>	





## Bilaga 4 GAP-analys, självskattning av förhållanden i ledningssystemet

Delar i ledningssystemet		Stämmer och tillämpas fullt ut	Stämmer delvis / utveckling behövs / tillämpningen brister	Stämmer inte alls eller till liten del / stort utvecklingsbehov
1	En tydlig ram och struktur för ledningssystemet finns	2	3	
2	Lagar är inventerade	2	3	
3	Kvalitet är definierat (se Kvalitetspolicy)	2	3	
4	Kvalitetsmål är tydliggjorda	1	4	
5	Ledningssystemet är anpassat för verksamheten	1	4	
6	För varje process är ansvaret tydligt (övergripande)	2	3	
7	Processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet är identifierade (övergripande)	3	2	
8	Processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet är kartlagda (övergripande)	2	3	
9	I processerna är de aktiviteter som ingår identifierade	2	3	
10	I processen är aktiviteternas inbördes ordning bestämda	2	3	
11	För varje process är tillvägagångssättet beskrivet och för kritiska aktiviteter är rutiner utarbetade och fastställda för att säkra kvalitet (övergripande)	1	3	
12	Processer och mål för samverkan är identifierade	2 Kommuner osv	3	
13	Det framgår av processerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten	2,5	2,5 Kliniska processer	
14	Det framgår genom processerna och rutinerna hur samverkan med andra verksamheter/myndigheter/föreningar ska ske	2	3	
15	Systematiskt förbättringsarbete är tydliggjort	4	1	
16	Hur systematiska riskanalyser utförs för att nå målen för processerna är beskrivet	3	2	
17	Det är tydligt var, när och vem som är ansvarig för att riskanalys ska genomföras	2	3	
18	I riskanalysen uppskattas sannolikhet och konsekvens	3	2	
19	Egenkontroll är utarbetad	2	3	
20	Vad som ingår i egenkontrollen är tydliggjort. Innefattar även frekvens och omfattning för egenkontroll	2	3	
21	System för uppföljning av utförare finns	3	2	
22	System för avvikelser är utarbetat	5		
23	System för synpunkter och klagomål finns	5		
24	System för rapportering och utredning av händelser finns	5		

Delar i ledningssystemet		Stämmer och tillämpas fullt ut	Stämmer delvis / utveckling behövs / tillämpningen brister	Stämmer inte alls eller till liten del / stort utvecklingsbehov
25	Sammanställning sker av inkomna rapporter, klagomål och synpunkter	4	1	
26	Analys sker av inkomna rapporter, klagomål och synpunkter för att se mönster och trender	2	3	
27	Sammanställningen och analysen är kopplade till åtgärder i verksamheten	2	3	
28	Sammanställningen och analysen är kopplade till åtgärder av processer och rutiner	1	4	
29	Vi ser till att personalen efterlever processer och rutiner	2	3	
30	Arbetet med att säkra kvaliteten dokumenteras	2	3	
31	Dokumentationsskyldigheten är tydliggjord	5		
32	En patientsäkerhetsberättelse finns utarbetad	5		
33	Ledningssystemet är antaget	5		
34	Ledningssystemet är implementerat och känt i organisationen	2	3	
35	Rutiner finns för att uppdatera och hålla systemet levande	4	1	



22

Svar på remiss av DS 2014:14 Vissa  
ändringar i läkemedelslagen

RS/997/2017

2017-08-07

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

RS/997/2017

## **Svar på remiss av DS 2014:14 Vissa ändringar i läkemedelslagen**

### Ärendebeskrivning

Regeringen har beslutat att möjligheten att bevilja särskilda tillstånd för försäljning av antroposofiska medel ska tas bort ur läkemedelslagen den 1 juli 2018. I denna promemoria lämnas förslag på hur läkemedelslagen ska ändras med anledning av detta, inklusive särskilda övergångsregler. Det föreslås även ändringar i läkemedelslagen som innebär att bestämmelserna angående utbytbarhet även kommer att gälla läkemedel om godkänts centralt inom den Europeiska unionen.

Betänkandet har hanterats av regionjurist inom Samordningskansliet samt strateg inom läkemedel, Område Patientsäkerhet.

Remissvar ska ha inkommit till Socialdepartementet senast den 30 augusti 2017.

### Regiondirektörens förslag

1. Upprättat förslag till svar på remiss DS 2014:14 Vissa ändringar i läkemedelslagen, antas.
2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

I tjänsten

Ingela Jönsson  
Tf Regiondirektör

Maria Omberg  
Chef Område Patientsäkerhet

### Utdrag till

Chef Område Patientsäkerhet  
Läkemedelsstrateg

Karin Lindgren  
Patientsäkerhet  
Tfn: 063-154160  
E-post: karin.lindgren@regionjh.se

Socialdepartementet  
s.registrator@regeringskansliet.se  
s.fs@regeringskansliet.se

## Svar på remiss av DS 2017:14 Vissa ändringar i läkemedelslagen (RS/997/2017)

Region Jämtland Härjedalen har fått möjlighet att lämna synpunkter på rubricerad remiss. I promemorian lämnas förslag på hur läkemedelslagen ska ändras med anledning av att Regeringen 2016 beslutade att möjligheten att bevilja särskilda tillstånd för försäljning av antroposofiska medel ska tas bort ur läkemedelslagen den 1 juli 2018. Region Jämtland Härjedalen stödjer utformat lagförslag inklusive övergångsregler.

I promemorian föreslås även ändringar i läkemedelslagen som innebär att bestämmelserna angående utbytbarhet i läkemedelslagen även kommer att gälla läkemedel som godkänts centralt inom den Europeiska unionen. Region Jämtland Härjedalen välkomnar att utbytbarheten även inkluderar dessa läkemedel.

I övrigt har inte Region Jämtland Härjedalen några synpunkter på promemorian att framföra.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Ann-Marie Johansson  
Regionstyrelsens ordförande

Ingela Jönsson  
Tf Regiondirektör



Socialdepartementet

Ds 2017:14 Vissa ändringar i läkemedelslagen

Remissinstanser

- 1 Förvaltningsrätten i Uppsala
- 2 Kammarrätten i Stockholm
- 3 Folkhälsomyndigheten
- 4 Inspektionen för vård och omsorg
- 5 Linköpings universitet
- 6 Lunds universitet
- 7 Läkemedelsverket
- 8 Naturvårdsverket
- 9 Regelrådet
- 10 Socialstyrelsen
- 11 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket
- 12 Umeå Universitet
- 13 Uppsala universitet
- 14 Vetenskapsrådet
- 15 Örebro Universitet
- 16 Statens medicinsketiska råd
- 17 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering
- 18 Stockholms läns landsting
- 19 Uppsala läns landsting
- 20 Södermanlands läns landsting

- 21 Östergötlands läns landsting
- 22 Jönköpings läns landsting
- 23 Kronobergs läns landsting
- 24 Kalmar läns landsting
- 25 Gotlands kommun
- 26 Blekinge läns landsting
- 27 Skåne läns landsting
- 28 Hallands läns landsting
- 29 Västra Götalands läns landsting
- 30 Värmlands läns landsting
- 31 Örebro läns landsting
- 32 Västmanlands läns landsting
- 33 Dalarnas läns landsting
- 34 Gävleborgs läns landsting
- 35 Västernorrlands läns landsting
- 36 Jämtlands läns landsting
- 37 Västerbottens läns landsting
- 38 Norrbottens läns landsting
- 39 Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
- 40 Apotekarsocieteten
- 41 Arcanumskolan
- 42 Cancerfonden
- 43 Karolinska Institutet
- 44 Kommittén för komplementär och alternativ medicin
- 45 Kungliga Ingenjörsvetenskapsakademien
- 46 Kungliga Vetenskapsakademien
- 47 Leverantörsföreningen för homeopati
- 48 Läkarföreningen för Integrativ Medicin
- 49 Läkarföreningen för Antroposofiska Orienterad Medicin
- 50 LIF – Läkemedelsindustriföreningen

- 51 Föreningen för generiska läkemedel och biosimilärer
- 52 Nordiska Homeopatförbundet
- 53 Sjuksköterskeförbundet för Antroposofisk Läkekonst
- 54 Svensk Egenvård
- 55 Svensk förening för allmänmedicin
- 56 Svensk sjuksköterskeförening
- 57 Svenska Akademin för klassisk homeopati
- 58 Svenska Föreningen för Vetenskaplig Homeopati
- 59 Svenska Läkaresällskapet
- 60 Svenska Naturmedicinska Sällskapet
- 61 Svenska Psykiatriska föreningen
- 62 Sveriges Apoteksföreningen
- 63 Sveriges Farmaceuter
- 64 Sveriges Läkarförbund
- 65 Reumatikerförbundet
- 66 Vidarkliniken
- 67 Vårdförbundet

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet senast **den 1 augusti 2017**. Vi vill att ni endast skickar dem i elektronisk form och då både i wordformat och pdf-format. Remissvaren ska skickas till följande e-postadresser: [s.registrator@regeringskansliet.se](mailto:s.registrator@regeringskansliet.se) samt [s.fs@regeringskansliet.se](mailto:s.fs@regeringskansliet.se)

I remissvaren ska Socialdepartementets diarienummer S2017/02526/FS anges.

Frågor under remisstiden besvaras av Anna Weinholt, telefon 08-405 88 90 eller [anna.weinholt@regeringskansliet.se](mailto:anna.weinholt@regeringskansliet.se).

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i promemorian. Om remissen är begränsad till en viss del av promemorian, anges detta inom parentes efter remissinstansens namn i



remisslistan. En sådan begränsning hindrar givetvis inte att remissinstansen lämnar synpunkter också på övriga delar.

**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).



Torkel Nyman  
Departementsråd

Kopia till

Wolters Kluwers kundservice, 106 47 Stockholm

# Vissa ändringar i läkemedelslagen

SOU och Ds kan köpas från Wolters Kluwers kundservice.  
Beställningsadress: Wolters Kluwers kundservice, 106 47 Stockholm  
Ordertelefon: 08-598 191 90  
E-post: kundservice@wolterskluwer.se  
Webbplats: wolterskluwer.se/offentligapublikationer

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Wolters Kluwer Sverige AB  
på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

*Svara på remiss – hur och varför*

*Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).*

En kort handledning för dem som ska svara på remiss.

Häftet är gratis och kan laddas ner som pdf från eller beställas på [regeringen.se/remisser](http://regeringen.se/remisser)

Omslag: Regeringskansliets standard

Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2017

ISBN 978-91-38-24603-0

ISSN 0284-6012

# Innehåll

<b>1</b>	<b>Promemorians huvudsakliga innehåll</b> .....	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Författningsförslag</b> .....	<b>7</b>
2.1	Förslag till lag om ändring i läkemedelslagen (2015:315) .....	7
2.2	Förslag till lag om ändring i lagen (1996:1156) om receptregister.....	12
2.3	Förslag till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. ....	14
2.4	Förslag till lag om ändring i lagen (2009:366) om handel med läkemedel.....	17
2.5	Förslag till lag om ändring i lagen (2016:526) om behandling av personuppgifter i ärenden om licens för läkemedel.....	19
<b>3</b>	<b>Bakgrund och gällande rätt</b> .....	<b>21</b>
3.1	Vissa oklarheter i läkemedelslagen.....	21
3.1.1	Antroposofisk vård .....	21
3.2	Rättslig reglering av läkemedelsområdet .....	22
3.2.1	Förfaranden för tillstånd till försäljning .....	23
3.2.2	Fullständig harmonisering och EU-rättens företräde.....	25
3.3	Läkemedelslagen .....	26
3.3.1	Uttrycket läkemedel.....	26
3.3.2	Uttrycken antroposofiska medel och antroposofiska läkemedel.....	27
3.3.3	Grundläggande krav på läkemedel.....	28

3.3.4	Tillstånd till försäljning.....	28
3.3.5	Tillstånd enligt 4 kap. 10 § läkemedelslagen.....	29
3.3.6	Utbyte av läkemedel .....	31
3.3.7	Förslagen i denna promemoria.....	31
<b>4</b>	<b>Överväganden och förslag .....</b>	<b>33</b>
4.1	Bestämmelsen om tillstånd till försäljning av antroposofiska medel tas bort från läkemedelslagen.....	33
4.2	Följdändringar läkemedelslagen och i andra lagar .....	35
4.3	Övriga författningsändringar.....	35
4.3.1	Vissa ytterligare ändringar i läkemedelslagen.....	35
4.4	Följdändringar i förordningar.....	37
4.5	Ikraftträdande och övergångsbestämmelser .....	38
<b>5</b>	<b>Konsekvenser .....</b>	<b>41</b>
5.1	Allmän beskrivning av förslagens konsekvenser .....	41
5.2	Konsekvenser för tillverkare och användare av antroposofiska medel .....	42
5.3	Konsekvenser för konkurrensen .....	43
5.4	Konsekvenser för Läkemedelsverket.....	44
5.5	Konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män .....	44
5.6	Konsekvenser för det kommunala självstyret.....	44
5.7	Konsekvenser för miljön.....	44
5.8	Konsekvenser för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen.....	45
5.9	Konsekvenser för företagen.....	45
<b>6</b>	<b>Författningskommentarer.....</b>	<b>47</b>
6.1	Förslaget till lag om ändring i läkemedelslagen (2015:315) .....	47

6.2	Förslaget till lag om ändring i lagen (1996:1156) om receptregister.....	50
6.3	Förslag till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. ....	50
6.4	Förslaget till lag om ändring i lagen (2009:366) om handel med läkemedel.....	51
6.5	Förslaget till lag om ändring i lagen (2016:526) om behandling av personuppgifter i ärenden om licens för läkemedel.....	52



# 1 Promemorians huvudsakliga innehåll

Regeringen har med stöd av 4 kap. 10 § första stycket i läkemedelslagen (2015:315) samt motsvarande bestämmelser i äldre rätt sedan 1993 beslutat bevilja tillstånd att sälja vissa antroposofiska medel. I samband med det senaste tillståndsbeslutet den 30 juni 2016 meddelade regeringen att den skulle inleda ett lagstiftningsarbete med syfte att ta bort nämnda bestämmelse i läkemedelslagen och att den nya lagstiftningen, inklusive övergångsregler, skulle kunna träda i kraft den 1 juli 2018.

I denna promemoria lämnas förslag om att läkemedelslagen ska ändras genom att den ovan nämnda bestämmelsen i läkemedelslagen som innebär att tillstånd till försäljning av vissa antroposofiskt medel får lämnas om det finns särskilda skäl, ska tas bort från lagen. Med anledning av denna ändring lämnas också förslag om följdändringar i läkemedelslagen, lagen (1996:1156) om receptregister, lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m., lagen (2009:366) om handel med läkemedel och lagen (2016:526) om behandling av personuppgifter i ärenden om licens för läkemedel.

Det föreslås vidare ändringar i läkemedelslagen som innebär att en hänvisning i 5 kap. 1 § tredje stycket läkemedelslagen ändras och att bestämmelserna om beslut om utbytbarhet i läkemedelslagen kommer att gälla även för läkemedel som har godkänts centralt inom den Europeiska unionen.

I promemorian lämnas även förslag till en övergångsbestämmelse i läkemedelslagen som innebär att för tillstånd till försäljning av antroposofiska medel som beviljats före ikraftträdandet ska 4 kap. 10 § första stycket läkemedelslagen i den äldre lydelsen gälla, med den begränsningen att ett sådant tillstånd inte får förlängas.

Lagförslagen föreslås träda i kraft den 1 juli 2018.





## 2 Författningsförslag

### 2.1 Förslag till lag om ändring i läkemedelslagen (2015:315)

Härigenom föreskrivs i fråga om läkemedelslagen (2015:315) dels att 3 kap. 2 §, 4 kap. 10 §, 5 kap. 1 §, 9 kap. 1 §, 15 kap. 1 och 3 §§, 16 kap. 1 §, 18 kap. 3 §, dels att punkt 2 i ikraftträdande och övergångsbestämmelserna till lagen (2016:527) om ändring i den lagen ska ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

#### 3 kap.

##### 2 §

I fråga om läkemedel för vilka ansökan om godkännande för försäljning prövas eller har prövats enligt Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 726/2004 av den 31 mars 2004 om inrättande av gemenskapsförfaranden för godkännande av och tillsyn över humanläkemedel och veterinärmedicinska läkemedel samt om inrättande av en europeisk läkemedelsmyndighet, gäller inte bestämmelserna i 4 kap. 2 och 6–9 §§, 10 § första stycket och 11–22 §§, 5 kap. 1 § första stycket 1 och 2 samt andra och

I fråga om läkemedel för vilka ansökan om godkännande för försäljning prövas eller har prövats enligt Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 726/2004 av den 31 mars 2004 om inrättande av gemenskapsförfaranden för godkännande av och tillsyn över humanläkemedel och veterinärmedicinska läkemedel samt om inrättande av en europeisk läkemedelsmyndighet, gäller inte bestämmelserna i 4 kap. 2 och 6–9 §§ och 11–21 §§, 5 kap. 1 § första stycket 1 och 2 samt andra stycket, 6 kap. samt

*tredje styckena*, 6 kap. samt 18 kap. 3 § 2–4.  
18 kap. 3 § 2–4.

I fråga om läkemedel för vilka godkännande för försäljning har beviljats enligt den förordningen, gäller inte bestämmelserna i 4 kap. 10 § *andra stycket* och 5 kap. 1 § första stycket 3.

I fråga om läkemedel för vilka godkännande för försäljning har beviljats enligt den förordningen, gäller inte bestämmelserna i 4 kap. 10 § och 5 kap. 1 § första stycket 3.

#### 4 kap.

##### 10 §<sup>1</sup>

*Om det finns särskilda skäl får tillstånd till försäljning av ett sådant antroposofiskt medel som inte avses i 4 § lämnas.*

Om det finns särskilda skäl, får tillstånd till försäljning av ett läkemedel lämnas även i andra fall än som avses i 2, 4–7 och 9 §§.

*Om ett tillstånd som har lämnats enligt andra stycket avser försäljning från öppenvårdsapotek till konsument, får läkemedlet säljas av samtliga öppenvårdsapotek.*

Om det finns särskilda skäl, får tillstånd till försäljning av ett läkemedel lämnas även i andra fall än som avses i 2, 4–7 och 9 §§. *Avser ett sådant tillstånd försäljning från öppenvårdsapotek till konsument, får läkemedlet säljas av samtliga öppenvårdsapotek.*

#### 5 kap.

##### 1 §<sup>2</sup>

Ett läkemedel får, om inte annat anges i *tredje* stycket, säljas först sedan det

1. godkänts eller registrerats för försäljning enligt 4 kap. 2, 4, 5 eller 9 §,

Ett läkemedel får, om inte annat anges i *andra* stycket, säljas först sedan det

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2016:527. Ändringen innebär bl.a. att första stycket tas bort.

<sup>2</sup> Ändringen innebär bl.a. att andra stycket tas bort.

2. omfattas av ett erkännande av ett godkännande eller en registrering för försäljning som har meddelats i ett annat EES-land enligt 4 kap. 6 eller 7 §, eller

3. omfattas av tillstånd till försäljning enligt 4 kap. 10 § *andra stycket*.

*Ett antroposofiskt medel får säljas först sedan det omfattas av tillstånd till försäljning enligt 4 kap. 10 § första stycket.*

Läkemedel som tillverkas på apotek för en viss patient, ett visst djur eller en viss djurbesättning får säljas utan sådana godkännanden, registreringar eller erkännanden som avses i första stycket 1 och 2.

3. omfattas av tillstånd till försäljning enligt 4 kap. 10 §.

Läkemedel som tillverkas på apotek för en viss patient, ett visst djur eller en viss djurbesättning får säljas utan sådana godkännanden, registreringar, erkännanden eller tillstånd som avses i första stycket.

## 9 kap.

### 1 §

Läkemedel eller mellanprodukter får importeras från ett land utanför EES endast av den som har tillstånd till tillverkning av läkemedel eller särskilt tillstånd till import av läkemedel.

Läkemedelsverket får besluta om särskilt tillstånd till import av läkemedel enligt första stycket för

1. läkemedel som importeras för att tillgodose behov av läkemedel som får säljas med stöd av tillstånd enligt 4 kap. 10 § *andra stycket*,

2. läkemedel som ska användas för annat ändamål än sjukvård, eller

3. provningsläkemedel.

Av 3 och 4 §§ framgår att resande respektive veterinär i vissa fall har rätt att föra in läkemedel i landet.

**15 kap.****1 §**

Ansökningsavgift ska betalas av den som ansöker om

1. godkännande eller registrering för försäljning av ett läkemedel,
2. erkännande av ett sådant godkännande eller en sådan registrering för försäljning av ett läkemedel som har meddelats i ett annat EES-land,
3. tillstånd till försäljning enligt 4 kap. 10 § *andra stycket*,
3. tillstånd till försäljning enligt 4 kap. 10 §,
4. tillstånd för tillverkning av läkemedel,
5. sådan jämkning av ett godkännande för försäljning av ett läkemedel eller en registrering för försäljning av ett traditionellt växtbaserat humanläkemedel som medför att indikationerna för läkemedlet utvidgas, eller
6. tillstånd att få utföra en klinisk läkemedelsprövning.

**3 §**

Årsavgift ska betalas så länge ett godkännande, en registrering eller ett tillstånd som avses i 1 § gäller. *Årsavgift får också tas ut för medel som har fått tillstånd till försäljning enligt 4 kap. 10 § första stycket.*

Årsavgift ska betalas så länge ett godkännande, en registrering eller ett tillstånd som avses i 1 § gäller.

**16 kap.****1 §**

Den som med uppsåt eller av oaktsamhet bryter mot artikel 3.1, 12.2 eller 37.2 i Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 726/2004, i den ursprungliga lydelsen, eller 5 kap. 1 § första *eller andra styckena*, 7 kap. 9 § första stycket, 8 kap. 2 §, 9 kap. 1 § första stycket eller 10 kap. 1 § i denna lag döms till böter eller fängelse i

Den som med uppsåt eller av oaktsamhet bryter mot artikel 3.1, 12.2 eller 37.2 i Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 726/2004, i den ursprungliga lydelsen, eller 5 kap. 1 § *första stycket*, 7 kap. 9 § första stycket, 8 kap. 2 §, 9 kap. 1 § första stycket eller 10 kap. 1 § i denna lag döms till böter eller fängelse i högst ett

högst ett år, om gärningen inte är belagd med straff enligt brottsbalken eller enligt lagen (2000:1225) om straff för smuggling.

I ringa fall ska det inte dömas till ansvar.

## 18 kap.

### 3 §<sup>3</sup>

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om

1. att kravet på säkerhetsdetaljer i 4 kap. 1 § andra stycket även ska gälla för vissa receptfria humanläkemedel,

2. undantag från kraven på fullständig deklARATION, tydlig märkning och säkerhetsdetaljer i 4 kap. 1 § andra stycket,

3. kontroll av säkerhetsdetaljer som avses i 4 kap. 1 § andra stycket,

4. erkännande av ett sådant godkännande eller en sådan registrering för försäljning av ett läkemedel som har meddelats i ett annat EES-land,

5. ansökan, beredning, godkännande eller registrering som avses i 4 kap. 9 §,

6. tillstånd i sådana särskilda fall som avses i 4 kap. 10 § *andra stycket*, och

7. förutsättningar för utbytbarhet av läkemedel.

2. Bestämmelsen i 4 kap. 10 § *tredje stycket* gäller inte tillstånd som har lämnats före ikraftträdandet.

2. Bestämmelsen i 4 kap. 10 § *andra meningen* gäller inte tillstånd som har lämnats före ikraftträdandet.

1. Denna lag träder ikraft den 1 juli 2018.

2. För tillstånd som beviljats före ikraftträdandet gäller 4 kap. 10 § första stycket i den äldre lydelsen med den begränsningen att ett sådant tillstånd inte får förlängas.

<sup>3</sup> Senaste lydelse 2016:527.

## 2.2 Förslag till lag om ändring i lagen (1996:1156) om receptregister

Härigenom föreskrivs att 6 § lagen (1996:1156) om receptregister ska ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 6 §<sup>1</sup>

Personuppgifterna i receptregistret får behandlas om det är nödvändigt för

1. expediering av läkemedel och andra varor som förskrivits,
2. registrering av underlaget för tillämpningen av bestämmelserna om läkemedelsförmåner vid köp av läkemedel m.m.,
3. debiteringen till landstingen,
4. ekonomisk uppföljning och framställning av statistik hos E-hälsomyndigheten,
5. registrering och redovisning till landstingen av uppgifter för ekonomisk och medicinsk uppföljning samt för framställning av statistik,
6. registrering och redovisning till förskrivare, till verksamhetschefer enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och till läkemedelskommittéer enligt lagen (1996:1157) om läkemedelskommittéer av uppgifter för medicinsk uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring i hälso- och sjukvården,
7. registrering och redovisning till Socialstyrelsen av uppgifter för epidemiologiska undersökningar, forskning och framställning av statistik inom hälso- och sjukvårdsområdet,
8. registrering av recept och blanketter som används för flera uttag, samt registrering av dosrecept och elektroniska recept,
9. registrering och redovisning till Inspektionen för vård och omsorg av uppgifter om enskild läkares eller tandläkares förskrivning av narkotiskt läkemedel eller annat särskilt läkemedel, för inspektionens tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal enligt patientsäkerhetslagen (2010:659),
10. registrering och redovisning av uppgifter för Tandvårds-

10. registrering och redovisning av uppgifter för Tandvårds-

---

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2016:531.

och läkemedelsförmånsverkets tillsyn över utbyte av läkemedel enligt 21 § lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. och för prövning och tillsyn enligt samma lag av läkemedel som får säljas enligt 4 kap. 10 § *andra stycket* och 5 kap. 1 § *tredje stycket* läkemedelslagen (2015:315), eller

11. registrering och redovisning av uppgifter för Läkemedelsverkets tillsyn över öppenvårdsapotekens tillhandahållandeskyldighet enligt 2 kap. 6 § första stycket 3 lagen (2009:366) om handel med läkemedel.

Behandling av personuppgifter för ändamål som avses i första stycket 2 och 8, med undantag för registrering av elektroniska recept, får endast ske i fråga om den som har lämnat sitt samtycke till behandlingen. För ändamål som avses i första stycket 3 får uppgifter som kan hänföras till en enskild person inte omfatta annat än inköpsdag, kostnad, kostnadsreducering enligt lagen om läkemedelsförmåner m.m., kostnadsfrihet enligt smittskyddslagen (2004:168) och patientens personnummer.

För ändamål som avses i första stycket 4, 6 och 10 får inga uppgifter redovisas som kan hänföras till en enskild person. Ändamålen enligt första stycket 5 får inte, med undantag för utlämnande av uppgifter enligt 14 §, omfatta några åtgärder som innebär att uppgifter som kan hänföras till någon enskild patient redovisas. Dock får uppgifter som kan hänföras till en enskild förskrivare ingå i redovisning enligt första stycket 6 till samma förskrivare och till verksamhetschefen vid den enhet där förskrivaren tjänstgör samt i redovisning enligt första stycket 9 till Inspektionen för vård och omsorg.

Förskrivningsorsak får redovisas endast för de ändamål som avses i första stycket 5 och 6.

---

Denna lag träder ikraft den 1 juli 2018.



## 2.3 Förslag till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.

Härigenom föreskrivs att 8, 16 och 16 a §§ lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. ska ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 8 §<sup>1</sup>

Den som marknadsför ett läkemedel eller en vara som avses i 18 § får ansöka om att läkemedlet eller varan ska ingå i läkemedelsförmånerna enligt denna lag. Sökanden ska visa att villkoren enligt 15 § är uppfyllda och lägga fram den utredning som behövs för att fastställa inköpspris och försäljningspris.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om vem som får ansöka om att ett läkemedel som får säljas enligt 4 kap. 10 § *andra stycket* eller 5 kap. 1 § *tredje stycket* läkemedelslagen (2015:315) ska ingå i förmånerna.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om vem som får ansöka om att ett läkemedel som får säljas enligt 4 kap. 10 § eller 5 kap. 1 § *andra stycket* läkemedelslagen (2015:315) ska ingå i förmånerna.

Den som enligt första stycket ansöker om att ett läkemedel som avses i 16 a § första stycket ska ingå i förmånerna får även ansöka om att läkemedlet ska omfattas av förmånerna till dess att ansökan enligt första stycket har prövats.

Den som, enligt föreskrifter som har meddelats med stöd av *andra stycket*, ansöker om att ett läkemedel ska ingå i förmånerna ska visa att villkoren i föreskrifter som har meddelats med stöd av 16 § *andra stycket* 1 är uppfyllda. Den som enligt *tredje stycket* ansöker om att ett läkemedel ska ingå i förmånerna ska visa att villkoren i föreskrifter som har meddelats med stöd av 16 a § *andra stycket* 1 är uppfyllda.

---

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2016:530.

16 §<sup>2</sup>

Ett läkemedel som får säljas enligt 4 kap. 10 § *andra stycket* eller 5 kap. 1 § *tredje stycket* läkemedelslagen (2015:315) får ingå i läkemedelsförmånerna utan att villkoren i 15 § är uppfyllda eller att ett pris har fastställts för läkemedlet.

Ett läkemedel som får säljas enligt 4 kap. 10 § eller 5 kap. 1 § *andra stycket* läkemedelslagen (2015:315) får ingå i läkemedelsförmånerna utan att villkoren i 15 § är uppfyllda eller att ett pris har fastställts för läkemedlet.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om

1. villkoren för att ett läkemedel som avses i första stycket får ingå i förmånerna, och

2. inköpspris, försäljningspris och ändring av ett tidigare fastställt inköpspris och försäljningspris för läkemedlet.

16 a §<sup>3</sup>

Om den som marknadsför ett läkemedel har ansökt om att läkemedlet ska omfattas av läkemedelsförmånerna enligt 15 § och läkemedlet kan ersätta ett läkemedel som tidigare har fått säljas enligt 4 kap. 10 § *andra stycket* läkemedelslagen (2015:315) och har ingått i förmånerna, får Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket besluta att läkemedlet ska ingå i förmånerna till dess att ansökan har prövats.

Om den som marknadsför ett läkemedel har ansökt om att läkemedlet ska omfattas av läkemedelsförmånerna enligt 15 § och läkemedlet kan ersätta ett läkemedel som tidigare har fått säljas enligt 4 kap. 10 § läkemedelslagen (2015:315) och har ingått i förmånerna, får Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket besluta att läkemedlet ska ingå i förmånerna till dess att ansökan har prövats.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om

1. villkoren för att ett läkemedel som avses i första stycket får ingå i förmånerna, och

<sup>2</sup> Senaste lydelse 2016:530.

<sup>3</sup> Senaste lydelse 2016:530.

2. inköpspris, försäljningspris och ändring av ett tidigare fastställt inköpspris och försäljningspris för läkemedlet.

---

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2018.

## 2.4 Förslag till lag om ändring i lagen (2009:366) om handel med läkemedel

Härigenom föreskrivs att 2 kap. 1 och 5 §§ lagen om handel med läkemedel (2009:366) ska ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 2 kap.

#### 1 §<sup>1</sup>

Endast den som har fått Läkemedelsverkets tillstånd får bedriva detaljhandel med läkemedel till konsument med sådana läkemedel som

1. godkänts för försäljning, omfattas av ett erkännande av ett godkännande eller omfattas av tillstånd enligt 5 kap. 1 § första stycket läkemedelslagen (2015:315),

2. enligt 5 kap. 1 § *tredje* stycket läkemedelslagen får säljas utan godkännande, registrering eller erkännande av ett godkännande eller registrering, eller

3. godkänts för försäljning av Europeiska kommissionen eller Europeiska unionens råd.

#### 5 §<sup>2</sup>

Tillstånd enligt 1 § får inte beviljas den

1. som bedriver yrkesmässig tillverkning av läkemedel eller mellanprodukter,

2. som innehar godkännande för försäljning av läkemedel,

3. som är behörig att förordna läkemedel,

4. över vilken en person som avses i 1 eller 2 har ett bestämmande inflytande,

5. som utövar ett bestämmande inflytande över en person som avses i 1 eller 2, eller

6. över vilken en person som avses i 3, ensam eller tillsammans med någon annan som avses i 3, har ett bestämmande inflytande.

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2015:323.

<sup>2</sup> Senaste lydelse 2015:323.

Med undantag från det som anges i första stycket 1 får tillstånd beviljas om tillverkningen endast avser

1. dosdispensering,
  2. läkemedel som enligt 5 kap. 1 § *tredje* stycket läkemedelslagen (2015:315) får säljas utan godkännande, registrering eller erkännande av ett godkännande eller registrering, eller
  3. ompackning av läkemedel.
2. läkemedel som enligt 5 kap. 1 § *andra* stycket läkemedelslagen (2015:315) får säljas utan godkännande, registrering eller erkännande av ett godkännande eller registrering, eller

Med undantag från det som anges i första stycket 2 får tillstånd beviljas den som innehar godkännande endast för försäljning av parallellimporterade läkemedel.

Om det finns särskilda skäl får Läkemedelsverket i det enskilda fallet medge ytterligare undantag från förbudet mot att bevilja tillstånd.

---

Denna lag träder ikraft den 1 juli 2018.

## 2.5 Förslag till lag om ändring i lagen (2016:526) om behandling av personuppgifter i ärenden om licens för läkemedel

Härigenom föreskrivs att 2 § lagen (2016:526) om behandling av personuppgifter i ärenden om licens ska ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 2 §

Med licens avses i denna lag ett tillstånd enligt 4 kap. 10 § *andra stycket* läkemedelslagen (2015:315) för öppenvårdsapotek att sälja läkemedel för att tillgodose behovet av läkemedel för en viss patient, ett visst djur eller djurslag eller en viss djurbesättning.

Med öppenvårdsapotek avses i denna lag en inrättning för detaljhandel med läkemedel som bedrivs med tillstånd enligt 2 kap. 1 § lagen (2009:366) om handel med läkemedel.

Med licens avses i denna lag ett tillstånd enligt 4 kap. 10 § läkemedelslagen (2015:315) för öppenvårdsapotek att sälja läkemedel för att tillgodose behovet av läkemedel för en viss patient, ett visst djur eller djurslag eller en viss djurbesättning.

---

Denna lag träder ikraft den 1 juli 2018.



## 3 Bakgrund och gällande rätt

### 3.1 Vissa oklarheter i läkemedelslagen

Läkemedelslagen (2015:315) trädde i kraft den 1 januari 2016. Förslaget till bl.a. denna lag lämnades i propositionen En ny läkemedelslag (prop. 2014/15:91). I samband med Lagrådets granskning av de lagförslag som senare lämnades i propositionen, riktade Lagrådet kritik mot regleringen avseende antroposofiska medel (prop. 2014/15:91, Lagrådets yttrande, bilaga 6). Lagrådet ansåg bl.a. att frågorna om hur antroposofiska medel ska definieras samt om och på vilket sätt de omfattas av läkemedelslagens bestämmelser borde övervägas ytterligare i det fortsatta lagstiftningsarbetet.

De oklarheter som Lagrådet påtalade var enligt regeringen av sådan art att de måste åtgärdas, men för att skapa en tillfredställande reglering krävdes ett annat beredningsunderlag än det som fanns att tillgå vid denna tidpunkt (prop. 2014/15:91 s. 86 f.).

#### 3.1.1 Antroposofisk vård

Antroposofi kan på ett övergripande plan beskrivas som en livs- och världsåskådning. Den antroposofiska vård som bedrivs i Sverige har en tydlig inriktning mot individen. En patients sjukdom ses inte bara som en funktionsnedsättning, utan som en kris med somatiska, själsliga, andliga och sociala dimensioner. I behandlingen betonas multiprofessionella insatser som ska främja läkning och leda till bl.a. inre utveckling. I Sverige utövas antroposofisk medicin av bl.a. legitimerade läkare och sjuksköterskor.

Vidarkliniken i Järna bedriver vård och rehabilitering med en antroposofisk vårdinriktning. Av Vidarklinikens beskrivning av verksamheten framgår att kliniken utför kvalificerad cancervård, rehabilitering och palliativ vård. Vidare erbjuds vård och behand-



ling av exempelvis hjärt- kärlsjukdomar, neurologiska sjukdomar samt mag- och tarmsjukdomar. Även stressrelaterade symtom, kronisk smärta och utmattningssyndrom behandlas. Vidarkliniken erbjuder både sluten och öppen vård.

Antroposofisk vård utgår från ett holistiskt synsätt. Ett viktigt inslag inom den antroposofiska vården är att patientens självläkningsförmåga på olika sätt ska stödjas. Behandlingar som är gängse inom traditionell hälso- och sjukvård används därför ofta tillsammans med antroposofiska behandlingsmetoder såsom rytmisk massage, medicinsk badterapi, läkeeurymi (dvs. rörelse till språk och musik), målning och modellering.

Till de behandlingar som förekommer inom antroposofisk vård hör läkemedelsbehandling. Den antroposofiska medicinen innebär att läkemedel utvecklas och framställs på uppdrag av läkare som sedan anger indikationen för läkemedlen. Den typ av effektdokumentation som vanligtvis krävs för godkännande av läkemedel finns inte. Medlens användning bygger på den antroposofiska medicinska kunskapsteorin och har använts i Europa sedan 1920-talet (Läkemedelsverket, Dnr 589:2008/76655). De antroposofiska medlens årliga omsättning i Sverige beräknas uppgå till cirka 6,5 miljoner kronor.

### 3.2 Rättslig reglering av läkemedelsområdet

Läkemedel är en av de viktigaste behandlingsformerna inom hälso- och sjukvården och har därför en avgörande betydelse för folkhälsan. Den rättsliga regleringen av läkemedelsområdet är både omfattande och detaljerad.

Läkemedelsreglerna i Sverige och andra medlemsländer i Europeiska unionen bygger i stor utsträckning på två EG-direktiv om veterinärmedicinska läkemedel respektive humanläkemedel. Regleringen på läkemedelsområdet bygger i stor utsträckning på Europaparlamentets och rådets direktiv 2001/82/EG av den 6 november 2001 om upprättande av gemenskapsregler för veterinärmedicinska läkemedel, i det följande förkortat direktiv 2001/82/EG, och Europaparlamentets och rådets direktiv 2001/83/EG av den 6 november 2001 om upprättande av gemenskapsregler för human-

läkemedel trädde båda i kraft i december 2001, i det följande förkortat direktiv 2001/83/EG.

De ovannämnda direktiven omfattar, tillsammans med Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 726/2004 av den 31 mars 2004 om inrättande av gemenskapsförfaranden för godkännande av och tillsyn över humanläkemedel och veterinärmedicinska läkemedel samt om inrättande av en europeisk läkemedelsmyndighet, i det följande förkortad förordning nr 726/2004, hela den s.k. regulatoriska processen, dvs. olika förfaranderegler för godkännande eller registrering av läkemedel för försäljning, kontroll av tillverkning av läkemedel, marknadsföring, tillsyn och säkerhetsövervakning m.m.

Det främsta syftet med direktiv 2001/82/EG och direktiv 2001/83/EG är att värna folkhälsan. Utöver det ska djurens hälsa och miljön värnas (direktivet 2001/82/EG). Samtidigt ska kraven i de bägge direktiven inte medföra att handeln med läkemedel försvåras mer än nödvändigt.

Direktiven, som är de grundläggande rättsakterna för lagstiftning om tillstånd till försäljning av läkemedel inom EU, är i svensk rätt genomförda genom bl.a. läkemedelslagen (2015:315), läkemedelsförordningen (2015:458) och genom olika föreskrifter som beslutats av Läkemedelsverket.

### 3.2.1 Förfaranden för tillstånd till försäljning

En grundläggande utgångspunkt för regleringen i EU-rätten och således även för de svenska nationella bestämmelserna, är principen om förhandskontroll. Denna princip innebär i korthet att ett läkemedel endast får släppas ut på marknaden först efter det att en behörig myndighet har beslutat att lämna tillstånd till marknadsutsläppandet.

I svensk rätt används uttrycket tillstånd till försäljning som en samlade beteckning för sådana tillstånd till marknadsutsläppande. Uttrycken godkännande för försäljning eller registrering för försäljning är exempel på andra mer specifika beteckningar som används i bl.a. i läkemedelslagen.

Kraven som är kopplade till de olika tillstånden till försäljning är många. Det finns huvudsakligen fyra olika förfaranden för tillstånd

till försäljning: det centrala förfarandet, det ömsesidiga förfarandet, det decentraliserade förfarandet samt det nationella förfarandet. Dessa förfaranden kan översiktligt beskrivas enligt följande.

Det *centrala förfarandet* innebär att ett läkemedel blir godkänt i alla EU-länder samtidigt efter beslut av EU-kommissionen. Det *ömsesidiga förfarandet* innebär att ett företag kan välja vilka länder en ansökan om godkännande eller registrering ska omfatta och utgångspunkten för godkännandet är då ett land där läkemedlet redan är godkänt. Det *decentraliserade förfarandet* påminner om det ömsesidiga förfarandet på det sättet att ett företag kan välja vilka länder ansökan om godkännande eller registrering ska omfatta, men det decentraliserade förfarandet kan enbart användas för sådana läkemedel som inte redan är godkända eller registrerade i något EU-land sedan tidigare. I de centrala och ömsesidiga förfarandena och den decentraliserade proceduren samarbetar läkemedelsmyndigheterna i de berörda länderna vid granskningen och utreder om ansökan och utreder om läkemedlet kan godkännas eller inte. Det *nationella förfarandet* innebär att ett läkemedel endast godkänns i ett land och berörd nationell läkemedelsmyndighet svarar helt för granskning och beslut om godkännande.

Utöver nämnda förfaranden finns vissa bestämmelser i direktiven som innebär att vissa avsteg kan göras från dessa. Av artikel 5.1 direktiv 2001/83/EG följer att en medlemsstat i enlighet med gällande lagstiftning och för att tillgodose speciella behov, från bestämmelserna i detta direktiv *får* undanta läkemedel som tillhandahålls mot en spontan och i god tro avgiven beställning i enlighet med föreskrifter som lämnats av en behörig person inom hälso- och sjukvården under denna persons direkta personliga ansvar för att användas av en enskild patient.

Av artikel 5.2 direktiv 2001/83/EG följer att medlemsstaterna *får* ge tillfälligt tillstånd till distribution av ett icke godkänt läkemedel med anledning av misstänkt eller konstaterad spridning av patogener, toxiner, kemiska agens eller radioaktiv strålning som skulle kunna orsaka skada.

Enligt artikel 16.2 direktiv 2001/83/EG *kan* en medlemsstat inom sitt territorium införa eller behålla särskilda bestämmelser för prekliniska studier och kliniska prövningar av andra homeopatika än sådana som avses i artikel 14.1 i enlighet med de principer och särdrag som utmärker homeopatin i denna medlemsstat.

Slutligen finns skäl att nämna artikel 126a direktiv 2001/83/EG som i huvudsak innebär att en medlemsstat, i vilken det saknas ett godkännande för försäljning eller en inlämnad ansökan för ett läkemedel som är godkänt i en annan medlemsstat i enlighet med direktivet, *får* tillåta att läkemedlet släpps ut på marknaden. Ett sådant tillstånd ska grunda sig på motiverade folkhälsoskäl.

De ovan angivna artiklarna som bedöms innebära avsteg från vissa principer i direktiven ska enligt fast rättspraxis från EU-domstolen i allmänhet tolkas restriktivt (se bl.a. EU-domstolens domar i mål nr C-3/09, punkt 15 och i mål nr C-185/10, punkt 31 och där angiven rättspraxis).

Slutligen bör nämnas att det i artiklarna 2–4 direktiv 2001/82/EG och i artiklarna 2–3 direktiv 2001/82/EG finns bestämmelser som innebär att vissa läkemedel är undantagna från direktivens tillämpningsområde.

### 3.2.2 Fullständig harmonisering och EU-rättens företrädare

Genom direktiv 2001/83/EG, direktiv 2001/82/EG och förordning nr 726/2004 är de olika förfarandena för tillstånd för försäljning av läkemedel fullständigt harmoniserade inom EU. Detta innebär att andra förfaranden för tillstånd för försäljning av läkemedel än de som föreskrivs i EU-rätten inte är tillåtna (se bl.a. EU-domstolens dom i mål nr C-84/06).

Denna fullständiga harmonisering innebär bl.a. att det *endast* är unionslagstiftaren som kan ändra eller anpassa de nämnda förfarandena och, om nödvändigt, införa nya sådana, för att bättre uppnå målen att skydda folkhälsan och undanröja hindren för handeln med läkemedel inom gemenskapen. Det finns således inte utrymme för unionens medlemsstater att på nationell nivå anta bestämmelser om tillstånd till försäljning av läkemedel som avviker från vad som föreskrivs i EU-rätten.

Principen om EU-rättens företrädare framför medlemsstaternas nationella rätt innebär bl.a. att medlemsstaterna inte får tillämpa en nationell bestämmelse som strider mot EU-rätten. Medlemsstaternas domstolar och myndigheter ska vid tillämpning av nationell rätt som genomför exempelvis ett EU-direktiv, tolka den nationella rätten mot bakgrund av direktivets ordalydelse och syfte. Bestäm-

melserna i ett direktiv ska i sin tur tolkas mot bakgrund av bestämmelserna i de olika EU-fördragen. Det är EU-domstolen som är behörig att meddela förhandsavgörande avseende tolkningen av de rättsakter som beslutats av gemenskapens institutioner.

### 3.3 Läkemedelslagen

Läkemedelslagen (2015:315) innehåller de grundläggande svenska bestämmelserna om läkemedel. Lagen är indelad i 18 kapitel som innehåller bestämmelser om lagens syfte och innehåll (1 kap.), uttryck som används i lagen (2 kap.), lagens tillämpningsområde (3 kap.), krav på läkemedel samt godkännande, registrering och tillstånd till försäljning av läkemedel (4 kap.), krav för försäljning av läkemedel (5 kap.), säkerhetsövervakning och återkallelse (6 kap.), klinisk läkemedelsprövning (7 kap.), tillverkning (8 kap.), import och annan införsel (9 kap.), försiktighetskrav vid hantering av läkemedel och aktiva substanser (10 kap.), tidsfrister för beslut samt återkallelse av tillstånd (11 kap.), marknadsföring (12 kap.), förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit (13 kap.), tillsyn (14 kap.), avgifter (15 kap.), straff och förverkande (16 kap.) överklagande (17 kap.) samt bemyndiganden (18 kap.).

#### 3.3.1 Uttrycket läkemedel

Med läkemedel avses enligt 2 kap. 1 § läkemedelslagen (2015:315). varje substans eller kombination av substanser som tillhandahålls med uppgift om att den har egenskaper för att förebygga eller behandla sjukdom hos människor eller djur, eller kan användas på eller tillföras människor eller djur i syfte att återställa, korrigera eller modifiera fysiologiska funktioner genom farmakologisk, immunologisk eller metabolisk verkan eller för att ställa diagnos.

Ovanstående definition av läkemedel överensstämmer med vad som anges i artikel 1.2 direktiv 2001/83/EG och artikel 1.2 direktiv 2001/82/EG. Nämnda definition gäller även för förordning nr 726/2004.

Ett särskilt problem, som inte direkt berörs i läkemedelslagen, är den i bland inte självklara gränsdragningen mellan läkemedel och andra varor såsom livsmedel, kosttillskott m.m. Om en produkt

kan omfattas av både läkemedelsreglerna och andra regler har läkemedelslagen principiellt företräde, se exempelvis 1 § livsmedelslagen (1971:511). I sådana frågor kan dock medlemsländerna i EU göra olika bedömningar (se t.ex. EU-domstolens domar i målen C-211/03 m.fl. och C-319/05).

### 3.3.2 Uttrycken antroposofiska medel och antroposofiska läkemedel

I 2 kap. läkemedelslagen förekommer särskilda uttryck för vissa läkemedel, exempelvis alkoholhaltigt läkemedel och läkemedel som omfattas av sjukhusundantag. Uttrycket antroposofiska medel förekommer i läkemedelslagen, men någon definition av uttrycket finns dock inte i denna lag eller i någon annan svensk läkemedelsförfattning. Uttrycket antroposofiska läkemedel förekommer inte heller i sådan författning.

I direktiv 2001/83/EG förekommer uttrycket antroposofiska medel endast i skäl 22 till direktivet. I nämnda skäl anges att antroposofiska medel som finns beskrivna i en officiell farmakopé och som bereds enligt en homeopatisk metod, i fråga om registrering och försäljningstillstånd, ska behandlas på samma sätt som homeopatika. Uttrycket antroposofiska läkemedel förekommer inte i detta direktiv.

Uttrycken antroposofiska medel och antroposofiska läkemedel förekommer över huvud taget inte i direktiv 2001/82/EG och förordning 726/2004.

Den europeiska organisationen ECHAMP (European Coalition on Homeopathic and Anthroposophic Medicinal Products) beskriver antroposofiska läkemedel i enlighet med APC:s (Anthroposophic Pharmaceutical Codex) definition: *An anthroposophic medicinal product is conceived, developed and used in accordance with the anthroposophic knowledge of man and nature, substance and pharmaceutical processing. The application within anthroposophic medicine results from that knowledge. An anthroposophic medicinal product can contain one or more active substances. An anthroposophic medicinal product can fundamentally be employed in every dosage form.*

### 3.3.3 Grundläggande krav på läkemedel

Syftet med den EU-rättsliga reglering som läkemedelslagen åter speglar är som tidigare nämnts främst att värna folkhälsan genom att bl.a. säkerställa att läkemedlen är säkra, effektiva och av god kvalitet.

Som grundläggande krav för läkemedel gäller enligt 4 kap. 1 § läkemedelslagen att det ska vara av god kvalitet och ändamålsenligt. Läkemedlet är ändamålsenligt om det är verksamt för sitt ändamål och vid normal användning inte har skadeverkningar som står i missförhållande till den avsedda effekten. Läkemedlet ska också vara fullständigt deklarerat, ha godtagbar och särskiljande benämning samt vara försett med tydlig märkning.

### 3.3.4 Tillstånd till försäljning

Ett läkemedel får som regel säljas först efter att ett tillstånd till försäljning har meddelats. Som tidigare redovisats finns olika förfaranden för sådana tillstånd.

I 5 kap. 1 § första stycket läkemedelslagen anges att ett läkemedel får, om inte annat anges i tredje stycket, säljas först sedan det

1. godkänts eller registrerats för försäljning enligt 4 kap. 2, 4, 5 eller 9 §,

2. omfattas av ett erkännande av ett godkännande eller en registrering för försäljning som har meddelats i ett annat EES-land enligt 4 kap. 6 eller 7 §, eller

3. omfattas av tillstånd till försäljning enligt 4 kap. 10 § andra stycket.

Av 5 kap. 1 § andra stycket läkemedelslagen följer att ett antroposofiskt medel får säljas först sedan det omfattas av tillstånd till försäljning enligt 4 kap. 10 § första stycket. Som framgår av 5 kap. 1 § tredje stycket samma lag får vissa läkemedel som tillverkas på apotek för en viss patient, ett visst djur eller en viss djurbesättning säljas utan sådana godkännanden, registreringar eller erkännanden som avses i första stycket 1 och 2.

Som framgår av 4 kap. 11 § läkemedelsverket är det Läkemedelsverket som prövar frågor om godkännande eller registrering för försäljning enligt läkemedelslagen. Läkemedelsverket prövar även frågor om erkännande av ett godkännande eller en registrering som

har meddelats i ett annat EES-land. Det är regeringen som prövar frågor om tillstånd till försäljning enligt 4 kap. 10 §. Regeringen får överlåta åt Läkemedelsverket att pröva sådana frågor.

### 3.3.5 Tillstånd enligt 4 kap. 10 § läkemedelslagen

Vidarkliniken har sedan år 1993 fått olika tidsbegränsade tillstånd till försäljning av vissa antroposofiska medel. Det senaste tillståndet, som beslutades av regeringen den 30 juni 2016, sträcker sig fram till och med den 30 juni 2018. De olika tillstånden till försäljning av vissa antroposofiska medel är beslutade med stöd av 4 kap. 10 § första stycket läkemedelslagen samt motsvarande bestämmelser i äldre rätt.

Av 4 kap. 10 § första stycket följer att tillstånd till försäljning av ett sådant antroposofiskt medel som inte avses i 4 § lämnas får lämnas om det finns särskilda skäl. Den sistnämnda bestämmelsen, dvs. 4 kap. 4 § läkemedelslagen, avser sådana homeopatiska läkemedel som kan registreras.

Bestämmelserna i 4 kap. 10 § första och andra styckena läkemedelslagen motsvarar, efter redaktionella och språkliga ändringar, 5 § andra och tredje stycket läkemedelslagen (1992:859), i det följande benämnd förra läkemedelslagen.

Bestämmelsen om tillstånd för vissa antroposofiska medel (5 § andra stycket förra läkemedelslagen) infördes genom lagen (1994:83) om ändring i läkemedelslagen. Således vid tiden före Sveriges inträde i den Europeiska gemenskapen.

Av förarbetena till 5 § andra stycket förra läkemedelslagen framgår bl.a. att bestämmelsen avsågs innebära att en ansökan om tillstånd att få sälja de antroposofiska medlen inte behövde underkastas den prövning på strikt naturvetenskapliga grunder som gällde för andra läkemedel enligt 4 § förra läkemedelslagen. Vidare anfördes i förarbetena att en strikt naturvetenskaplig prövning i många fall skulle kunna utmynna i att medlen inte godkändes (prop. 1993/92 s. 9). Den i förarbetena omnämnda 4 § innehöll, såvitt nu är av intresse, krav som motsvarar 4 kap. 1 § nuvarande läkemedelslag, dvs. ”ett läkemedel ska vara av god kvalitet och ändamålsenligt. Läkemedlet är ändamålsenligt om det är verksamt för sitt ändamål



och vid normal användning inte har skadeverkningar som står i missförhållande till den avsedda effekten”.

Enligt 4 kap. 10 § andra stycket får, om det finns särskilda skäl, tillstånd till försäljning av ett läkemedel lämnas även i andra fall än som avses i 2, 4–7 och 9 §§. De särskilda skälen i denna bestämmelse tar, som framgår av förarbetena till förra läkemedelslagen, i första hand sikte på s.k. frilistning, tillstånd till försäljning av icke godkända läkemedel för att möjliggöra nödvändiga läkemedel inom hälso- och sjukvården (licenser) samt situationer då oväntade epidemier inträffar (se prop. 1991/92:107 s. 81 f.). Bestämmelsen i 4 kap. 10 § andra stycket motsvarar 5 § tredje stycket förra läkemedelslagen. Sistnämnda bestämmelse fanns i förra läkemedelslagen redan då den lagen infördes (se prop. 1991/92:107 avsnitt 2.7 och i författningskommentaren s. 80 f.).

Mot bakgrund av tidpunkten för de ovanstående bestämmelsernas tillkomst finns, beträffande vad som enligt förarbetena ansetts utgöra särskilda skäl enligt 4 kap. 10 § första och andra styckena läkemedelslagen, anledning att erinra om vad som redovisats under avsnitt 3.2.2.

Slutligen finns i 4 kap. 10 § tredje stycket läkemedelslagen en bestämmelse som innebär att om ett tillstånd som har lämnats enligt andra stycket avser försäljning från öppenvårdsapotek till konsument, får läkemedlet säljas av samtliga öppenvårdsapotek. Bestämmelsen infördes genom lagen (2016:527) om ändring i läkemedelslagen (2015:315). Som framgår av övergångsbestämmelsen till sistnämnda lag gäller inte 4 kap. 10 § tredje stycket tillstånd som har lämnats före ikraftträdandet. Förarbetena till denna bestämmelse, som trädde ikraft den 1 januari 2017, finns i regeringens proposition Läkemedel för särskilda behov (prop. 2015/16:143).

Läkemedelslagens bestämmelser är endast tillämpliga på läkemedel (human och veterinärmedicinska) som tillverkats på visst sätt samt på teknisk sprit. Vad som avses med uttrycket läkemedel har redovisats i avsnitt 3.3.2. Även om läkemedelslagen således inte innehåller någon definition av uttrycket antroposofiska medel eller för den del antroposofiska läkemedel, är det mot bakgrund av läkemedelslagens tillämpningsområde, inte möjligt att med stöd av 4 kap. 10 § första stycket läkemedelslagen fatta andra beslut om tillstånd än sådana som avser läkemedel.

### 3.3.6 Utbyte av läkemedel

När patenttiden för ett läkemedel löpt ut kommer det ofta ut ett i det närmaste identiskt läkemedel på marknaden, s.k. generiska läkemedel. Inte sällan har ett generiskt läkemedel ett lägre pris än originalläkemedlet. Avsikten med utbytet av läkemedel är att minska samhällets kostnader för läkemedelsförmånerna genom att dyrare läkemedel byts ut mot billigare läkemedel och genom prissänkningar på grund av ökad konkurrens.

I lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. finns bestämmelser om utbyte av läkemedel på apotek. När ett godkännande för försäljning har beviljats, ska Läkemedelsverket enligt 4 kap. 22 § läkemedelslagen också besluta om läkemedlet är utbytbar mot annat läkemedel. Ett läkemedel är utbytbar endast mot ett sådant läkemedel som kan anses utgöra en likvärdig produkt. Som framgår av 3 kap. 2–4 §§ läkemedelslagen gäller detta dock inte för läkemedel som godkänns centralt inom Europeiska unionen eller för homeopatiska och traditionella växtbaserade läkemedel som kan registreras enligt läkemedelslagen.

### 3.3.7 Förslagen i denna promemoria

Regeringen anser, enligt vad som tidigare redovisats i avsnitt 3.1, att de oklarheter kring antroposofiska medel som finns i läkemedelslagen ska åtgärdas. Regeringen har därefter i samband med beslut om förlängning av försäljningstillstånd för antroposofiska medel den 30 juni 2016 aviserat att ett lagstiftningsarbete med syfte att ta bort bestämmelserna i 4 kap. 10 § första stycket läkemedelslagen ska inledas. I beslutet angavs att en proposition med förslag i frågan kommer att lämnas till riksdagen senast hösten 2017, att inriktningen är riksdagen ska kunna besluta i frågan vid årsskiftet 2017/2018 och att ny lagstiftning, inklusive övergångsregler, ska kunna träda i kraft den 1 juli 2018. Det angavs även att övergångsreglerna avsågs gälla till den 30 juni 2021. Några förslag som innebär en särreglering för antroposofiska medel skulle inte lämnas.

I denna promemoria lämnas främst sådana lagförslag som mot ovanstående bakgrund bedömts nödvändiga. Utöver detta lämnas förslag till två ändringar i läkemedelslagen som syftar till att korrigera felaktigheter i lagen.



## 4 Överväganden och förslag

### 4.1 Bestämmelsen om tillstånd till försäljning av antroposofiska medel tas bort från läkemedelslagen

**Förslag:** Bestämmelsen i läkemedelslagen som innebär att tillstånd till försäljning av vissa antroposofiskt medel får lämnas om det finns särskilda skäl, ska upphävas. Vidare ska det genomföras vissa lagtekniska ändringar av den bestämmelsen.

**Skälen till promemorians förslag:** Regeringen har som tidigare redovisats beviljat Vidarkliniken tillstånd att sälja vissa antroposofiska medel sedan år 1993. I enlighet med vad som tidigare redovisats är direktiv 2001/82/EG och direktiv 2001/83/EG, i det följande benämnda läkemedelsdirektiven, de grundläggande rättsakterna för lagstiftning om tillstånd till försäljning av läkemedel inom EU. Läkemedelsdirektiven är i svensk rätt genomförda genom bl.a. läkemedelslagen (2015:315).

Som framgår av avsnitt 3.2.2 är förfarandena och villkor för tillstånd till försäljning fullständigt harmoniserade. Det är således inte tillåtet att anta eller upprätthålla nationella bestämmelser som avviker från vad som föreskrivs i EU-rätten.

De bestämmelser i läkemedelslagen som avser nationella godkännanden, godkännanden och registreringar enligt det ömsesidiga förfarandet eller det decentraliserade förfarandet är utformade i enlighet med de förfaranden för godkännanden och registreringar till försäljning som föreskrivs i EU-rätten. Bestämmelsen i 4 kap. 10 § andra stycket anknyter också de förutsättningar som ges i EU-rätten för särskilda situationer för tillstånd till försäljning av läkemedel (se t.ex. artiklarna 5.1 och 5.2 i direktiv 2001/83/EG).

Bestämmelserna i 4 kap. 10 § första stycket läkemedelslagen har dock inga självklara kopplingar till EU-rätten. De skäl som företrädesvis anfördes för införandet av den särskilda bestämmelsen om tillstånd till försäljning av vissa antroposofiska medel, dvs. nuvarande 4 kap. 10 § första stycket läkemedelslagen, hade sin utgångspunkt i att en prövning enligt de strikt naturvetenskapliga grunder som gällde för andra läkemedel, i många fall skulle kunna utmyнна i att dessa medel annars inte godkändes. För vissa homeopatiska läkemedel och traditionella växtbaserade humanläkemedel finns utgångspunkter som relaterar till vad som just redovisats beträffande de antroposofiska medlen (se t.ex. skäl 21 i direktiv 2001/83/EG). För homeopatiska och traditionella växtbaserade läkemedlen finns dock sedan länge särskilda bestämmelser om registrering i läkemedelslagen (se 4 kap. 4–5 §§ läkemedelslagen).

De särskilda skäl som enligt lagen ska finnas för tillstånd enligt 4 kap. 10 § första och andra styckena måste ses i ljuset av de möjligheter som EU-rätten medger för tillstånd till försäljning (se avsnitt 3.2.1). Som tidigare framhållits har domstolar och myndigheter, vid tillämpningen av de aktuella bestämmelserna i 4 kap. 10 § första och andra styckena, att tolka dessa mot bakgrund av läkemedelsdirektivens ordalydelser och syften.

Det bör säkerställas att Sverige lever upp till de förutsättningar som EU-rätten föreskriver för tillstånd till försäljning av läkemedel inom detta fullständig harmoniserade område. Övriga bestämmelser i läkemedelslagen om godkännande och registrering för försäljning av läkemedel samt bestämmelserna i 4 kap. 10 § andra stycket läkemedelslagen om vissa särskilda tillstånd till försäljning bedöms dessutom tillsammans vara tillräckliga för att Sverige ska uppfylla de åtaganden som följer av EU-rätten; bestämmelsen om antroposofiska medel har således i sistnämnda avseende inte någon funktion.

Mot bakgrund av vad som ovan anförts föreslås att bestämmelsen i 4 kap. 10 § första stycket läkemedelslagen, ska upphävas. I samband härmed finns det också skäl att göra vissa lagtekniska förändringar av bestämmelsen.

## 4.2 Följändringar läkemedelslagen och i andra lagar

**Förslag:** Med anledning av att bestämmelsen i läkemedelslagen som innebär att tillstånd till försäljning av vissa antroposofiska medel upphävs ska följändringar genomföras i läkemedelslagen, lagen om receptregister, lagen om läkemedelsförmåner m.m., lagen om handel med läkemedel och i lagen om behandling av personuppgifter i ärenden om licens för läkemedel.

**Skälen för promemorians förslag:** Med anledning av det ovan redovisade förslaget om ändring av 4 kap. 10 § första stycket i läkemedelslagen, måste följändringar genomföras i ett antal lagar.

I läkemedelslagen (2015:315) föreslås sådana följändringar i 3 kap. 2 §, 5 kap. 1 §, 9 kap. 1 §, 15 kap. 1 och 3 §§, 16 kap. 1 §, 18 kap. 3 § samt i punkten 2 till övergångsbestämmelserna som infördes genom lagen (2016:527) om ändring av läkemedelslagen

I lagen (1996:1156) om receptregister föreslås följändringar i 6 § och i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. föreslås ändringar i 8, 16 och 16 a §§. Det föreslås vidare följändringar i 2 kap. 1 och 2 §§ lagen (2009:366) om handel med läkemedel. Slutligen föreslås följändringar i 2 § lagen (2016:526) om behandling av personuppgifter i ärenden om licens för läkemedel.

## 4.3 Övriga författningsändringar

### 4.3.1 Vissa ytterligare ändringar i läkemedelslagen

**Förslag:** Läkemedelslagen ska ändras så att hänvisningen i 5 kap. 1 § tredje stycket avser hela första stycket. Vidare ska bestämmelserna om beslut om utbytbarhet i 4 kap. 22 § läkemedelslagen gälla för läkemedel som har godkänts centralt inom den Europeiska unionen.

## Skälen för promemorians förslag

### *En felaktig hänvisning*

I samband med tillkomsten av nuvarande läkemedelslag, då läkemedelslagen (1992:859) i huvudsak överfördes till nuvarande lag endast efter en lagteknisk bearbetning, uppmärksammades en felaktig hänvisning i 5 kap. 1 § tredje stycket och en felaktig hänvisning i 3 kap. 2 § läkemedelslagen.

Att läkemedel som tillverkas på apotek för en viss patient, ett visst djur eller en viss djurbesättning (s.k. extempore) får säljas utan sådana godkännanden, registreringar eller erkännanden som avses i första stycket följer av EU-rätten (se artiklarna 3.2 a och 3.2 b samt artiklarna 3.1 och 3.2 direktiv 2001/83/EG). Hänvisningen i det nuvarande 5 kap 1 § tredje stycket är avgränsad till att avse första stycket 1 och 2, bör rätteligen avse hela första stycket. Det föreslås att därför att den felaktiga hänvisningen ändras.

### *Beslut om utbytbarhet*

Bestämmelser om utbyte av läkemedel har funnits länge i Sverige. Genom lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. ersattes det tidigare gällande referensprissystemet med ett mer utbyggt utbytessystem (se prop. 2001/02:63 s. 55 f.).

I 4 kap. 22 § läkemedelslagen finns bestämmelser som gäller utbytbarhet av läkemedel. Denna bestämmelse motsvarar, med mindre språkliga justeringar, 8 i § första och tredje styckena i läkemedelslagen (1992:859), i det följande benämnd förra läkemedelslagen.

De sistnämnda bestämmelserna infördes i förra läkemedelslagen genom lagen (2007:248) om ändring i läkemedelslagen (1992:859). Förarbetena till de lagändringarna finns i propositionen Vissa läkemedels- och psykiatrirfrågor (prop. 2006/07:78). Av dessa förarbeten framgår bl.a. att lagförslagen innebar att bestämmelserna om Läkemedelsverkets handläggning av ärenden rörande utbytbarhet flyttades från lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. till läkemedelslagen (1992:859). I författningskommentaren till 8 i § anges att ändringen innebar att Läkemedelsverket skulle besluta om utbytbarhet *i anslutning till verkets beslut om godkännande för för-*

*säljning av ett läkemedel.* Samtidigt angavs att förslaget inte avsåg att ändra praxis när det gäller vilka läkemedel som ska anses vara utbytbara (prop. 2006/07:78 författningskommentaren s. 56 f.). Lagtexten till 8 i § första stycket formulerades enligt följande ”När ett godkännande för försäljning har beviljats ska Läkemedelsverket besluta om läkemedlet är utbytbart mot annat”. Denna lydelse av paragrafen var förenlig med de överflyttade utbytbarhetsbestämmelsernas tidigare tillämpning som bl.a. innebar att beslut om utbytbarhet även fattades för centralt godkända läkemedel.

När nämnda 8 i § infördes i förra läkemedelslagen gjordes dock ingen följdändring i 2 a § samma lag. Av 2 a § följde bl.a. att 8 i § inte gällde i fråga om läkemedel för vilka ansökan om godkännande prövas eller har prövats enligt Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 726/2004 av den 31 mars 2004 om inrättande av gemenskapsförfaranden för godkännande av och tillsyn över humanläkemedel och veterinärmedicinska läkemedel samt om inrättande av en europeisk läkemedelsmyndighet. Bestämmelserna i 2 a § förra läkemedelslagen motsvarar i huvudsak vad som föreskrivs 3 kap. 2 § nuvarande läkemedelslag.

Bestämmelserna i 4 kap. 22 § läkemedelslagen (2015:315) ska även gälla läkemedel som har godkänts centralt inom den Europeiska unionen. Det föreslås därför att den hänvisning till 4 kap. 22 § som idag finns i 3 kap. 2 § läkemedelslagen ska tas bort.

#### 4.4 Följdändringar i förordningar

De förslag till lagändringar som lämnas i denna promemoria innebär att det kommer att krävas följdändringar i ett antal förordningar.

Till följd av de ändringar som föreslås av 4 kap. 10 § läkemedelslagen (2015:315), bedöms 2 kap. 2 § 3 och 17 § läkemedelsförordningen (2015:458) behöva ändras. Vidare kommer 2 kap. 16 § läkemedelsförordningen att behöva upphävas.

Även 6 § 2 förordningen (2013:1031) med instruktion för E-hälsomyndigheten och 1 kap. 2 § 3 förordningen (2010:1167) om avgifter för den statliga kontrollen av läkemedel kommer att behöva ändras till följd av de ändringar i 4 kap. 10 § läkemedelslagen som föreslås i denna promemoria.



## 4.5 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

**Förslag:** De nu föreslagna lagändringarna ska träda i kraft den 1 juli 2018. För tillstånd som beviljats före ikraftträdandet ska 4 kap. 10 § första stycket läkemedelslagen i den äldre lydelsen gälla, med den begränsningen att ett sådant tillstånd inte får förlängas.

**Skälen för promemorians förslag:** Enligt regeringsbeslut den 30 juni 2016 förlängdes tillståndet till försäljning av vissa antroposofiska medel till och med den 30 juni 2018. I anslutning till beslutet meddelades bl.a. att ett lagstiftningsarbete med syfte att upphäva 4 kap. 10 § första stycket läkemedelslagen skulle inledas, att en proposition med sådana förslag skulle lämnas med inriktningen att riksdagen ska kunna behandla förslagen kring årsskiftet 2017/2018 så att de föreslagna lagändringarna ska kunna träda i kraft den 1 juli 2018. Mot denna bakgrund föreslås att de i denna promemoria föreslagna lagändringarna ska träda ikraft den 1 juli 2018.

Om bestämmelsen i 4 kap. 10 § första stycket läkemedelslagen upphävs, kommer det att krävas andra former av tillstånd för att få sälja de antroposofiska medlen. Det torde i sådana fall främst vara bestämmelserna om registrering för försäljning i 4 kap. 4–5 §§ läkemedelslagen som kan bli aktuella, men även bestämmelserna i 4 kap. 2 § om godkännande för försäljning kan aktualiseras. På samma sätt som då registreringsförfarandet för traditionella växtbaserade läkemedel infördes (se prop. 2005/06:70 s. 226 f.) uppkommer frågan om en övergångsreglering bör införas beträffande antroposofiska medel. Regeringen har uttryckt att en övergångsreglering som möjliggör för tillverkarna att söka in enligt det ordinarie regelverket bör införas.

Som utgångspunkt för en övergångsreglering bör beaktas att det tar tid att ta fram det ansökningsunderlag som krävs för ansökningar om registrering eller godkännande för försäljning. För flera av de aktuella antroposofiska medlen finns dock försäljningstillstånd meddelade i andra länder, exempelvis Tyskland. Det torde således för sådana medel redan finnas sådan grundläggande dokumentation sammanställd som kan användas för en ansökan om tillstånd till försäljning hos Läkartillsyningsverket. Det förefaller dock troligt att den befintliga dokumentationen kan behöva uppdateras och kom-

pletteras. En period om drygt ett år efter det att promemorians lagförslag träder i kraft torde ge tillräckligt goda möjligheter för komplettering av ansökningsunderlag och ingivande av en ansökan om försäljning hos Läkemedelsverket.

När den tidigare nämnda perioden för komplettering och ingivande av ansökan om tillstånd till försäljning har löpt ut, kan det även finnas skäl att godta försäljning av ett antroposofiskt medel under den tid det tar för Läkemedelsverket att slutligt pröva ansökan om tillstånd till försäljning. Det finns inte skäl att tillåta vidare försäljning av antroposofiska medel för vilka någon ansökan om registrering eller ett godkännande för försäljning inte inkommit till Läkemedelsverket efter det att den första perioden för komplettering löpt ut.

En sådan ordning som beskrivits ovan bedöms minska problem som annars kan uppkomma för tillverkare och användare av antroposofiska medel med anledning av att bestämmelsen i 4 kap. 10 § första stycket läkemedelslagen upphävs.

En övergångsreglering som tar sin utgångspunkt i vad som nu anförts kan åstadkommas genom att regeringen meddelar tillstånd för försäljning som utformas på lämpligt sätt. En sådan ordning kräver givetvis en ansökan om sådant tillstånd till försäljning och vidare krävs att regeringen fortfarande kan besluta om tillstånd till försäljning av de antroposofiska medlen. Ett tillstånd till försäljning med villkor för övergångstiden förutsätter således att tillståndsbesluten kan fattas innan de ändringar som föreslås i denna promemoria träder ikraft.

De tidsbegränsade beslut om tillstånd till försäljning av antroposofiska medel som fattats av regeringen har hittills innehållit olika villkor. I vissa fall har tillstånden också förenats med villkor om återkallelse. Om regeringen före den 1 juli 2018 beslutar sådana nya tillstånd till försäljning som regeringen bedömt vara motiverade under en övergångstid och tiden för tillståndens giltighet löper ut först efter ikraftträdandet av de i denna promemoria föreslagna ändringarna i läkemedelslagen, krävs att regeringen har kvar de beslutsbefogenheter som nu följer av 4 kap. 10 § första stycket läkemedelslagen.

Mot bakgrund av vad som ovan anförts föreslås att en övergångsbestämmelse förs in i läkemedelslagen och med beaktande av de skäl som ligger till grund för förslaget om att 4 kap. 10 § första

stycket läkemedelslagen ska utgå ur lagen, se avsnitt 4.1, bör övergångsbestämmelsen formuleras så att den inte möjliggör beslut om nya tillstånd eller förlängning av redan givna tillstånd. Det föreslås därför en övergångsbestämmelse som innebär att den nuvarande lydelsens av 4 kap. 10 § första stycket läkemedelslagen ska gälla för tillstånd som beviljats före ikraftträdandet, med den begränsningen att ett sådant tillstånd inte får förlängas.

## 5 Konsekvenser

**Bedömning:** Förslaget bedöms få ekonomiska konsekvenser för främst tillverkare av antroposofiska medel, Läkemedelsverket och Vidarkliniken. Förslaget bedöms få vissa positiva konsekvenser för konkurrensen. Förslaget bedöms inte få några konsekvenser för det kommunala självstyret eller för jämställdheten mellan kvinnor och män eller för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen. Förslaget bedöm kunna få smärre positiva konsekvenser för miljön. Förslaget bedöms få konsekvenser för vissa företag.

### 5.1 Allmän beskrivning av förslagets konsekvenser

Promemorians förslag innebär bl.a. att bestämmelsen i 4 kap. 10 § första stycket läkemedelslagen tas bort. Förslaget syftar till att säkerställa att Sverige lever upp till vad som är föreskrivet inom ett fullständig harmoniserade område i EU-rätten. De övriga bestämmelser i läkemedelslagen om godkännande och registrering för försäljning av läkemedel samt bestämmelserna i 4 kap. 10 § andra stycket läkemedelslagen om vissa särskilda tillstånd till försäljning av läkemedel är de enda bestämmelser som krävs för att Sverige ska uppfylla sina åtaganden vad gäller förfaranden för tillstånd till försäljning. Det finns inte något utrymme att på nationell nivå anta eller upprätthålla bestämmelser om tillstånd till försäljning av läkemedel som avviker från vad som föreskrivs i EU-rätten.

Enligt uppgift från Vidarkliniken är den beräknade årsomsättningen för försäljningen av antroposofiska medel cirka 6,5 miljoner kronor. När de tillstånd som regeringen har beslutat med stöd av 4 kap. 10 § första stycket läkemedelslagen löpt ut eller på annat sätt upphört att gälla, kommer ett antroposofiskt medel som har

omfattats av tillståndet inte att kunna säljas förrän ett nytt tillstånd till försäljning har beslutats.

En ansökan om sådana tillstånd till försäljning måste således göras. De förfaranden som framförallt torde komma i fråga för sådana tillstånd är nationella registreringar för försäljning av homeopatiska läkemedel och traditionella växtbaserade humanläkemedel. Andra förfaranden för tillstånd till försäljning kan dock inte uteslutas.

För ansökningar om tillstånd till försäljning av läkemedel krävs ett ansökningsunderlag. För flera av de aktuella medlen finns försäljningstillstånd meddelade i andra länder, exempelvis Tyskland. Detta innebär bl.a. att det redan torde finnas sådan grundläggande dokumentation sammanställd som krävs för en ansökan om tillstånd till försäljning hos Läkemiddelsverket. Det förefaller troligt att den befintliga dokumentationen kan behöva uppdateras och kompletteras. Detta tar viss tid och medför kostnader. Det är inte möjligt att förutse hur många ansökningar om tillstånd till försäljning av antroposofiska medel som kan komma att bli aktuella. Det bedöms dock vara sannolikt att antalet sådana ansökningar kommer att understiga det antal medel som idag säljs med stöd av regeringens tillstånd.

Om de antroposofiska medel som nu omfattas av regeringens tillstånd till försäljning övergångsvis får fortsätta att säljas till dess att ansökningar om tillstånd har kunnat ges in till Läkemiddelsverket och om ett antroposofiskt medel för vilket ansökan har gjorts får fortsätta att säljas i avvaktan på verkets slutliga beslut i ansökningsärendet, skulle en minskad tillgång till antroposofiska medel motverkas under övergångstiden. En övergångsreglering för antroposofiska medel har aviserats av regeringen och promemorian innehåller förslag som ska möjliggöra en sådan reglering genom tillståndsbeslut. När Läkemiddelsverket fattat slutliga beslut i ansökningsärendena torde, som följer av vad som ovan redovisats, tillgången till antroposofiska medel i Sverige att minska.

## **5.2 Konsekvenser för tillverkare och användare av antroposofiska medel**

Att tillverkare av antroposofiska medel kommer att behöva använda andra ansökningsförfaranden för tillstånd till försäljning av

medlen bedöms medföra ökade kostnader för ansökningar om tillstånd. Enligt uppgift från Vidarkliniken är den beräknade årsomsättningen för försäljningen av antroposofiska medel ca. 6,5 miljoner kronor. Någon uppgift om omsättning per produkt finns dock inte. Inte heller går det att förutse vilka antroposofiska medel som skulle erhålla tillstånd till försäljning efter ansökan hos Läkemedelsverket förrän verket har kunnat genomföra en faktisk utredning av varje enskilt antroposofiskt medels dokumentation. Mot denna bakgrund går det inte att göra meningsfulla beräkningar av hur omsättningen av antroposofiska medel kommer att påverkas. Förslaget till ändring av 4 kap. 10 § läkemedelslagen torde dock medföra en minskad omsättning.

En minskad omsättning för antroposofiska medel skulle, men måste inte, kunna uppkomma till följd av att färre produkter kan försälas. Bedömningen är dock att förslagen kommer att innebära en minskad tillgång till sådana medel.

Konsekvenserna av den minskade tillgången till antroposofiska medel för Vidarkliniken kommer enligt uppgifter från Vidarkliniken och deras patienter att bli mycket svåra. Av samma skäl som angivits i föregående avsnitt är det i nuläget inte möjligt att redovisa beräkningar av hur tillgången till antroposofiska medel kommer att se ut efter lagens ikraftträdande.

Av det ovan anförda följer att förslagen förväntas kunna medföra ekonomiska konsekvenser för tillverkare av antroposofiska medel och för Vidarkliniken.

### 5.3 Konsekvenser för konkurrensen

De antroposofiska medlen kommer genom de förslag som nu lämnas att behandlas på samma sätt som andra läkemedel, vilket innebär att lika villkor för lika läkemedel kommer att gälla på marknaden. Den konkurrenssituation som nu råder mellan tillverkare av läkemedel som måste erhålla ett produktspecifikt tillstånd för försäljning och tillverkare av antroposofiska medel för vilka tillstånden till försäljning inte varit produktspecifika, skulle således förbättras något.

## 5.4 Konsekvenser för Läkemedelsverket

I samband med att tillverkare av antroposofiska medel ansöker om tillstånd till försäljning av läkemedel hos Läkemedelsverket, bedöms antalet ansökningar att öka i relation till dagens nivå. Det torde främst röra sig om ansökningar om registrering av homeopatiska läkemedel. Det är svårt att avgöra hur stor denna ökning av ansökningar kan komma att bli. Den prövning som genomförs av Läkemedelsverket är resurskrävande och ett ökat antal ansökningar om tillstånd innebär en ökad arbetsbelastning. Mot denna bakgrund kan en kostnadsökning uppkomma för myndigheten som eventuellt behöver lösas genom ett resurstillskott från regeringen.

Om antalet antroposofiska medel på marknaden minskar, kommer Läkemedelsverket inte att behöva utöva tillsyn över lika många produkter. Detta skulle kunna leda till vissa kostnadsbesparingar för myndigheten. Det är inte möjligt att avgöra hur stora dessa besparingar kan komma att bli.

## 5.5 Konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män

Promemorians förslag bedöms inte få några konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män.

## 5.6 Konsekvenser för det kommunala självstyret

Om nya skyldigheter för kommuner eller landsting införs ska konsekvenserna av det analyseras. I denna promemoria finns inga förslag som innebär ett utvidgat åtagande för kommuner eller landsting och förslagen har således inga konsekvenser för den kommunala självstyrelsen.

## 5.7 Konsekvenser för miljön

Promemorians förslag bedöms kunna medföra smärre positiva konsekvenser för miljön i Sverige genom minskad miljöpåverkan av antroposofiska medel.

## 5.8 Konsekvenser för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen

Promemorians förslag bedöms inte ha några konsekvenser för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen.

## 5.9 Konsekvenser för företagen

De förslag som lämnas i denna promemoria torde, som ovan redovisats, få ekonomiska konsekvenser för de två företag, Weleda och Wala, som tillverkar de antroposofiska medel som för närvarande säljs med stöd av tillstånd från regeringen.

Av tidigare anförda skäl går det dock inte att göra några meningsfulla beräkningar av hur omsättning av antroposofiska medlen kommer att påverkas. Omsättningen av antroposofiska medel torde dock minska.

För andra tillverkare av läkemedel kan konsekvenserna av förslagen bli positiva eftersom konkurrensförutsättningarna förbättras.





## 6 Författningskommentarer

### 6.1 Förslaget till lag om ändring i läkemedelslagen (2015:315)

#### 3 kap. 2 §

Paragrafen, i vilken anges att vissa av lagens bestämmelser inte ska gälla för läkemedel som omfattas av den s.k. centraliserade proceduren för godkännande av läkemedel enligt Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 726/2004.

Till följd av de ändringar som föreslås genomförs i 4 kap. 10 § och 5 kap. 1 § föreslås att paragrafen ändras. Vidare föreslås en ändring som inte utgör någon följdändring.

Det föreslås följdändringar av *första stycket*. Ändringarna innebär *dels* att hela den nuvarande hänvisningen till 10 § första stycket upphävs, *dels* att nuvarande hänvisning till 5 kap. 1 § första stycket 1 och 2 samt andra och tredje styckena, ändras till att avse 5 kap. 1 § första stycket 1 och 2 samt andra stycket. Vidare föreslås en ändring i sak som innebär att den nuvarande hänvisningen till 4 kap. 22 § tas bort. Detta eftersom 4 kap. 22 §, som rör beslut om utbytbarhet, även ska gälla för läkemedel som har godkänts centralt inom den Europeiska unionen.

I *andra stycket* föreslås en följdändring som innebär att den nuvarande hänvisningen till 4 kap. 10 § andra stycket ändras till att avse 4 kap. 10 §.

Överväganden finns i avsnitt 4.3.

#### 4 kap. 10 §

Förslaget innebär att paragrafens nuvarande första stycke upphävs. Det ska således inte längre vara möjligt att med stöd av denna bestämmelse lämna nya tillstånd till försäljning av vissa antroposofiska medel (se nedan i kommentaren till lagens ikraft- och

övergångsbestämmelser). Det föreslås även en lagteknisk förändring av paragrafen som innebär att den inte längre är indelad i flera stycken. Paragrafens utformas således som ett enda stycke som i sak avses motsvara vad som anges i de nuvarande andra och tredje styckena.

Övervägandena finns i avsnitt 4.1.

### 5 kap. 1 §

I paragrafen återfinns centrala bestämmelser om vilka förutsättningar som ska vara uppfyllda för att ett läkemedel ska få säljas.

Till följd av de ändringar i 4 kap. 10 § som redovisas ovan föreslås att paragrafens nuvarande andra stycke ska upphävas. Detta innebär att det nuvarande tredje stycket i stället kommer att utgöra paragrafens andra stycke.

Förslaget till ändring i *första stycket* innebär att nuvarande hänvisning till tredje stycket som görs i inledningen av första stycket, ändras till att avse andra stycket. Vidare föreslås att nuvarande hänvisning till 4 kap. 10 § andra stycket som nu görs i *första stycket tredje punkten*, ändras till att avse 4 kap. 10 §.

Förslaget till ändring av nuvarande *tredje stycket*, som enligt den lydelse som nu föreslås således kommer att utgöra andra stycket, innebär att nuvarande hänvisning till första stycket 1 och 2 ändras till att avse hela första stycket. Eftersom första stycket 3 avser tillstånd förs ordet "tillstånd" också in i det tredje stycket.

Övervägandena finns i avsnitten 4.1 och 4.3.

### 9 kap. 1 §

Paragrafen innehåller krav på tillstånd för import av läkemedel och mellanprodukter från ett land utanför EES.

Till följd av de ändringar i 4 kap. 10 § som redovisas ovan föreslås att *andra stycket första punkten* ändras. Ändringen innebär att nuvarande hänvisning till 4 kap. 10 § andra stycket, ändras till att avse 4 kap. 10 §.

Övervägandena finns i avsnitt 4.1.

### 15 kap. 1 §

Paragrafen innehåller bestämmelser om ansökningsavgifter.

Till följd av de ändringar i 4 kap. 10 § som redovisas ovan föreslås att paragrafen ändras. Ändringen, som genomförs i *tredje punk-*

*ten*, innebär att nuvarande hänvisning till 4 kap. 10 § andra stycket, ändras till att avse 4 kap. 10 §.

Övervägandena finns i avsnitt 4.1.

### 15 kap. 3 §

Paragrafen innehåller bestämmelser om årsavgifter. Av nuvarande lydelse av andra meningen i paragrafen följer att årsavgift också får tas ut för sådana antroposofiska medel som har fått tillstånd till försäljning enligt 4 kap. 10 § första stycket.

Till följd av de ändringar i 4 kap. 10 § som redovisas ovan föreslås att paragrafen ändras. Ändringen innebär att det som föreskrivs i den nuvarande andra meningen upphävs.

Övervägandena finns i avsnitt 4.1.

### 16 kap. 1 §

I paragrafen straffbeläggs överträdelse av vissa bestämmelser i lagen och i Europaparlamentets och rådets förordning (EG)nr 726/2004.

Till följd av de ändringar i 5 kap. 1 § som redovisas ovan föreslås att *första stycket* ändras. Ändringen innebär att nuvarande hänvisning till 5 kap. 1 § första eller andra styckena, ändras till att avse 5 kap. 1 § första stycket.

Övervägandena finns i avsnitt 4.1.

### 18 kap. 3 §

Paragrafen innehåller bemyndiganden att meddela föreskrifter om krav på och godkännande av läkemedel.

Till följd de ändringar i 4 kap. 10 § som redovisas ovan föreslås en ändring i *sjätte punkten*. Ändringen innebär att nuvarande hänvisning till 4 kap. 10 § andra stycket, ändras till att avse 4 kap. 10 §.

Övervägandena finns i avsnitt 4.1.

### **Ikraft- och övergångsbestämmelser**

Genom lagen (2016:527) om ändring i läkemedelslagen infördes i punkt 2 en övergångsbestämmelse som föreskriver att bestämmelsen i 4 kap. 10 § tredje stycket inte gäller tillstånd som har lämnats före ikraftträdandet. Till följd av de ändringar i 4 kap. 10 § som redovisas ovan föreslås en ändring av bestämmelsen. Ändringen inne-

bär att nuvarande hänvisning till 4 kap. 10 tredje stycket, ändras till att avse 4 kap. 10 § andra meningen.

Övervägandena finns i avsnitt 4.2.

### **Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser**

Den nya lagen föreslås enligt *första punkten* träda ikraft den 1 juli 2018.

Enligt *andra punkten* ska 4 kap. 10 § första stycket i den äldre lydelsen gälla för tillstånd som beviljats före ikraftträdandet med den begränsningen att ett sådant tillstånd inte får förlängas. Bestämmelsen ger således regeringen viss fortsatt beslutsbefogenhet för redan beslutade tillstånd vars giltighet löper ut först efter den 1 juli 2018. Bestämmelsen ger dock inte utrymme att förlänga givna tillstånd. Inte heller kan bestämmelsen utgöra grund för nya tillståndsbeslut.

Övervägandena finns i avsnitt 4.5.

## **6.2 Förslaget till lag om ändring i lagen (1996:1156) om receptregister**

### **6 §**

Till följd av de ändringar som föreslås genomförs i 4 kap. 10 § och 5 kap. 1 § förslås att *första stycket tionde punkten* ändras. Ändringarna innebär *dels* att nuvarande hänvisning till 4 kap. 10 § andra stycket ändras till att avse 4 kap. 10 §, *dels* att nuvarande hänvisning till 5 kap. 1 § tredje stycket ändras till att avse 5 kap. 1 § andra stycket.

Övervägandena finns i avsnitt 4.2.

## **6.3 Förslag till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.**

### **8 §**

Till följd av de ändringar som förslås genomförs i 4 kap. 10 § och 5 kap. 1 § läkemedelslagen förslås att *andra stycket* ändras. Ändringarna innebär *dels* att nuvarande hänvisning till 4 kap. 10 § andra stycket ändras till att avse 4 kap. 10 §, *dels* att nuvarande hänvisning

till 5 kap. 1 § tredje stycket ändras till att avse 5 kap. 1 andra stycket.

Övervägandena finns i avsnitt 4.2.

### 16 §

Till följd av de ändringar som förslås genomförs i 4 kap. 10 § och 5 kap. 1 § läkemedelslagen förslås att *andra stycket* ändras. Ändringarna innebär *dels* att nuvarande hänvisning till 4 kap. 10 § andra stycket ändras till att avse 4 kap. 10 §, *dels* att nuvarande hänvisning till 5 kap. 1 § tredje stycket ändras till att avse 5 kap. 1 andra stycket.

Övervägandena finns i avsnitt 4.2.

### 16 a §

Till följd av de ändringar som förslås genomförs i 4 kap. 10 § läkemedelslagen förslås att *första stycket* ändras. Ändringen innebär att nuvarande hänvisning till 4 kap. 10 § andra stycket, ändras till att avse 4 kap. 10 §.

Övervägandena finns i avsnitt 4.2.

## 6.4 Förslaget till lag om ändring i lagen (2009:366) om handel med läkemedel

### 2 kap. 1 §

I paragrafen anges i vilka fall det krävs tillstånd för att bedriva detaljhandel med läkemedel till konsument.

Till följd av de ändringar som förslås genomförs i 5 kap. 1 § läkemedelslagen (2015:315) förslås att *andra punkten* ändras. Ändringen innebär att nuvarande hänvisning till 5 kap. 1 § tredje stycket ändras till att avse 5 kap. 1 § andra stycket.

Övervägandena finns i avsnitt 4.2.

### 2 kap. 5 §

I paragrafens första stycke anges vilka aktörer som inte får beviljas tillstånd enligt 2 kap. 1 § och i andra och tredje styckena återfinns bestämmelser om vissa undantag från vad som anges i första stycket 1 och 2. I fjärde stycket finns en bestämmelse som ger

Läkemedelsverket viss möjlighet att i det enskilda fallet medge ytterligare undantag från förbudet mot att bevilja tillstånd.

Till följd av de ändringar som förslås genomförs i 5 kap. 1 § läkemedelslagen förslås att *andra stycket andra punkten* ändras. Ändringen innebär att nuvarande hänvisning till 5 kap. 1 § tredje stycket ändras till att avse 5 kap. 1 § andra stycket.

Övervägandena finns i avsnitt 4.2.

## **6.5 Förslaget till lag om ändring i lagen (2016:526) om behandling av personuppgifter i ärenden om licens för läkemedel**

### **2 §**

I paragrafen första stycket definieras begreppet licens och i andra stycket definieras vad som avses med öppenvårdsapotek.

Till följd av de ändringar som förslås genomförs i 5 kap. 1 § läkemedelslagen (2015:315) föreslås att *första stycket* ändras. Ändringen innebär att nuvarande hänvisning till 4 kap. 10 § andra stycket ändras till att avse 4 kap. 10 §.

Övervägandena finns i avsnitt 4.2.

# Departementsserien 2017

---

## Kronologisk förteckning

---

1. Elektronisk övervakning av kontaktförbud. Ju.
2. Åldersdifferentierat underhållsstöd och höjt grundavdrag för bidragskyldiga föräldrar. S.
3. Genomförande av ICT-direktivet. Ju.
4. Sjukpenning i avvaktan på slutligt beslut. S.
5. Effektivare sanktioner i livsmedelskedjan m.m. N.
6. Förslag till lag om ersättning till personer som har fått ändrad könstillhörighet fastställd i vissa fall. S.
7. Kommunikation för vår gemensamma säkerhet. Uppdrag om en utvecklad och säker kommunikationslösning för aktörer inom allmän ordning, säkerhet, hälsa och försvar. Ju.
8. Kultursamverkan för ett Sverige som håller ihop. Framtida inriktning och utvecklingsmöjligheter för kultursamverkansmodellen. Ku.
9. Förstärkt rehabilitering för återgång i arbete. S.
10. ILO:s konvention om anständiga arbetsvillkor för hushållsarbetare. A.
11. Ändrade regler om retroaktivitet avseende efterlevandestöd. S.
12. Om förenklat beslutsfattande och särskilda boendeformer för äldre. S.
13. Skadeståndets bestämmande vid finansiell rådgivning. Fi.
14. Vissa ändringar i läkemedelslagen. S.



# Departementsserien 2017

---

## Systematisk förteckning

---

### **Arbetsmarknadsdepartementet**

ILO:s konvention om anständiga  
arbetsvillkor för hushållsarbetare. [10]

Om förenklat beslutsfattande och särskilda  
boendeformer för äldre. [12]

Vissa ändringar i läkemedelslagen. [14]

### **Finansdepartementet**

Skadeståndets bestämmande vid finansiell  
rådgivning. [13]

### **Justitiedepartementet**

Elektronisk övervakning  
av kontaktförbud. [1]

Genomförande av ICT-direktivet. [3]

Kommunikation för vår gemensamma  
säkerhet. Uppdrag om en utvecklad  
och säker kommunikationslösning  
för aktörer inom allmän ordning,  
säkerhet, hälsa och försvar. [7]

### **Kulturdepartementet**

Kultursamverkan för ett Sverige  
som håller ihop. Framtida inriktning  
och utvecklingsmöjligheter för  
kultursamverkansmodellen. [8]

### **Näringsdepartementet**

Effektivare sanktioner i livsmedelskedjan  
m.m. [5]

### **Socialdepartementet**

Åldersdifferentierat underhållsstöd och  
höjt grundavdrag för bidragsskyldiga  
föräldrar. [2]

Sjukpenning i avvaktan på slutligt beslut. [4]

Förslag till lag om ersättning till personer  
som har fått ändrad könstillhörighet  
fastställd i vissa fall. [6]

Förstärkt rehabilitering för återgång i  
arbete. [9]

Ändrade regler om retroaktivitet avseende  
efterlevandestöd. [11]



23

Svar på remiss Regional grundsyn för  
totalförsvarsplanering i de fyra nordliga  
länen

RS/1336/2017



2017-08-16

Enheten för krisberedskap, säkerhet och miljö

Anna-Lena Alfreds

Tfn: 063-147612

E-post: anna-lena.alfreds@regionjh.se

RS/1336/2017

## Svar på remiss Regional grundsyn för totalförvarsplanering i de fyra nordliga länen

### Ärendebeskrivning

I försvarspolitisk inriktning – Sveriges försvar 2016-2020 anger riksdagen att den säkerhetspolitiska situationen i Europa har försämrats och att det innebär förändrade krav på den svenska totalförvarsförmågan. Den 10 december år 2015 beslutade regeringen om planeringsanvisningar för det civila försvaret och att myndigheter med särskilt ansvar inför och vid höjd beredskap ska återuppta planeringen för sin beredskap inom ramen för civilt försvar. Den 10 juni år 2016 överlämnade Försvarsmakten och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap rapporten Sverige kommer att möta utmaningarna – gemensamma grunder (grundsyn) för en sammanhängande planering för totalförsvaret till Regeringen. Av rapporten framgår att länsstyrelserna, med stöd från Försvarsmaktens militärregioner, senast år 2019 ska ha tagit fram regionala grundsyner för totalförvarsplanering.

Totalförsvarets chefsgrupp i region nord, bestående av landshövdingar, chef för Polisregion Nord och chef för Militärregion Nord beslutade den 8 september år 2016 att sätta samman en arbetsgrupp med uppdraget att till den 14 september år 2017 redovisa ett förslag till regional grundsyn för totalförvarsplanering inom de fyra nordliga länen. Kommuner och landsting ingår inte primärt i planeringen och hade därför ingen representation. Region Jämtland Härjedalen fick och accepterade förfrågan om att representera Region/Landstingen i norr.

Den regionala grundsynens målsättning är att berörda myndigheter, landsting/regioner och kommuner ska:

- Kunna dela information med höga krav på robusthet och sekretess
- Bidra till samlade lägesbilder och lägesanalyser med fokus på hot som riskerar att ge allvarliga regionala konsekvenser
- Ha grundläggande förmåga att tillämpa regelverk för höjd beredskap
- Ha en krigsorganisation som kan leda och samverka under höjd beredskap
- Bereda underlag för väl avvägda beslut om prioriteringar
- Ha grundläggande kunskap om värdlandsstöd för civila och militära resurser
- Påbörja företagsplanering

I dokumentet finns en beskrivning av berörda aktörers roller och ansvar samt en aktivitetsplan för åren 2017-2020. Då Regionen har deltagit i arbetet med framtagandet av den regionala grundsynen är det naturligt att Regionen ser positivt på dokumentets innehåll i stort. Det är en försvårande omständighet att landsting/regioner ännu inte har fått besked angående vilka som är att betrakta som prioriterade i arbetet med den sammanhängande planeringen för totalförsvaret. Det bidrar till en osäkerhet angående i vilken omfattning landsting/regioner i nuläget ska delta i arbetet med totalförvarsplanering. Regionen föreslår i remissvaret att det kan förtydligas att dokumentet är en överenskommelse om en aktörsgemensam inriktning och samordning för totalförvarsarbetet i norra regionen. Det bör också framgå i dokumentet hur det och/eller aktivitetsplanen ska revideras.

Förslag till svar har upprättats inom Krisberedskap, säkerhet och miljö. Svar ska lämnas till Länsstyrelsen i Norrbottens län senast 25 augusti. Då regionstyrelsen har sitt sammanträde 29 augusti har vi begärt om anstånd till dess varför paragrafen bör justeras omedelbart.

### Regiondirektörens förslag

1. Upprättat förslag till svar på remiss om regional grundsyn för totalförvarsplanering i de fyra nordliga länen, antas.
2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

I tjänsten  
Ingela Jönsson  
Tf Regiondirektör

Mikael Ferm  
Regionstabschef

### Utdrag till

Beredskapschef

Enheten för krisberedskap, säkerhet och  
Anna-Lena Alfreds  
Tfn: 063-14 76 12  
E-post: anna-lena.alfreds@regionjh.se

2017-07-11

RS/1336/2017

## Svar på remiss: Förslag till regional grundsyn för totalförsvarsplanering i de fyra nordliga länen

Region Jämtland Härjedalen har fått möjlighet att lämna remissvar på Länsstyrelsen Norrbottens remissupplaga Regional grundsyn för totalförsvarsplanering i de fyra nordliga länen. Då regionen har deltagit i arbetet med framtagande av den regionala grundsynen är det naturligt att regionen ställer sig positiv till innehållet i förslaget.

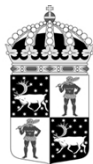
Så sent som 11/5 2017 har Försvarsdepartementet förtydligat till Försvarsmakten och MSB att uppdraget för en sammanhängande totalförsvarsplanering, förutom bevakningsansvariga myndigheter, även omfattar prioriterade landsting och kommuner. Det är då en försvårande omständighet att landsting/regioner ännu inte har fått besked angående vilka som är att betrakta som prioriterade i arbetet med den sammanhängande planeringen för totalförsvaret. Det bidrar till en osäkerhet angående i vilken omfattning landsting/regioner i nuläget ska delta i arbetet med totalförsvarsplanering.

Region Jämtland Härjedalen anser att det vore bra med ett förtydligande i dokumentet om att den regionala grundsynen är en *överenskommelse* om en aktörsgemensam inriktning och samordning för totalförsvarsarbetet i norra regionen. Det kan t ex läggas till i första stycket. Det bör också framgå hur och när dokumentet och aktivitetsplanen ska revideras t.ex. årligen efter beslut av totalförsvarets chefsgrupp i region nord.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Ann-Marie Johansson (S)  
Regionstyrelsens ordförande

Ingela Jönsson  
Tf Regiondirektör



Länsstyrelsen  
Norrbotten

REMISS

1 (2)

Datum  
2017-06-07

Diarienummer  
457-9160-2017-1

Enligt sändlista

## Förslag till regional grundsyn för totalförsvarsplanering i de fyra nordliga länen

### Beslut

Länsstyrelsen i Norrbottens län hemställer om yttrande över förslag till regional grundsyn för totalförsvarsplanering inom de fyra nordliga länen.

Länsstyrelsen önskar att mottagarna tar ställning till föreslagen målbild, målgrupp samt aktivitetsplan i föreslaget till regional grundsyn.

Mottagande länsstyrelser uppmanas att genomföra samråd med kommunerna i respektive län och om möjligt lämna ett samlat svar för länet.

Svar skickas till [norrbotten@lansstyrelsen.se](mailto:norrbotten@lansstyrelsen.se) senast den 25 augusti år 2017. Ange Länsstyrelsens diarienummer i svaret.

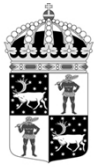
### Beskrivning av ärendet

I försvarspolitisk inriktning – Sveriges försvar 2016-2020 anger Riksdagen att den säkerhetspolitiska situationen i Europa har försämrats och att det innebär förändrade krav på den svenska totalförsvarsförmågan. Den 10 december år 2015 beslutade Regeringen om planeringsanvisningar för det civila försvaret och att myndigheter med särskilt ansvar inför och vid höjd beredskap ska återuppta planeringen för sin beredskap inom ramen för civilt försvar.

Den 10 juni år 2016 överlämnade Försvarsmakten och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap rapporten Sverige kommer att möta utmaningarna – gemensamma grunder (grundsyn) för en sammanhängande planering för totalförsvaret till Regeringen. Av rapporten framgår att länsstyrelserna, med stöd från Försvarsmaktens militärregioner, senast år 2019 ska ha tagit fram regionala grundsyner för totalförsvarsplanering.

Totalförsvarets chefsgrupp i region nord beslutade den 8 september år 2016 att sätta samman en arbetsgrupp med uppdraget att till den 14 september år 2017 redovisa ett förslag till regional grundsyn för totalförsvarsplanering inom de fyra nordliga länen.

Arbetsgruppen har bestått av Major Kennet Larsson, Försvarsmakten militärregion nord; Per Karlsson och Thomas Shaüfele, Polismyndigheten region nord; Anna-Lena Alfreds Region Jämtland Härjedalen; Christer Pappmehl, Länsstyrelsen Västerbotten samt Amanda Eriksson och Rikard Aspholm, Länsstyrelsen i Norrbottens län. Länsstyrelsen i Norrbottens län har varit sammanhållande för arbetet.



Länsstyrelsen  
Norrbotten

REMISS

2 (2)

Datum  
2017-06-07

Diarienummer  
457-9160-2017-1

### **De som deltagit i beslutet**

Beslutet har fattats av enhetschef Anders Öhlund med Rikard Aspholm som föredragande.

Anders Öhlund  
Enhetschef

Rikard Aspholm

### **Sändlista**

Försvarsmakten regional stab nord, [mrn-119@mil.se](mailto:mrn-119@mil.se)

Polismyndigheten region, [registrator.nord@polisen.se](mailto:registrator.nord@polisen.se)

Länsstyrelsen Västerbotten, [vasterbotten@lansstyrelsen.se](mailto:vasterbotten@lansstyrelsen.se)

Länsstyrelsen Jämtlands län, [jamtland@lansstyrelsen.se](mailto:jamtland@lansstyrelsen.se)

Länsstyrelsen Västernorrland, [vasternorrland@lansstyrelsen.se](mailto:vasternorrland@lansstyrelsen.se)

Region Norrbotten, [regionnorrbotten@norrbotten.se](mailto:regionnorrbotten@norrbotten.se)

Västerbottens läns landsting, [landstinget@vll.se](mailto:landstinget@vll.se)

Region Jämtland Härjedalen, [region@regionjh.se](mailto:region@regionjh.se)

Landstinget Västernorrland, [landstinget.vasternorrland@lvn.se](mailto:landstinget.vasternorrland@lvn.se)

### **Bilagor**

Bilaga 1 - Regional grundsyn för totalförsvarsplanering i de fyra nordliga länen



# Regional grundsyn för totalförsvarsplanering inom de fyra nordliga länen





## Innehåll

1. Regional grundsyn för totalförsvarsplanering .....	3
1.1 Målsättning med den regionala grundsynen .....	3
1.2 Målgrupp för den regionala grundsynen.....	3
1.3 Disposition .....	3
2. Bakgrund.....	4
2.1 Riksdagens mål .....	5
2.2 Nationell grundsyn för totalförsvarsplanering .....	5
3. Samverkansformer .....	7
Bilaga 1 – inriktningen för perioden .....	9
Bilaga 2 – Ansvar och roller inom totalförsvaret .....	14
Länsstyrelsen .....	14
Försvarsmakten .....	15
Polismyndigheten.....	16
Landsting/regioner .....	17
Kommuner .....	19



## 1. Regional grundsyn för totalförsvarsplanering

Den regionala grundsynen för totalförsvarsplanering är framtagen i syfte att inrikta och prioritera arbetet med totalförsvarsplanering i de fyra nordliga länen. Grundsynen utgår från den för perioden aktuella försvarspolitiska inriktningen och den nationella grundsynen framtagen av Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) och Försvarsmakten.

Myndighetsrepresentanter för Länsstyrelsen i Norrbottens län, Länsstyrelsen i Västerbotten, Polismyndigheten region nord, Försvarsmakten militärregion nord och Region Jämtland-Härjedalen har utarbetat den regionala grundsynen.

### 1.1 Målsättning med den regionala grundsynen

Inriktningen för totalförsvarsplaneringen i region Nord fram till år 2020 är att berörda myndigheter, landsting/regioner och kommuner ska:

- Kunna dela information med högra krav på robusthet och sekretess.
- Bidra till samlade lägesbilder och lägesanalyser med fokus på hot som riskerar att ge allvarliga regionala konsekvenser.
- Ha grundläggande förmåga att tillämpa regelverk för höjd beredskap.
- Ha en krigsorganisation som kan leda och samverka under höjd beredskap.
- Bereda underlag för väl avvägda beslut om prioriteringar.
- Grundläggande kunskap om värdlandsstöd för civila och militära resurser.
- Påbörja företagsplanering.

För att nå den övergripande målbilden krävs att ett antal gemensamma aktiviteter genomförs. Dessa framgår av bilaga 1.

### 1.2 Målgrupp för den regionala grundsynen

Den regionala grundsynen vänder sig i första hand till bevakningsansvariga myndigheter<sup>1</sup> med verksamhet i regionen, landsting/regioner och kommuner inom något av de fyra nordligaste länen.

Översiktlig beskrivning av roller och ansvar återfinns i bilaga 2.

### 1.3 Disposition

I andra kapitlet redogörs för bakgrunden till att arbetet med totalförsvarsplaneringen ska återupptas samt vissa grundläggande begrepp. Vidare redogörs för delar av försvarspolitisk inriktning och nationell grundsyn för en sammanhängande totalförsvarsplanering.

I tredje kapitlet beskrivs de regionala samverkansformer i vilken totalförsvarsplanering ska bedrivas.

---

<sup>1</sup>Myndigheter enligt bilaga till Förordning (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap.



Bilaga 1 innehåller planerade aktiviteter för perioden år 2017 till och med 2020.

Bilaga 2 innehåller beskrivningar av ansvar och roller för länsstyrelser, Försvarsmakten, Polismyndigheten, landsting/regioner och kommuner.

## 2. Bakgrund

I försvarspolitisk inriktning – Sveriges försvar 2016–2020 anger Riksdagen att den säkerhetspolitiska situationen i Europa har försämrats och att det innebär förändrade krav på den svenska totalförsvarsförmågan.

Möjliga hot mot Sverige är i dag varken entydiga eller enbart territoriellt fokuserade. Sverige kan utsättas för öppna och dolda påtryckningar som utövas med olika medel. Försvarsmakten ska, tillsammans med övriga delar av totalförsvaret och jämte politiska, diplomatiska och ekonomiska medel, utgöra en tröskel för den som skulle vilja angripa Sverige eller använda militära maktmedel för att utöva påtryckningar mot Sverige. En trovärdig militär förmåga bidrar till fortsatt fredlig utveckling och politisk handlingsfrihet.<sup>2</sup> En mer komplex bild måste därför ligga till grund för myndigheters åtgärder för att säkerställa Sveriges säkerhet. Vidare anges att planeringen för totalförsvaret bör återupptas.

Enligt lag (1992:1403) om totalförsvar och höjd beredskap är totalförsvar den verksamhet som behövs för att förbereda Sverige för krig. Totalförsvar består av militär verksamhet (militärt försvar) och civil verksamhet (civilt försvar).

För att stärka Sveriges försvarsförmåga kan regeringen besluta om höjd beredskap. Höjd beredskap är antingen skärpt beredskap eller högsta beredskap. Under högsta beredskap är totalförsvar all samhällsverksamhet som då ska bedrivas. Vid skärpt beredskap kan delar av eller hela totalförsvaret mobiliseras. Om Sverige är i krig råder högsta beredskap.

### Administrativ beredskap

Det finns specialregler i regeringsformen och i ett flertal andra författningar som ska snabba på och underlätta beslutsfattandet vid höjd beredskap. De ska även understödja omställningen av samhället från fredstida behov till försvar av landet. Exempelvis genom att under legala former och efter behov kunna omdisponera personella och materiella resurser i den egna verksamheten men också genom att kunna ingripa i näringslivets och enskilda medborgares fri- och rättigheter.<sup>3</sup>

Samlingsbegreppet för lagar och föreskrifter som förbereder och anpassar samhället till höjd beredskap är administrativ beredskap. Den inbegriper två delar:

- **Författningsberedskap:** lagar, förordningar och bestämmelser för att planlägga och reglera samhällets omställning från fred till krig och för att säkerställa att samhället fungerar i laga former även i krig,

<sup>2</sup> Försvarspolitisk inriktning

<sup>3</sup> Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2016), *Sverige kommer att möta utmaningarna*, MSB 2016-25. Sid 14–15.



- **Organisationsberedskap:** bestämmelser om myndigheters uppgifter och organisation i krig eller vid krigsfara samt vid planeringen i fredstid.

## 2.1 Riksdagens mål

Riksdagen har i den försvarspolitiska inriktningen fastställt mål för det militära försvaret och för det civila försvaret.

**Målet för det militära försvaret** är att enskilt och tillsammans med andra, inom och utom landet, försvara Sverige och främja vår säkerhet. Detta ska ske genom att:

- hävda Sveriges suveränitet, värna suveräna rättigheter och nationella intressen,
- förebygga och hantera konflikter och krig,
- skydda Sveriges handlingsfrihet vid politisk, militär eller annan påtryckning och om det krävs försvara Sverige mot incidenter och väpnat angrepp samt
- skydda samhället och dess funktionalitet i form av stöd till civila myndigheter.

**Målet för det civila försvaret** är att

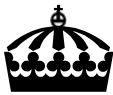
- värna civilbefolkningen,
- säkerställa de viktigaste samhällsfunktionerna och
- bidra till Försvarsmaktens förmåga vid ett väpnat angrepp eller krig i vår omvärld.

Den försvarspolitiska inriktningen anger att de tre delarna i målet för det civila försvaret är ömsesidigt förstärkande men att det är av särskilt betydelse att planeringen av det civila försvarets bidrag till Försvarsmaktens operativa förmåga vid höjd beredskap och då ytterst i krig omhändertas. Vidare anger Riksdagen att planeringen för det civila försvaret bör utgå från att förmågan att hantera kriser i samhället i fredstid också ska ge en grundläggande förmåga att hantera krigssituationer.

## 2.2 Nationell grundsyn för totalförsvarsplanering

Försvarsmakten och MSB har till Regeringen redovisat rapporten gemensamma grunder (nationell grundsyn) för en sammanhängande planering för totalförsvaret.

Samordningen av totalförsvaret på nationell nivå sker av regeringen med stöd av Försvarsmaktens högkvarter och MSB. På regional nivå av länsstyrelser och militärregionala staber och vid behov på lokal nivå mellan kommun och militära förband som verkar i kommunen. Dessa aktörer har tillsammans ansvaret för att den militära och civila verksamheten inom deras gemensamma geografiska område blir samordnad och inriktad så att största möjliga effekt uppnås med



hänsyn till det aktuella läget och bedömd händelseutveckling. I nationell grundsyn anges bland annat att MSB i samverkan med Försvarsmakten tar fram ett koncept för systematisk kunskapsspridning om totalförsvaret och planering inför höjd beredskap.

Den nationella grundsynen anger följande planeringsförutsättningar och antaganden:

- Utökad underrättelseverksamhet, intensifierade cyberattacker och påverkansoperationer är medel för motståndare att nå strategiska mål och utöka sin handlingsfrihet.
- Totalförsvarsplaneringen utgår från ett öppet väpnat angrepp på Sverige som inledningsvis kan ha ett intensivt och snabbt förlopp. Det är troligt att konventionella och högteknologiska stridsmedel kommer att användas.
- Cyberattacker och informationskrigföring är också en del i krigföringen. Striden kan börja med bekämpning med fjärrstridsmedel och sabotageförband mot samhällsviktig verksamhet.
- Militärstrategiskt är vissa geografiska områden särskilt viktiga. Det handlar om Stockholmsområdet, Gotland, Östersjöinloppen och Nordkalotten.<sup>4</sup>

### **Den nationella grundsynens förslag till övergripande målbild för totalförsvaret**

Med start 2020 ska förmåga att verka från alternativ och/eller skyddade ledningsplats/er finnas hos huvuddelen av de bevakningsansvariga myndigheterna.

Vid utgången av 2020 ska bevakningsansvariga myndigheter, Försvarsmakten, FMV samt prioriterade landsting ha förmåga att utöva samverkan och ledning:

- Från ordinarie ledningsplats,
- Under störda förhållanden
- Med realistiska tidsförhållanden
- Med skyddade huvud- och reservsambandsmedel

Vid utgången av 2020 ska det också finnas en sammanhängande process för planering med tydliga ansvarsförhållanden och systematik.

En totalförsvarsövning ska genomföras senast 2020 med inriktning mot aktörer på central och regional nivå, inklusive relevanta privata aktörer. Övningar på lokal nivå ska genomföras med tema totalförsvaret så snart förutsättningarna för detta finns.

Vid utgången av 2020 ska det hos kommuner, landsting och myndigheter finnas en förmåga, inklusive kontinuitetsplanering, att säkerställa tillgänglighet,

<sup>4</sup> Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2016), *Sverige kommer att möta utmaningarna*, MSB 2016–25. Sid 4–6.



riktighet och konfidentialitet avseende verksamhetskritisk information.<sup>5</sup>

Den målbild som föreslagits i gemensamma grunder för totalförvarsplanering har beaktats i framtagandet av målsättning för den regionala grundsynen.

### 3. Samverkansformer

Totalförvarsplanering bygger på samverkan mellan bevakningsansvariga myndigheter och andra berörda organisationer. De huvudsakliga forumen för samverkan om totalförvarsplanering inom de fyra nordliga länen beskrivs nedan.

#### **Totalförsvarets chefsgrupp i region nord**

Vid chefsmöten deltar landshövdingarna i Norrbottens, Västerbottens, Västernorrlands och Jämtlands län, chefen för Militärregion Nord och regionpolischefen för Polisregion Nord.

Syftet med mötena är att skapa en samlad övergripande bild om totalförvarsplaneringens bedrivande i de fyra nordligaste länen samt ge erforderliga styrningar.

Chefsgruppen fastställer den regionala grundsynen för totalförvarsplanering.

#### **Planeringsgrupp försvarsplanering**

Planeringsgruppen för försvarsplanering leds av den militärregionala staben och genomför ett antal möten årligen. I gruppen ingår representanter från de regionala aktörerna i de fyra nordligaste länen.

Grunden för arbetet är Försvarsmaktens grundoperationsplan och omfallsplanering.

Målet med försvarsplaneringen är att tillsammans med de civila aktörerna stärka den militära försvarsförmågan i norra delen av Sverige samt skapa ett underlag till Försvarsmaktens olika planverk. Försvarsplanering skall också ligga till grund för totalförvarsplaneringen.

Försvarsmakten ställer krav på att den personal som deltar i försvarsplanering ska vara inplacerad i lägst säkerhetsskyddsklass 2.

#### **Regionala råd för skydd mot olyckor och krisberedskap**

Varje Länsstyrelse ska ha ett regionalt råd för skydd mot olyckor och krisberedskap, i vilket representanter för länsstyrelsen och berörda aktörer i krishanteringssystemet bör ingå, för att skapa nödvändig samordning. De regionala råden kan även behandla totalförvarsplanering.

<sup>5</sup> Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2016), *Sverige kommer att möta utmaningarna*, MSB 2016–25. Sid 13.



Vilka aktörer som deltar i respektive länsstyrelses råd varierar utifrån de regionala förhållandena.

### **Länsvisa forum för beredskapsplanering**

Beredskapsplanering (planering för civilt försvar) i varje län ska samordnas av länsstyrelsen. Respektive länsstyrelse ansvarar för att upprätta de forum som krävs för uppgiften.

### **Andra samverkansformer**

Utöver ovan nämnda forum finns på nationell nivå samverkansområdena därtill kan ytterligare regionala eller lokala forum skapas eller befintliga förändras för uppgiften.



## Bilaga 1 – inriktningen för perioden

### Aktiviteter 2017

Uppgift	Beskrivning	Kommentarer
Totalförsvardagar	Syftet med totalförsvardagarna är sprida kunskap om totalförvarsplaneringens bedrivande inom de fyra nordligaste länen.	Ansvarig: Länsstyrelserna och Militärregion Nord Deltagare: Handläggare på regional och lokal nivå
Försvarsplanering	Grundoperations- och omfallsplanering Utveckling av former för lägesrapportering Operativa grundvärden	Ansvarig: Militärregion Nord.
Säkerhetsskydd och signalskydd	Inventera och kunna beskriva nuläget i egen organisation.	
Länsvisa forum för beredskapsplanering	Upprätta forum för beredskapsplanering	Ansvarig: respektive länsstyrelse
Samordning av gränsövervakning vid höjd beredskap	Påbörja arbetet med framtagande av plan för samordnad gränsövervakning vid höjd beredskap. Skapa arbetsgrupp och referensgrupp.	Ansvarig: Länsstyrelsen i Norrbottens län. Deltagare: Militärregion Nord, Polismyndigheten region Nord.





**Aktiviteter 2018**

<b>Uppgift</b>	<b>Beskrivning</b>	<b>Kommentarer</b>
Totalförsvarets chefsgrupp	Syftet med mötet är att skapa en samlad övergripande bild om totalförvarsplaneringens bedrivande i de fyra nordligaste länen samt ge erforderliga styrningar	
Totalförsvardagar	Syftet med totalförsvardagarna är sprida kunskap om totalförvarsplaneringens bedrivande inom de fyra nordligaste länen.	Ansvarig: Länsstyrelserna och Militärregion Nord Deltagare: Handläggare på regional och lokal nivå
Försvarsplanering	Grundoperations- och Omfallsplanering Översyn skyddsobjekt Utveckling av former för lägesrapportering Revidering operativa grundvärden	Ansvarig: Militärregion Nord Deltagare: Regionala och berörda lokala aktörer
Beredskapsplanering	Arbete med: *Krigsplacering av den personal som krävs vid höjd beredskap. *Planering för stöd till Försvarsmakten avseende försörjning av kritiska förnödenheter, egendom och tjänster genom exempelvis avtal, lager, förfogande och ransonering. *Aktörsgemensam samverkan som möter de höga krav på sekretess och robusthet som ställs vid höjd beredskap.	Ansvarig: Bevakningsansvariga myndigheter och prioriterade landsting och kommuner



	*Planering för att verka från alternativ och/eller skyddad ledningsplats.	
Samordning av gränsövervakning vid höjd beredskap	Färdigställande av plan för samordnad gränsövervakning vid höjd beredskap.  Genomföra erfarenhetsseminarium.	Ansvarig: Länsstyrelsen i Norrbottens län.  Deltagare: Militärregion Nord, Polismyndigheten region Nord.
Samverkansövning (SAMÖ) 18	SAMÖ 2018 är en del i arbetet med att uppnå den övergripande målbilden för 2020, med särskild fokus på samverkan och ledning under störda förhållanden.	Ansvarig: MSB  Deltagare: Bevakningsansvariga myndigheter.  Ytterligare aktörer kan komma att bjudas in.
MR N fältövning	Fördjupad försvarsplanläggning	Genomförs vecka 20 inom Norrbotten  Deltagare: Regionala aktörer
Utbildningar inom totalförsvar	Utbildningar ska genomföras utifrån det koncept som MSB och Försvarsmakten tar fram	Ansvarig: Respektive länsstyrelse.  Primär målgrupp: kommuner



**Aktiviteter 2019**

<b>Uppgift</b>	<b>Beskrivning</b>	<b>Kommentarer</b>
Totalförsvarets chefsgrupp	Syftet med mötet är att skapa en samlad övergripande bild om totalförsvarsplaneringens bedrivande i de fyra nordligaste länen samt ge erforderliga styrningar	
Totalförsvarsdagar	Syftet med totalförsvarsdagarna är sprida kunskap om totalförsvarsplaneringens bedrivande inom de fyra nordligaste länen	Ansvarig: Länsstyrelsen och Militärregion Nord Deltagare: Handläggare på regional och lokal nivå
Försvarsplanering	Grundoperations och Omfallsplanering Översyn skyddsobjekt Utveckling av former för lägesrapportering Revidering operativa grundvärden	Ansvarig: Militärregion Nord Deltagare: Regionala och berörda lokala aktörer
Beredskapsplanering		Beslutas i och med arbetet med regional grundsyn under år 2018.
Arméövning 19	Försvarsmaktsövning med civilt deltagande.	Genomförs preliminärt vecka 12-13 inom MR N område.
Konsekvenser av värdlansstöd	Aktiviteten utformas utifrån nationell inriktning.	Beslutas i och med arbetet med regional grundsyn under år 2018.
Utbildningar inom totalförsvaret	Utbildningar ska genomföras utifrån det koncept som MSB och Försvarsmakten tar fram	Ansvarig: Respektive länsstyrelse. Primär målgrupp: kommuner



**Aktiviteter 2020**

<b>Uppgift</b>	<b>Beskrivning</b>	<b>Kommentarer</b>
Totalförsvarets chefsgrupp	Syftet med mötena är att skapa en samlad övergripande bild om totalförsvarsplaneringens bedrivande i de fyra nordligaste länen samt ge erforderliga styrningar	
Totalförsvarsdagar	Syftet med totalförsvarsdagarna är sprida kunskap om totalförsvarsplaneringens bedrivande inom de fyra nordligaste länen	Ansvarig: Länsstyrelserna och Militärregion Nord Deltagare: Handläggare på regional och lokal nivå
Försvarsplanering	Grundoperations och Omfallsplanering Översyn skyddsobjekt Utveckling av former för lägesrapportering Revidering operativa grundvärden	Ansvarig: Militärregion Nord Deltagare: Regionala och berörda lokala aktörer
Gemensam totalförsvarsövning genomförs (år 2020)	En, så långt som möjligt, prövande gemensam övning genomförs senast 2020. Omfattningen av praktiska moment utgår från behov och praktiska möjligheter.	Ansvarig: MSB och Försvarsmakten.
Utbildningar inom totalförsvaret	Utbildningar ska genomföras utifrån det koncept som MSB och Försvarsmakten tar fram	Ansvarig: Respektive länsstyrelse. Primär målgrupp: kommuner



## Bilaga 2 – Ansvar och roller inom totalförsvaret

### Länsstyrelsen

#### Verksamhet

Länsstyrelsen svarar för den statliga förvaltningen i länet, i den utsträckning inte någon annan myndighet har ansvaret. Länsstyrelsen ska verka för att nationella mål får genomslag i länet med hänsyn till regionala förhållanden och förutsättningar samt utifrån ett statligt helhetsperspektiv arbeta sektorsövergripande och inom ansvarsområdet samordna olika samhällsintressen och statliga myndigheters insatser.

#### Roll inom krisberedskapen

Länsstyrelsen är geografiskt områdesansvarig myndighet och ska avseende krisberedskap vara sammanhållande inom området och före, under och efter en kris verka för samordning och gemensam inriktning av de åtgärder som behöver vidtas.

I syfte att förebygga och förbereda länet ska länsstyrelsen 1) stödja de aktörer som är ansvariga för krisberedskapen i länet, 2) ha ett regionalt råd för skydd mot olyckor och krisberedskap, 3) upprätta regionala risk- och sårbarhetsanalyser, 4) verka för att krisberedskapsarbetet inom länet bidrar till en grundläggande förmåga till civilt försvar.<sup>6</sup>

Vid kriser ska länsstyrelsen efter beslut av regeringen prioritera och inrikta statliga och internationella resurser som ställs till förfogande samt verka för att 1) en samlad regional lägesbild sammanställs, 2) nödvändig samverkan inom länet och med närliggande län sker, 3) samordna verksamhet mellan kommuner, landsting och myndigheter och 4) samordna information till allmänheten och massmedia vid kriser.

#### Roll inom totalförsvaret

Är Sverige i krig ska länsstyrelsens som högsta civila totalförsvarsmyndighet inom länet verka för att största möjliga försvarseffekt uppnås.

Är Sverige i krig ska länsstyrelsen tillämpa bestämmelser om höjd beredskap och övriga delar av länsstyrelseinstruktionen ska bara tillämpas om de är förenliga med länsstyrelsens uppgift i krig.

Under höjd beredskap ska Länsstyrelsen särskilt:

1. Samordna de civila försvarsåtgärderna
2. Verka för att sådan verksamhet hos civila myndigheter och andra civila organ som har betydelse för försvarsansträngningarna bedrivs med enhetlig inriktning.

<sup>6</sup> 53 § förordning (2007:825) med länsstyrelseinstruktion.



3. I samråd med Försvarsmakten verka för att det civila och det militära försvaret samordnas, och
4. Verka för att länets tillgångar fördelas och utnyttjas så att försvarsansträngningarna främjas.<sup>7</sup>

## **Försvarsmakten**

### **Verksamhet**

Försvarsmakten ska upprätthålla och utveckla ett militärt försvar som ytterst kan möta ett väpnat angrepp. Grunden för Försvarsmaktens verksamhet ska vara förmågan till väpnad strid.<sup>8</sup>

### **Roll inom krisberedskapen**

Vid krissituationer har Försvarsmakten i uppgift att vara ett stöd till samhället.

Till Försvarsmaktens uppgifter hör även att bidra till Sveriges beredskap inför kriser. Detta innebär att delta i planering, övningar och utbildningar inför svåra situationer som kan drabba samhället.

Stöd till samhället genomförs med befintliga resurser och om det inte allvarligt hindrar Försvarsmaktens ordinarie verksamhet.

### **Roll inom totalförsvaret**

Militärregionens stab är ansvarig för samordningen av den militära verksamheten rörande totalförvarsplaneringen på regional nivå.

Tillsammans med övriga totalförsvaret ska det militära försvaret först och främst utgöra en tröskel för den som vill angripa eller utöva påtryckningar på Sverige. Detta ska åstadkommas genom trovärdighet i krigföringsförmågan och vidare förstärkas genom tillgänglighet av dugliga krigsförband och nära samarbete tillsammans med andra myndigheter, företag, stater och organisationer. Målet är att tydliggöra att angrepp på Sverige medför orimliga kostnader för en angripare och därmed verka krigsavhållande.

Försvarsmakten ska vid fredstida kriser kunna bistå samhället med materiel och kompetens.

Vid höjd beredskap ska Försvarsmakten kunna krigsorganisera, mobilisera och använda alla krigsförband för att möta ett militärt hot mot Sverige och svenska intressen.

Försvarsmakten ska ha en aktuell operativ planering för sina uppgifter. Planeringen ska omfatta alla resurser som är nödvändiga för att genomföra Försvarsmaktens uppgifter

<sup>7</sup> 56 § förordning (2007:825) med länsstyrelseinstruktion.

<sup>8</sup> 1 § förordning (2007:1266) med instruktion för Försvarsmakten.



Försvarsmakten ska samordna beredskapsplanläggningen och den operativa planläggningen med beredskapsplaneringen inom övriga delar av totalförsvaret.

Tillsammans med övriga totalförsvaret ska samhällets funktionalitet skyddas. Vidare ska förmågan att ta emot och effektivt nyttja militärt stöd bibehållas.<sup>9</sup>

## Polismyndigheten

### Verksamhet

Målet för rättsväsendet är att säkerställa den enskildes rättssäkerhet och rättstrygghet. Polismyndigheten ska tillsammans med övriga myndigheter inom och utom rättsväsendet genom sina insatser bidra till målet för kriminalpolitiken – att minska brottsligheten och öka människors trygghet. Polisens arbete ska syfta till att upprätthålla allmän ordning och säkerhet samt i övrigt tillförsäkra allmänheten skydd och annan hjälp.

### Roll inom krisberedskap

Polismyndigheten ska ha en förmåga att hantera allvarliga händelser som med stor sannolikhet kan utvecklas till en kris och få stora konsekvenser. Polismyndigheten ska lokalt, regionalt och nationellt ha en god förmåga att vid kriser aktivera resurser samt kunna initiera och utföra åtgärder som anpassar ordinarie verksamhet efter krissituationen och samtidigt skapar förutsättningar för en uthållig hantering av krisen.

Polismyndigheten ska:

- värna samhällets funktionalitet
- värna förmåga att upprätthålla grundläggande värden som demokrati, rättssäkerhet och mänskliga fri- och rättigheter.
- kunna utföra verksamhet utan att allvarliga störningar inträffar. När allvarliga händelser inträffar inom och utanför myndigheten kan de hanteras oavsett läge (kris-krig) i landet.
- ha robust och tillförlitlig verksamhet och en god förmåga att i samverkan hantera störningar, stora påfrestningar samt oväntade händelser.

---

<sup>9</sup> Ur Militärstrategisk doktrin- MSD 16 och Förordning (2007:1 266) med instruktion till Försvarsmakten.



## **Roll inom totalförsvaret<sup>10</sup>**

Vid höjd beredskap ska polisen:

- kunna mobilisera
- inrätta en krigsorganisation
- planera för en förändrad situation, genomföra analyser och omvärldsbevakning, utbilda och öva personal samt anskaffa förnödenheter och utrustning.

Förutom myndighetens verksamhet för att upprätthålla allmän ordning och säkerhet i samhället så har Polismyndigheten även ett särskilt ansvar före och under kris samt vid höjd beredskap vad gäller två samverkansområden inom det nationella krishanteringssystemet:

- Samverkansområde - Farliga Ämnen (SOFÄ)
- Samverkansområde - Skydd, Undsättning och Vård (SOSUV)

## **Landsting/regioner**

### **Verksamhet**

Landstingen bedriver hälso- och sjukvård för dem som är bosatta inom landstinget, landstingen ska också verka för en god hälsa<sup>11</sup>. I varje landsting ska det också finnas en smittskyddsläkare. Merparten av landstingen har ansvaret för regional utveckling i de fall det inte ligger hos Länsstyrelsen eller i ett regionförbund. Huvuddelen av landstingen ansvarar också för kollektivtrafik.

### **Kris- och katastrofmedicinsk beredskap**

Landstingens kris- och katastrofmedicinska beredskap grundas på författningskrav för hantering av allvarliga händelser<sup>12</sup> och extraordinära händelser<sup>13</sup>. Landstingen ska minska sårbarheten i sin verksamhet och ha en god förmåga att hantera krissituationer i fred. Ansvaret omfattar också att sammanställa risk- och sårbarhetsanalyser och fastställa en plan för hur extraordinära händelser ska

---

<sup>10</sup> Lag om polisens ställning under krig (1943:881), Förordning om totalförsvaret och höjd beredskap (2015:1053), Förordning om krisberedskap och höjd beredskap (2015:1052), MSB föreskrift risk- och sårbarhetsanalys (MSBFS 2016:7), Proposition; Försvarspolitisk inriktning Sveriges försvar 2016-2020 (prop.2014/15:109), Regeringsuppdrag: Civilt försvar (Ju2015/00055/SSK), Gemensamma grunder (grundsyn) för en sammanhängande planering för totalförsvaret, Rapport-Försvarsmakten och MSB, FM2016-13584/MSB2016:25, För varje arbetsområde ex CBRNE inom krisberedskapen finns ytterligare författningar, Enligt förordningen (2007:825 §§52-56 samt 2006:942) regleras rollen.

<sup>11</sup> Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)3§

<sup>12</sup> Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap. SOSFS 2013:22

<sup>13</sup> Lag (2006:544) och förordning (2006:637) om kommuner och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.





hanteras. Vid extraordinära händelser ska landstingen lämna lägesrapporter till MSB, Socialstyrelsen och länsstyrelsen **Fel! Bokmärket är inte definierat..**

Den medicinska katastrofberedskapen i fred är grunden för sjukvårdsberedskap i krig. En katastrofmedicinsk beredskap innebär att minimera konsekvenserna för drabbade vid en allvarlig händelse. Alla landsting är skyldiga att ha en katastrofmedicinsk beredskapsplan. Vid en allvarlig händelse ska landstingen ha förmåga att larma och aktivera nödvändiga funktioner, leda och samordna berörda hälso- och sjukvårdsverksamheter, samverka med berörda aktörer samt kunna genomföra insatser i ett skadeområde, utföra sjuktransporter och omhänderta drabbade **Fel! Bokmärket är inte definierat..**

Bevakningsansvarig myndighet för hälso- och sjukvården är Socialstyrelsen. Från och med juli 2015 ansvarar Folkhälsomyndigheten för de uppgifter som Socialstyrelsen tidigare haft enligt smittskyddslagen och Sveriges åtaganden enligt internationella hälsoreglementet.

### Roll inom totalförsvaret

Under höjd beredskap ansvarar landstingsstyrelsen för ledningen av den civila hälso- och sjukvården samt övrig verksamhet för det civila försvaret som landstinget ska bedriva.<sup>14</sup>

Landsting ska vid höjd beredskap vidta särskilda åtgärder (verksamhetsplanering, tjänstgöring för personal och användande av tillgängliga resurser) som är nödvändiga för att de ska kunna fullgöra sina uppgifter inom totalförsvaret.<sup>15</sup>

För att kunna utföra uppgifterna vid höjd beredskap ska landstingen ha de planer som behövs. Planerna ska innehålla uppgifter om verksamheten som är avsedd att bedrivas, landstingets krigsorganisation och vilken personal som ska tjänstgöra i denna samt vad som i övrigt behövs för att landstinget ska kunna höja sin beredskap och bedriva verksamhet.<sup>16</sup>

Vid höjd beredskap ska landstinget hålla Socialstyrelsen, MSB och länsstyrelsen underrättade om beredskapsläget och övriga förhållanden som har betydelse för det civila försvaret.<sup>17</sup>

När en officiell nationell upplysningsbyrå är upprättad ska landsting lämna uppgifter om krigsfångar till Totalförsvarets rekryteringsmyndighet och uppgifter om andra skyddade personer till Migrationsverket. Uppgifter om var avlidna personers gravar är belägna ska lämnas. Landstinget ska också överlämna

<sup>14</sup> 3 kap 2 § Lag (2006:544) om kommuner och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

<sup>15</sup> 7 § Lag (1992:1403) om totalförsvaret och höjd beredskap.

<sup>16</sup> 4 § Förordning (2006:637) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

<sup>17</sup> 7 § Förordning (2006:637) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.



uppsamlade värdeföremål och handlingar från krigsfångar och andra skyddade personer till respektive myndighet.<sup>18</sup>

Landsting/regioner har också att tillämpa Lag (1994:1809) om Totalförsvarsplikt, förordning (1995:238) om totalförsvarsplikt samt Lag (1981:292) om tjänsteplikt för hälso- och sjukvårdspersonal m.m.

## Kommuner

### Roll inom krisberedskapen

Kommuner ska enligt lag<sup>19</sup> minska sårbarheten i sin verksamhet och ha en god förmåga att hantera krissituationer i fred. Kommunerna ansvar för att:

- Sammanställa risk- och sårbarhetsanalyser
- Fastställa en plan för hur de ska hantera extraordinära händelser
- Ha en krisledningsnämnd för att fullgöra vissa uppgifter
- Öva och utbilda förtroendevalda och personal för sina uppgifter
- Vid extraordinära händelser lämna lägesrapporter till MSB, Socialstyrelsen och länsstyrelsen.

Kommunerna har geografiskt områdesansvar inom kommunens område och ska verka för att:

- Olika aktörer i kommunen samverkar och uppnår samordning i planerings- och förberedelsearbetet.
- De krishanteringsåtgärder som vidtas av olika aktörer samordnas.
- Informationen till allmänheten samordnas.

### Roll inom totalförsvaret

Under höjd beredskap ansvarar kommunstyrelsen för ledningen av den del av det civila försvaret som kommunen ska bedriva.<sup>20</sup> Kommunstyrelsen ska också verka för att den verksamhet som bedrivs i kommunen av olika aktörer samordnas och för att samverkan kommer till stånd mellan dem som bedriver verksamheten.<sup>21</sup> Kommunen ska under höjd beredskap i den omfattning som regeringen beslutar:

- Vidta de åtgärder som behövs för försörjningen med nödvändiga varor

<sup>18</sup> 6 kap 1 § Lag (2006:544) om kommuner och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

<sup>19</sup> Lag (2006:544) om kommuner och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

<sup>20</sup> 3 kap. 2 § Lag (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

<sup>21</sup> 3 kap. 4 § Lag (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.



- Medverka vid allmän prisreglering och ransonering
- Medverka i övrigt vid genomförande av åtgärder som är viktiga för landets försörjning.<sup>22</sup>

Kommunen ska hålla länsstyrelsen informerad om beredskapsläget och övriga förhållanden som har betydelse för det civila försvaret i kommunen.<sup>23</sup>

Kommuner ska vid höjd beredskap vidta särskilda åtgärder (tjänstgöring för personal, verksamhetsplanering och användande av tillgängliga resurser) som är nödvändiga för att de ska kunna fullgöra sina uppgifter inom totalförsvaret.<sup>24</sup>

För att kunna utföra uppgifterna vid höjd beredskap ska kommunen ha de planer som behövs. Planerna ska innehålla uppgifter om verksamheten som är avsedd att bedrivas, kommunens krigsorganisation och vilken personal som ska tjänstgöra i denna samt vad som i övrigt behövs för att kommunen ska kunna höja sin beredskap och bedriva verksamhet.<sup>25</sup>

---

<sup>22</sup> 3 kap. 3 § Lag (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

<sup>23</sup> 2 § Förordning (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

<sup>24</sup> 7 § Lag (1992:1402) om totalförsvaret och höjd beredskap.

<sup>25</sup> 4 § Förordning (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.



24

Uppdrag till regionstyrelsens ordförande  
att besluta om svar på remiss om HPV-  
vaccination av pojkar

RS/1566/2017



2017-08-04

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

RS/1566/2017

## Uppdrag till regionstyrelsens ordförande att besluta om svar på remiss om HPV-vaccination av pojkar

### Ärendebeskrivning

Region Jämtland Härjedalen har getts möjlighet att lämna synpunkter på Folkhälsomyndighetens beslutsunderlag till regeringen om att erbjuda pojkar vaccination mot humant papillomvirus inom det nationella allmänna vaccinationsprogrammet för barn. Folkhälsomyndigheten har gjort bedömningen att vaccinationen uppfyller smittskyddslagens kriterier.

För att en vaccination ska kunna omfattas av ett nationellt vaccinationsprogram ska den enligt smittskyddslagen (SFS 2004:168)

- effektivt förhindra smittspridning eller minska sjukdomsburden av smittsamma sjukdomar i befolkningen eller vissa grupper av befolkningen,
- vara samhällsekonomiskt kostnadseffektiv, och
- vara hållbar från etiska och humanitära utgångspunkter

Folkhälsomyndigheten bedömer att vaccination av pojkar mot humant papillomvirus (HPV) uppfyller smittskyddslagens tre kriterier för att ingå i ett nationellt allmänt vaccinationsprogram. Bedömningen har gjorts utifrån de 13 faktorer som beskrivs i smittskyddslagstiftningen och dess förarbeten.

Synpunkterna ska vara Folkhälsomyndigheten tillhanda senast 10 september. För att kunna använda tiden fullt ut föreslås att regionstyrelsens ordförande efter samråd med regionstyrelsens 2:e vice ordförande fattar beslut om remissvaret.

### Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsens ordförande får i uppdrag att ta beslut om svar på remiss om HPV-vaccination av pojkar efter samråd med regionstyrelsens 2:e vice ordförande.

I tjänsten

Ingela Jönsson  
Tf Regiondirektör

Mikael Ferm

Regionstabschef

Utdrag till

Regionsekreterare



Folkhälsomyndigheten

Enligt sändlista

**Vårt ärendenummer**  
02403-2016-3.4.4

**Datum**  
2017-07-03

**Sida**  
1 (3)

## **Remiss: Beslutsunderlag till regeringen om att erbjuda pojkar vaccination mot humant papillomvirus inom det nationella allmänna vaccinationsprogrammet för barn**

Folkhälsomyndigheten har utrett om pojkar bör erbjudas vaccination mot humant papillomvirus inom det nationella allmänna vaccinationsprogrammet för barn och gjort bedömningen att vaccinationen uppfyller smittskyddslagens kriterier.

Det bifogade beslutsunderlaget är avsett att utgöra ett stöd i regeringens beslut och skickas härmed för era synpunkter. Skicka svaret via e-post till [info@folkhalsomyndigheten.se](mailto:info@folkhalsomyndigheten.se). Remissvar kan även skickas via post till Folkhälsomyndigheten, 171 82 Solna. Märk remissvaret med ärendenummer 02403-2016-3.4.4. Remissen är öppen, vilket innebär att andra intressenter också har möjlighet att skicka in synpunkter. Senaste dag för svar på remissen är **söndagen den 10 september 2017**.

När remisstiden är slut kan Folkhälsomyndigheten komma att revidera beslutsunderlaget utifrån inkomna kommentarer. Beslutsunderlaget skickas därefter till Socialdepartementet, som i enlighet med sina rutiner kommer att skicka ut underlaget på remiss igen.

Folkhälsomyndighetens bedömning baseras huvudsakligen på två bakgrundsdocument: ett kunskapsunderlag och en hälsoekonomisk analys. Dessa dokument finns tillgängliga på Folkhälsomyndighetens webbplats: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/>.

Vid frågor, kontakta Adam Roth ([adam.roth@folkhalsomyndigheten.se](mailto:adam.roth@folkhalsomyndigheten.se), 010-205 2110) eller Hélène Englund ([helene.englund@folkhalsomyndigheten.se](mailto:helene.englund@folkhalsomyndigheten.se), 010-205 2354).

Med vänlig hälsning

Ann Lindstrand  
Enhetschef  
Enheten för vaccinationsprogram

## **Bilagor**

1. Sändlista
2. Beslutsunderlag om HPV-vaccination av pojkar i det nationella vaccinationsprogrammet (remissversion)



## Bilaga 1. Sändlista remissinstanser

### Myndigheter

Läkemedelsverket  
Socialstyrelsen  
Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)  
Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)

### Intresseorganisationer och yrkesföreningar

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)  
Friskolornas riksförbund  
Sveriges läkarförbund  
Vårdförbundet

Svenska skolläkarföreningen  
Riksföreningen för skolsköterskor  
Svenska Barnläkarföreningen  
Riksföreningen för barnsjuksköterskor  
Svenska Distriktsläkarföreningen (DLF)  
Distriktssköterskeföreningen  
Smittskyddsläkarföreningen  
Svenska infektionsläkarföreningen (SILF)  
Föreningen för Klinisk Mikrobiologi (FKM)  
Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)  
Svensk onkologisk förening (SOF)

Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU)  
Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas, transpersoners och queeras rättigheter (RFSL)

### Landsting och regioner

Kalmar läns landsting	Landstinget Västmanland	Region Kronoberg
Landstinget Blekinge	Norrbottnens läns landsting	Region Skåne
Landstinget Dalarna	Region Gotland	Region Örebro län
Landstinget i Uppsala län	Region Gävleborg	Region Östergötland
Landstinget i Värmland	Region Halland	Stockholms läns landsting
Landstinget Sörmland	Region Jämtland Härjedalen	Västerbottens läns landsting
Landstinget Västernorrland	Region Jönköpings län	Västra Götalandsregionen

### Kommuner

Dorotea	Kiruna	Umeå
Eskilstuna	Linköping	Uppsala
Göteborgs stad	Malmö stad	Vimmerby
Halmstad	Mora	Västerås stad
Jönköping	Munkfors	Växjö
Karlstad	Stockholms stad	Örebro



Folkhälsomyndigheten

# Beslutsunderlag om HPV-vaccination av pojkar i det nationella vaccinationsprogrammet

REMISSVERSION

Remissversion

*Remissversion*

Beslutsunderlag om  
HPV-vaccination av pojkar i det  
nationella vaccinationsprogrammet

REMISSVERSION

Remissversion

## Bindningar och jäv

För Folkhälsomyndighetens egna experter och sakkunniga som medverkat i rapporter bedöms eventuella intressekonflikter och jäv inom ramen för anställningsförhållandet.

När det gäller externa experter och sakkunniga som deltar i Folkhälsomyndighetens arbete med rapporter kräver myndigheten att de lämnar skriftliga jävsdeklarationer för potentiella intressekonflikter eller jäv. Sådana omständigheter kan föreligga om en expert t.ex. fått eller får ekonomisk ersättning från en aktör med intressen i utgången av den fråga som myndigheten behandlar eller om det finns ett tidigare eller pågående ställningstagande eller engagemang i den aktuella frågan på ett sådant sätt att det uppkommer misstanke om att opartiskheten inte kan upprätthållas.

Folkhälsomyndigheten tar därefter ställning till om det finns några omständigheter som skulle försvåra en objektiv värdering av det framtagna materialet och därmed inverka på myndighetens möjligheter att agera sakligt och opartiskt. Bedömningen kan mynna ut i att experten kan anlitas för uppdraget alternativt att myndigheten föreslår vissa åtgärder beträffande expertens engagemang eller att experten inte bedöms kunna delta i det aktuella arbetet.

De externa experter som medverkat i framtagandet av denna rapport har inför arbetet i enlighet med Folkhälsomyndighetens krav lämnat en deklARATION av eventuella intressekonflikter och jäv. Folkhälsomyndigheten har därefter bedömt att det inte föreligger några omständigheter som skulle kunna äventyra myndighetens trovärdighet. Jävsdeklarationerna och eventuella kompletterande dokument utgör allmänna handlingar som normalt är offentliga. Handlingarna finns tillgängliga på Folkhälsomyndigheten.

---

Denna titel kan laddas ner från: [www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material](http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material)

Citera gärna Folkhälsomyndighetens texter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd att använda dem.

© Folkhälsomyndigheten, 2017  
Artikelnummer: 01596-2017

## Förord

Vaccination mot humant papillomvirus (HPV) erbjuds idag endast till flickor inom det nationella allmänna vaccinationsprogrammet för barn. Folkhälsomyndigheten har gjort en bedömning av om vaccination av pojkar mot HPV uppfyller smittskyddslagens tre kriterier för att ingå i ett nationellt vaccinationsprogram. Myndighetens slutgiltiga bedömning överlämnas till regeringen i form av detta beslutsunderlag, vilket är avsett att vara ett stöd för regeringens beslut i frågan. Andra organisationer som kan ha särskilt intresse av rapporten är elevhälsans medicinska insats och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), samt övrig hälso- och sjukvård, särskilt de enheter som erbjuder vaccinationer och de som arbetar cancerförebyggande eller med cancervård.

Beslutsunderlaget har tagits fram av Adam Roth och Héléne Englund vid enheten för vaccinationsprogram i samråd med övriga experter i Folkhälsomyndighetens arbetsgrupp. Arbetsgruppen har tagit fram de kunskapsunderlag som beslutsunderlaget bygger på. Samtliga medverkande framgår av bilaga 1. I den slutliga utformningen har enhetschef Ann Lindstrand och avdelningschef Anders Tegnell deltagit.

Folkhälsomyndigheten, 2017

*Johan Carlson*  
Generaldirektör

*Remissversion*

# Innehåll

Sammanvägd bedömning .....	8
Summary .....	11
Reglering av nationella vaccinationsprogram .....	13
Ändringar av nationella vaccinationsprogram .....	13
Humant papillomvirus .....	15
Vaccin mot HPV.....	15
Vaccinationsprogram .....	16
Bedömning av smittskyddsförordningens 13 faktorer .....	17
1. Sjukdomsburda .....	17
2. Vaccinationens effekt .....	19
3. Dosering och intervaller.....	20
4. Målgrupper .....	21
5. Vaccinsäkerhet .....	22
6. Påverkan på verksamhet .....	23
7. Kombination med andra vacciner .....	24
8. Allmänhetens acceptans .....	25
9. Andra förebyggande åtgärder eller behandlingar .....	26
10. Samhällsekonomisk analys.....	27
11. Uppföljning .....	28
12. Informationsinsatser .....	29
13. Etiska aspekter .....	30
Bilaga 1. Medverkande till kunskapsunderlaget.....	31
Bilaga 2. Värdering av vetenskapligt underlag .....	33



## Sammanvägd bedömning

För att en vaccination ska kunna omfattas av ett nationellt vaccinationsprogram ska den enligt smittskyddslagen (SFS 2004:168)

- effektivt förhindra smittspridning eller minska sjukdomsburden av smittsamma sjukdomar i befolkningen eller vissa grupper av befolkningen,
- vara samhällsekonomiskt kostnadseffektiv, och
- vara hållbar från etiska och humanitära utgångspunkter.

Folkhälsomyndigheten bedömer att vaccination av pojkar mot humant papillomvirus (HPV) uppfyller smittskyddslagens tre kriterier för att ingå i ett nationellt allmänt vaccinationsprogram. Bedömningen har gjorts utifrån de 13 faktorer som beskrivs i smittskyddslagstiftningen och dess förarbeten.

### Minskar smittspridning och sjukdomsburden

Folkhälsomyndigheten bedömer att den HPV-relaterade sjukdomsburden och effekten av HPV-vaccination på epidemiologi och sjukdomsburden talar för att införa HPV-vaccination också för pojkar.

Det vetenskapliga underlaget visar att HPV-virus är relaterat till en betydande sjukdomsburden hos såväl kvinnor som män, samt att män har direkt nytta av HPV-vaccination genom en minskad förekomst av HPV-infektioner och förstadier till HPV-relaterad analcancer. Underlaget tyder på att detsamma gäller för peniscancer. Underlaget visar även att HPV-vaccination av flickor minskar förekomsten av HPV-infektioner och förstadier till cancer i cervix, anus, vulva och vagina hos kvinnor. Kunskapsläget tyder också på att HPV-vaccination skyddar mot HPV-infektion i svalget. Ett vaccinationsprogram för flickor har lett till minskad förekomst av kondylom bland pojkar, vilket även visar att HPV-vaccination kan ge flockimmunitet.

Det krävs långsiktiga studier för att visa vilken effekt vaccinationerna har på HPV-relaterad cancer och dödlighet. I de pågående studierna har sådan effekt ännu inte kunnat påvisas på grund av begränsad uppföljningstid (10 år), men det går att använda modeller som bygger på tillgänglig data och evidens för att uppskatta denna effekt.

Vaccinet förväntas ha direkt effekt på cancerburden hos män, och då särskilt män som har sex med män, en grupp med stor burden av HPV-relaterad sjukdom och sämre indirekt skydd genom flokkeffekt i ett vaccinationsprogram som enbart omfattar flickor. Ovaccinerade flickor och pojkar förväntas också få ett bättre skydd mot HPV-relaterad sjukdom genom flokkeffekt om också pojkar skulle erbjudas HPV-vaccin inom vaccinationsprogrammet. Sammantaget visar Folkhälsomyndighetens epidemiologiska modellering att två tredjedelar (cirka 200 fall) av de HPV-relaterade cancerfallen bland män förväntas på sikt förebyggas genom det vaccinationsprogram vi redan har idag för flickor. Genom att införa

vaccination också för pojkar kan ytterligare cirka 120 cancerfall förebyggas årligen i Sverige, varav hälften bland män.

## Samhällsekonomiskt kostnadseffektivt

Folkhälsomyndigheten bedömer att relationen mellan hälsoeffekter och kostnader är rimlig vad gäller HPV-vaccination för pojkar inom det nationella vaccinationsprogrammet.

Resultaten av den hälsoekonomiska grundanalysen visar att kostnaderna skulle öka med ungefär 2 miljarder kronor under de närmaste 100 åren om även pojkar skulle erbjudas HPV-vaccination inom ramen för det nationella vaccinationsprogrammet, jämfört med att endast erbjuda flickor vaccinationen. Det är en nettokostnad som innefattar både ökade kostnader för vaccin och besparingar inom hälso- och sjukvården på grund av minskad sjukdomsbörda. Samhället skulle under samma tidsperiod vinna ungefär 5 600 livskvalitetsjusterade levnadsår (QALY). Detta innebär ungefär 375 000 kronor per vunnet QALY.

Vid nationell upphandling av vaccin är det troligt att det upphandlade priset blir lägre än det listpris som använts i grundanalysen. Om rabattsatsen vid upphandling hamnar på en nivå som i Stockholms läns landsting år 2017 (85 procent) skulle vaccination av såväl pojkar som flickor leda till en bättre hälsoeffekt till en lägre kostnad över en hundraårig tidshorisont jämfört med att endast vaccinera flickor.

Eftersom HPV-relaterade sjukdomar uppkommer flera år efter själva smittotillfället, ligger besparingar inom hälso- och sjukvården i form av minskad sjukdomsbörda långt fram i tiden. Kostnader som rör vaccination uppkommer dock omgående. Detta innebär att under de första åren efter ett införande, kommer vaccination av pojkar endast innebära ökade kostnader, även om priset för vaccin är lägre än listpriset. Om vaccinpriset är 85 procent lägre än 2017 års listpris, och vaccinationstäckningen omkring 80 procent, skulle kostnaderna för vaccin vara ungefär 12 miljoner kronor per år. Kostnader för resursutnyttjande inom elevhälsans medicinska insats skulle tillkomma med ungefär 5,6 miljoner kronor årligen. Budgetpåverkan skulle i detta scenario således vara omkring 17,6 miljoner kronor.

## Etiskt och humanitärt hållbart

Folkhälsomyndigheten bedömer slutligen att HPV-vaccination av pojkar inom ett nationellt program vore hållbart ur ett etiskt och humanitärt perspektiv.

Vaccinens nytta-risk profil bedöms vara god, då vaccinationen innebär små risker och potentiellt stor nytta genom att den kan förebygga livshotande tillstånd. Det vetenskapliga underlaget visar att vaccinen har en god säkerhetsprofil bland flickor och pojkar. Vaccination inom ramen för ett nationellt allmänt program bedöms också vara ett sätt att undkomma många etiska svårigheter, eftersom den blir obligatorisk att erbjuda, men frivillig att genomgå. Vaccinationen kommer dessutom erbjudas jämlikt över landet och införandet baseras på lagstadgade bedömningskriterier. Ett allmänt vaccinationsprogram som också omfattar pojkar

skulle därmed bidra till minskad ojämlikhet mellan kön och familjer med olika ekonomiska möjligheter.

Det är dock viktigt att följa upp vaccinationsprogrammet noga och ge extra resurser till elevhälsans medicinska insats för att få ökad kunskap om effekterna och undvika att annan viktig verksamhet blir lidande. Eftersom flickor redan erbjuds vaccination mot HPV inom det allmänna vaccinationsprogrammet för barn är det ett gott utgångsläge för att utveckla informationsmaterial och följa upp vaccinationens effekter. Elevhälsans medicinska insats har också rutiner för vaccination och dokumentation i det nationella vaccinationsregistret vilket skulle underlätta vid en implementering. Det är dock viktigt att säkerställa extra resurser som öronmärks för elevhälsans medicinska insats, så att inte annan viktig hälsofrämjande och förebyggande verksamhet blir undanträngd.

Remissversion

# Summary

## Human papilloma virus vaccination of boys in the Swedish national vaccination programme - support for a governmental decision

Vaccination against human papilloma virus (HPV) is currently included in the Swedish national vaccination programme for children, and offered to girls free of charge through the school health care service in grades 5-6 (age 10-12 years).

For a vaccine to be included in a national vaccination programme, the vaccination should i) efficiently prevent the spread or reduce the burden of communicable diseases in the population or in specified groups, ii) be cost effective from a societal perspective, and, iii) be sustainable from an ethical and humanitarian point of view, as stated in the Swedish Communicable Diseases Act (SFS 2004:168). The Public Health Agency of Sweden (PHAS) has conducted an investigation to assess if boys could also receive HPV-vaccinations within the national programme and concluded that the vaccination fulfils the three criteria.

This report summarizes the current state of knowledge regarding HPV-vaccination of boys and has been prepared primarily for the Ministry of Health and Social Affairs of Sweden. An extensive report outlining the 13 factors of the investigation has been published separately.\*

The PHAS considers the burden of HPV-related disease and the expected impact of HPV-vaccination of boys on disease burden and HPV-epidemiology to be in favour of a vaccination programme against HPV for boys. Scientific evidence shows that HPV causes a considerable disease burden among both men and women. It also shows that males can have direct gain from HPV-vaccination through a reduced risk of HPV-infection and precancerous anal lesions. This is similarly indicated for penile cancer. HPV-vaccination of girls reduces the incidence of HPV-infections and precancerous lesions of the cervix, anus, vulva and vagina among women. Available data also indicates that HPV-vaccination protects against HPV-infections of the oropharynx. Extensive follow-up time is needed to show the effects of HPV-vaccination on cancer and mortality. In the ongoing studies, such an effect has not yet been demonstrated due to limited follow-up time (10 years). A vaccination programme for girls has been demonstrated to reduce the incidence of condyloma among both females and males. This shows that HPV-vaccinations can induce herd immunity effects. HPV-vaccination of boys is also expected to reduce the high HPV-related disease burden among men who have sex with men (MSM), a group that is not likely to benefit from the herd immunity conferred by vaccination of girls. In the epidemiologic model developed by PHAS for the health economic

---

\* Human papilloma virus vaccination of boys in the Swedish national vaccination programme. Folkhälsomyndigheten, 2017. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/>.

assessment, it is expected that two thirds of the cancer cases among males in Sweden (200 cases yearly) will in time be prevented through the vaccination program for girls already being implemented. Through also vaccinating boys it is expected that another 120 cases could be prevented yearly, half of which are among males.

The PHAS considers that there is a reasonable relationship between the expected health effects and costs of HPV-vaccination, justifying the extension of the HPV-vaccination program to boys. A health economic model has been developed by the PHAS, with a societal perspective and taking herd-immunity into account. The model shows that universal HPV-vaccination would yield a cost of about 375,000 SEK per QALY gained compared to only vaccinating girls, using officially listed vaccine prices. Assuming instead a procured price for the vaccine at an 85% discount, similar to the 2017 procurement price of Gardasil 4, and a vaccination coverage of 80%, the introduction of universal vaccination would have a better effect (measured by quality-adjusted life years) at a lower cost over the next 100 years, compared to only vaccinating girls. Given the discount, in the first few years following introduction, vaccinating boys against HPV would cost about 17.6 million SEK annually.

Finally, the PHAS considers HPV-vaccination of boys to be sustainable from an ethical and humanitarian perspective. There is scientific evidence for a positive risk-benefit balance from the available vaccines. The vaccines may prevent potentially life-threatening conditions while the most common adverse reactions are injection site reactions and headache, of which most are mild to moderate. A NIP which includes boys would also reduce inequality based on sex and economic opportunity, as all children would be offered vaccination free of charge. However, it is important to provide school health services with extra resources in order to avoid displacement of other health promoting and preventive work.

---

N.B. The title of the publication is translated from Swedish, however no full version of the publication has been produced in English.

# Reglering av nationella vaccinationsprogram

Sedan den 1 juli 2015 har Folkhälsomyndigheten ansvar för de nationella vaccinationsprogrammen. Regeringen beslutar vilka sjukdomar som ska omfattas av nationella vaccinationsprogram, baserat på underlag från Folkhälsomyndigheten. Därefter meddelar Folkhälsomyndigheten föreskrifter om programmen, t.ex. vilka grupper som ska erbjudas vaccin samt antalet doser som ska ges och med vilka intervall.

Landsting och kommuner ansvarar för genomförandet och ska kostnadsfritt erbjuda befolkningen de vaccinationer som ingår i programmen. Vaccinationer inom de nationella programmen ska också registreras i det nationella vaccinationsregistret enligt lagen (2012:453) om register över nationella vaccinationsprogram.

Utöver de nationella vaccinationsprogrammen kan Folkhälsomyndigheten ge ut rekommendationer om vaccinationer. De är inte bindande, utan landsting och kommuner beslutar om och i så fall hur de ska implementeras och om man ska ta ut några avgifter.

## Ändringar av nationella vaccinationsprogram

Smittskyddslagstiftningen och dess förarbeten preciserar vad som ska ligga till grund för ändringar i nationella vaccinationsprogram. Detta ska ge en tydlig och öppen bedömningsprocess.

För att en smittsam sjukdom ska omfattas av ett nationellt vaccinationsprogram måste det finnas ett vaccin mot sjukdomen som går att ge utan föregående diagnos, och som ger mer än kortvarig immunitet mot sjukdomen i hela eller delar av befolkningen. Detta framgår av smittskyddslagen (2004:168, 2 kap. 3 d §).

Finns det ett sådant vaccin kan Folkhälsomyndigheten bedöma om det finns tillräckliga skäl för att föra in vaccination mot sjukdomen i ett nationellt vaccinationsprogram. Bedömningen ska enligt smittskyddsförordningen (2004:255, 7 §) beakta 13 faktorer och redovisa dem utan inbördes rangordning. Faktorerna är

1. sjukdomsbördan i samhället, i hälso- och sjukvården och för enskilda individer
2. vaccinationens förväntade påverkan på sjukdomsbördan och på sjukdomens epidemiologi
3. det antal doser som krävs för att uppnå önskad effekt
4. de målgrupper som ska erbjudas vaccination
5. vaccinetts säkerhet
6. vaccinationens påverkan på verksamhet i landsting, kommuner och privata vårdgivare

7. vaccinets lämplighet att kombinera med övriga vacciner i de nationella vaccinationsprogrammen
8. allmänhetens möjlighet att acceptera vaccinet och dess påverkan på attityder till vaccinationer generellt
9. vilka andra tillgängliga, förebyggande åtgärder eller behandlingar som kan vidtas eller ges som alternativ till vaccination i ett nationellt vaccinationsprogram
10. vaccinationens samhällsekonomiska effekter och dess kostnader och intäkter i staten, kommunerna och landstingen
11. möjligheterna till uppföljning av vaccinationens effekter i de avseenden som anges i 1–10 samt statens beräknade kostnader för sådan uppföljning
12. behovet av informationsinsatser i förhållande till allmänheten och vårdgivare och kostnaden för dessa insatser
13. medicinetiska och humanitära överväganden.

Utifrån dessa 13 faktorer gör Folkhälsomyndigheten en sammantagen bedömning med fokus på tre kriterier som är särskilt viktiga i lagstiftningen. Enligt smittskyddslagen (2 kap, 3e §) ska en smittsam sjukdom omfattas av ett nationellt vaccinationsprogram, om vaccination mot sjukdomen kan förväntas

1. effektivt förhindra spridning av smittsamma sjukdomar i befolkningen
2. vara samhällsekonomiskt kostnadseffektivt
3. vara hållbar från etiska och humanitära utgångspunkter.

## Humant papillomvirus

Infektioner med humant papillomvirus (HPV) anses vara den vanligaste sexuellt överförbara sjukdomen och infekterar hud- och slemhinneceller i svalg och övre luftvägar samt i anogenitala områden. Infektionen ger sällan symtom och läker oftast ut spontant, men den blir ibland kronisk och kan då leda till ett antal kliniska utfall såsom kondylom och cancer. Över 200 typer av HPV har identifierats och numrerats, varav 13 typer kan orsaka cancer. HPV-typerna 16 och 18 orsakar omkring 70 procent av all livmoderhalscancer, medan andra cancerformer framförallt relateras till typ 16.

Det uppskattas att HPV orsakar 630 000 nya cancerfall i världen årligen, vilket motsvarar 4,5 procent av all cancer (8,6 procent för kvinnor och 0,8 procent för män). Förekomsten av HPV-relaterad cancer liksom andelen av cancerfallen som kan relateras till HPV varierar mellan olika regioner och med ekonomisk utveckling. För livmoderhalscancer beror förekomst och sjukdomsburda på livmoderhalscancerscreeningens kvalitet. För annan HPV-relaterad cancer saknas liknande screeningprogram.

I Sverige är incidensen av analcancer tre gånger högre bland kvinnor än män, och för svalgcancer är det tvärtom, med en nästan tre gånger högre incidens bland män. För livmoderhalscancer är incidensen som högst mellan 35 och 45 års ålder men betydligt senare i livet vad gäller annan HPV-relaterad cancer, över 60 års ålder. Den stora ålderskillnaden beror delvis på den höga täckningen av screeningprogrammet för livmoderhalscancer.

Genom screeningprogrammet har vi lärt oss mycket om HPV-infektion och förstadier till livmoderhalscancer (cellförändringar). Höggradiga cellförändringar kan ta flera år att utvecklas och orsakas typiskt av en kronisk HPV-infektion. Dessa förändringar kan sedan leda till invasiv cancer vilket kan ta ytterligare 10 år. Annan HPV-relaterad cancer (i anus, penis, vulva och vagina) visar en liknande utveckling från HPV-infektion till cancer via förstadier till cancer, men den är inte lika väl studerad som för livmoderhalscancer. För svalgcancer har inte förstadier till cancer kunnat påvisas systematiskt.

## Vaccin mot HPV

Hittills har tre olika vaccin mot HPV utvecklats: ett bivalent vaccin (bHPV) som ger skydd mot HPV-typerna 16 och 18, ett fyrvalent vaccin (qHPV) som även skyddar mot HPV-typerna 6 och 11, och ett niovalent vaccin (nHPV) som dessutom skyddar mot HPV-typerna 31, 33, 45, 52 och 58.

Alla vacciner ger antikroppssvar som vida överstiger det som orsakas av en naturlig HPV-infektion. Hur länge skyddet mot HPV-infektion varar har inte fastställts, men uppföljning under 10 år visar stabilt höga antikropps nivåer vilket indikerar att antikroppsvaret sannolikt kommer att vara länge.



## Vaccinationsprogram

Det första HPV-vaccinet blev godkänt och tillgängligt i Sverige 2006. Socialstyrelsen föreskrev 2008 att vaccination mot HPV skulle införas det nationella vaccinationsprogrammet för alla flickor födda från och med år 1999 vid 10-12 års ålder. År 2012 påbörjades vaccination i alla skolor. Landstingen valde samtidigt att erbjuda gratis catch-up-vaccination till alla flickor födda 1993–98. Vaccinationstäckningen bland flickor har varit kring 80 procent sedan det nationella vaccinationsprogrammet startade.

### Vaccination av pojkar

Socialstyrelsens utredning från 2008 som förordade HPV-vaccination för flickor kom också fram till att det vid den tidpunkten inte var motiverat med ett HPV-vaccinationsprogram för pojkar. Dock kunde detta ställningstagande omprövas vid ett bättre kunskapsläge, särskilt när det gäller vaccineffekten mot HPV-relaterad cancer hos män och flockimmunitet. Effekten av vaccination av pojkar ansågs begränsad, då man kunde förvänta en mycket hög vaccinationstäckning bland flickor i Sverige.

År 2014 godkändes i Sverige det första HPV-vaccinet för indikationer som berör män, bland annat eftersom vaccinet visats ha effekt mot höggradiga förstadier till analcancer bland män som har sex med män (MSM). Flockimmunitet har också påvisats för HPV-vaccin, och det finns dessutom en betydande andel ovaccinerade flickor i Sverige för vilka flockimmunitetseffekter av att vaccinera pojkar skulle vara betydelsefulla. Kunskapen om HPV-relaterade cancerformer och deras epidemiologi har också utvecklats betydligt sedan 2008.

Ett fåtal länder har hittills implementerat HPV-vaccination för såväl flickor som pojkar. I Norden har endast Norge beslutat att införa HPV-vaccination för pojkar, och allmän vaccination inom det nationella programmet planeras starta 2018.

# Bedömning av smittskyddsförordningens 13 faktorer

I det här kapitlet redogör vi för myndighetens bedömning av de 13 faktorer som enligt smittskyddsförordningen (2004:255, 7 §) ska beaktas vid ändringar i nationella vaccinationsprogram. Under varje rubrik står först faktorn så som den är formulerad i smittskyddsförordningen, och därefter finns en kort sammanfattning av kunskapsunderlaget och analysen samt Folkhälsomyndighetens slutsats. Där inget annat anges baseras beslutsunderlaget på det kunskapsunderlag\* och den hälsoekonomiska analys† som tagits fram vid Folkhälsomyndigheten. Värderingen av det vetenskapliga underlaget gällande kvantitativa effekter och samband har sammanfattats i enlighet med Folkhälsomyndighetens interna handledning för litteraturoversikter (se bilaga 2).

## 1. Sjukdomsbörda

*Sjukdomsbördan i samhället, i hälso- och sjukvården och för enskilda individer*

Det vetenskapliga underlaget visar att HPV orsakar cancer. Underlaget visar att HPV-infektion är en nödvändig men inte tillräcklig orsak till livmoderhalscancer och att HPV-infektion även är relaterade till en rad andra cancerformer.

Screeningprogram mot livmoderhalscancer har bidragit till en god kunskap om utvecklingen från HPV-infektion till cancer via olika förstadier. Kunskapen är bättre beskriven för denna än för andra cancerformer. Andelen cancer som är HPV-relaterad varierar mellan de olika cancerformerna och mellan olika länder.

Screeningprogrammet mot livmoderhalscancer i Sverige är väletablerat och erbjuds alla kvinnor i åldern 23–60 år. Tack vare det har vi en internationellt sett låg sjukdomsbörda vad gäller denna cancerform, med runt 450 fall och 150 dödsfall årligen. År 2014 och 2015 rapporterades dock drygt hundra fler fall per år. Runt 70 procent av livmoderhalscancer orsakas av HPV typ 16 och 18. Flest insjuknar i livmoderhalscancer i åldrarna 35–45 år, vilket är betydligt tidigare än övrig HPV-relaterad cancer för vilka de flesta insjuknar efter 60 års ålder. Detta beror delvis på den höga täckningen av screeningprogrammet för livmoderhalscancer. Prognosen för livmoderhalscancer är relativt god om cancer upptäcks i tidigt skede, men om den upptäcks i avancerat skede (40 procent av fallen) är femårsöverlevnaden under 50 procent. År 2015 upptäcktes runt 11 000 höggradiga cellförändringar (förstadier till livmoderhalscancer) genom screeningprogrammet, och de leder oftast till kolposkopisk undersökning och, om nödvändigt, kirurgisk behandling. Vidare upptäcktes runt 51 000 låggradiga cellförändringar, vid vilka behovet av

---

\* Human papilloma virus vaccination of boys in the Swedish national vaccination programme. Folkhälsomyndigheten, 2017. Tillgänglig från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/>.

† Health economic evaluation of universal HPV-vaccination within the Swedish national vaccination programme for children Folkhälsomyndigheten, 2017. Tillgänglig från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/>.

uppföljning styrs av bland annat patientens ålder och resultatet av fortsatt provtagning.

Vagina- och vulvacancer drabbar främst äldre kvinnor (flest insjuknar efter 80 års ålder) och prognosen är sämre än för annan HPV-relaterad cancer, med femårsöverlevnad under 50 procent. Andelen vulvacancer som är HPV-relaterad minskar med ålder och uppskattas motsvara runt 30 nya fall årligen. Vaginal cancer är ovanligare, men runt 75 procent är HPV-relaterad vilket motsvarar runt 30 nya fall årligen i Sverige.

Bland de cancerformer som drabbar såväl män som kvinnor är svalgcancer en av dem som ökar snabbast i Sverige, med cirka 5 procent per år. Det är nu den näst vanligaste cancerformen i huvud- och halsregionen med drygt 380 nya fall år 2015 varav cirka 70 procent var män. Det uppskattas att drygt 75 procent av svalgcancerfallen är HPV-relaterade i Sverige, vilket motsvarar runt 85 nya fall årligen bland kvinnor och runt 200 bland män.

Runt 150 kvinnor och män får analcancer varje år i Sverige och risken är betydligt högre för kvinnor (incidens 2,04/100 000) än för män (0,62/100 000). Risken för att få analcancer är dock flerfald högre bland MSM (incidens 37/100 000) och ännu högre för de som också är HIV positiva. Cirka 90 procent av analcancer är HPV-relaterad, vilket motsvarar runt 95 nya fall årligen bland kvinnor och 40 bland män.

Invasiv peniscancer drabbar runt 100 män årligen i Sverige. Det har uppskattats att runt 80 procent av peniscancerfallen är HPV-relaterade i Sverige.

Femårsöverlevnaden är relativt god, över 70 procent, för HPV-relaterad svalgcancer, peniscancer och analcancer. Behandlingen för all HPV-relaterad cancer omfattar ofta kirurgi, kemoterapi och strålning och ger sidoeffekter som har stor inverkan på livskvaliteten på både kort och lång sikt.

Det vetenskapliga underlaget visar att HPV-infektion även orsakar annan sjukdomsbörda än cancer, främst i form av kondylom som är en mycket vanlig sexuellt överförbar sjukdom hos både män och kvinnor. I åldersspannet med högst förekomst av kondylom (20-24 års ålder) uppskattas runt 1 000 fall inträffa årligen i Sverige per 100 000 invånare. Kondylom har oftast ett lindrigt förlopp men kan vara svårbehandlad, och orsakas i stor utsträckning av HPV-typerna 6 och 11.

### Slutsats

Folkhälsomyndigheten bedömer att den stora sjukdomsbördan av HPV-relaterad cancer bland både kvinnor och män talar för att införa HPV-vaccination även för pojkar.

## 2. Vaccinationens effekt

### *Vaccinationens förväntade påverkan på sjukdomsburden och på sjukdomens epidemiologi*

Det vetenskapliga underlaget visar att HPV-vaccination ger ett mycket bra och stabilt immunsvar hos både pojkar och flickor, samt att HPV-vaccination av flickor minskar förekomsten av HPV-infektioner och förstadier till cancer i cervix, anus, vulva och vagina hos kvinnor. Det vetenskapliga underlaget visar också att HPV-vaccinerade män har direkt nytta av HPV-vaccination genom en minskad mängd HPV-infektioner och förstadier till HPV-relaterad analcancer. Underlaget tyder på detsamma för peniscancer. Underlaget tyder också på att HPV-vaccination skyddar mot HPV-infektioner i svalget. Ett vaccinationsprogram för flickor har lett till minskad förekomst av kondylom bland pojkar, vilket även visar att HPV-vaccination kan ge flockimmunitet.

Det krävs långsiktiga studier för att visa vilken effekt vaccinationer mot HPV har på HPV-relaterad cancer och dödlighet. I de pågående studierna har sådan effekt ännu inte kunnat påvisas på grund av begränsad uppföljningstid (10 år). I avsaknad av data om effekten av allmän vaccination på populationsnivå kan modeller baserade på tillgänglig data och evidens användas för att uppskatta effekterna av att vaccinera såväl flickor som pojkar.

Sådana modeller visar att

- förekomsten av cancer bland kvinnor kan minskas ytterligare genom att även vaccinera pojkar. Effekten blir större ju lägre vaccinationstäckningen är bland flickor. Med nuvarande vaccinationstäckning bland flickor i Sverige (80 procent) blir dock denna effekt begränsad.
- män får ett gott indirekt skydd mot cancer genom flokkeffekt då HPV-vaccination av flickor når en täckningsgrad omkring 80 procent, men att man kan öka skyddet ytterligare något genom att också vaccinera pojkar.
- MSM inte får samma nytta som andra män av flokkeffekten av ett vaccinationsprogram enbart för flickor. Ett direkt skydd för MSM genom att pojkar erbjuds vaccination är särskilt betydelsefullt då sjukdomsburden av främst analcancer är mycket hög i denna grupp.
- både ovaccinerade flickor och pojkar får ett bättre skydd genom flokkeffekter när vaccinationsprogram omfattar båda könen.

Sammantaget visar Folkhälsomyndighetens epidemiologiska modellering (se avsnittet om hälsoekonomisk bedömning nedan) att två tredjedelar (cirka 200 fall årligen) av de HPV-relaterade cancerfallen bland män förväntas på sikt förebyggas genom det vaccinationsprogram vi redan har idag för flickor. Genom att införa vaccination också för pojkar kan ytterligare cirka 120 cancerfall förebyggas årligen i Sverige, varav hälften bland män.

Modellering har slutligen visat att vaccinationsprogram som omfattar både flickor och pojkar har högre stabilitet jämfört med ett program bara för flickor, och

minskningar i vaccinationstäckningen får inte samma effekt på framtida cancerförekomst. Detta har också betydelse eftersom det finns exempel på att HPV-vaccinationstäckningen kan falla snabbt och ta lång tid att återuppbygga, såsom nyligen i Japan och Danmark.

### Slutsats

Folkhälsomyndigheten bedömer att effekterna av HPV-vaccination på epidemiologi och sjukdomsbörda talar för att införa HPV-vaccination också för pojkar i ett nationellt vaccinationsprogram. Vaccinet kan förväntas ha direkt effekt på cancerbördan hos män, och framförallt hos MSM som har en särskilt hög börda av HPV-relaterad sjukdom och sämre indirekt skydd genom flockeffekt i ett vaccinationsprogram för bara flickor. Ovaccinerade flickor och pojkar förväntas också få ett bättre skydd mot HPV-relaterad sjukdom genom flockeffekter om också pojkar ingår i vaccinationsprogrammet.

## 3. Dosering och intervaller

### *Det antal doser som krävs för att uppnå önskad effekt*

Alla tre vaccin är godkända för att användas i ett tvådos-schema med sex månaders intervall mellan doserna om de ges före 14 eller 15 års ålder (beroende på vaccin). Från 14 respektive 15 års ålder gäller ett tredos-schema. Det vetenskapliga underlaget visar att det inte finns några immunologiska skillnader i svaret på vaccinet mellan könen som skulle tala för att pojkar respektive flickor behöver olika vaccinationsscheman.

Vad gäller behovet av påfyllnadsdoser är kunskapsläget oklart. Det immunologiska svaret på vaccination, mätt som antikropps nivåer, är dock mångfalt högre efter vaccination än efter naturlig infektion. Tillgänglig data, med en uppföljningstid på 10 år, visar ingen kliniskt relevant minskning av HPV-specifika antikroppar eller minskande effektivitet vad gäller skydd mot HPV-infektion eller förstadium till livmoderhalscancer.

### Slutsats

Folkhälsomyndigheten bedömer att HPV-vaccin bör erbjudas pojkar enligt samma dosering och intervall mellan doserna som till flickor.

## 4. Målgrupper

### *De målgrupper som ska erbjudas vaccination*

Flickor erbjuds idag HPV-vaccination i årskurs 5–6 och det vetenskapliga underlaget visar att vaccinationen har bäst effekt om den ges före exponering för HPV-virus, vilket i praktiken innebär före sexuell debut. Vaccinen har visats ge ett gott immunsvär hos såväl flickor som pojkar, och barn i åldersgruppen 9–14 år har dessutom ett bättre immunsvär efter vaccination jämfört med kvinnor 16–26 år. Det finns också samordningsvinster med att vaccinera både pojkar och flickor i samma årskurser. Om vaccinationen ges före 13–14 års ålder behöver dessutom endast två doser ges; därefter gäller tredos-schema.

Då vaccinationsprogram införs, eller som i detta fall utvidgas, erbjuds vaccinationerna till individer födda från och med ett visst år. Vilken kohort som blir den första att omfattas av ett utvidgat program får beslutas av Folkhälsomyndigheten då beslut om implementering har fattats.

I Folkhälsomyndighetens nuvarande föreskrifter om vaccination av barn (HSLF-FS 2016:51) står att kompletterande vaccinationer ska erbjudas upp till 18 år. Kompletterande vaccinationer mot HPV kommer således erbjudas de pojkar som omfattas av programmet, dvs. de som är födda från och med den årskohort som programmet startar med.

När vaccinationsprogrammet mot HPV infördes för flickor (som startade med flickor födda 1999) beslutade landstingen att genomföra så kallade catch-up kampanjer, dvs. erbjuda även äldre flickor vaccination mot HPV under en begränsad tid. Modellering visar att vaccination av även äldre pojkar kan påskynda effekten av ett vaccinationsprogram, men effekten minskar ju äldre pojkarna blir i och med att de debuterar sexuellt.

### Slutsats

Folkhälsomyndigheten bedömer utifrån vaccineffekt och möjliga samordningsvinster att vaccination mot HPV inom ett nationellt program bör erbjudas pojkar i samma årskurser som det idag erbjuds flickor. Vilken årskohort som programmet startar med blir beroende av den övriga beslutsprocessen. Erbjudande om kompletterande vaccinationer bör gälla från och med den årskohort som vaccinationsprogrammet införs. Liksom tidigare får varje landsting besluta om eventuella catch-up kampanjer.

## 5. Vaccinsäkerhet

### *Vaccinets säkerhet*

De tre tillgängliga HPV-vaccinen testades i kliniska studier innan de godkändes och sedan dess har de följts inom den globala uppföljningen. Över 300 miljoner doser har distribuerats vilket sannolikt innebär att mer än 100 miljoner personer har vaccinerats. De vanligaste biverkningarna är reaktioner vid injektionsstället (rodnad, smärta eller svullnad) samt huvudvärk. De flesta reaktioner är milda till måttliga.

Ett antal signaler om misstänkta allvarliga biverkningar har undersökts av europeiska läkemedelsmyndigheter. Ett orsakssamband mellan HPV-vaccination och de undersökta syndromen posturalt ortostatiskt takykardisyndrom (POTS) och komplext regionalt smärtsyndrom (CRPS) har inte påvisats. Särskilda studier har också gjorts för att utreda eventuella kopplingar mellan det fyrvalenta HPV-vaccinet och autoimmuna och neurologiska biverkningar samt venös tromboembolism, men sådana samband har inte påvisats.

Det vetenskapliga underlaget visar att vaccinen har god säkerhetsprofil bland flickor och pojkar. Vaccinen har nyligen godkänts för användning bland pojkar och män och de största epidemiologiska säkerhetsstudierna har gjorts på kvinnor, men det finns inga skäl till att säkerhetsprofilen skulle vara annorlunda hos män jämfört med kvinnor. Inget vaccin på marknaden är begränsat till antingen pojkar eller flickor.

### **Slutsats**

Folkhälsomyndigheten bedömer att säkerhetsprofilen för de tillgängliga HPV-vaccinen talar för att införa vaccinationen även för pojkar. En fortsatt säkerhetsuppföljning enligt gällande rutiner är dock viktig för att kontinuerligt kunna utvärdera vaccinens nytta–risk balans och få mer kunskap om säkerhetsprofilen bland pojkar och män specifikt.

## 6. Påverkan på verksamhet

*Vaccinationens påverkan på verksamhet i landsting, kommuner och hos privata vårdgivare*

På sikt förväntas att sjukvården påverkas genom en lägre HPV-relaterad sjukdomsburda bland såväl män som kvinnor, men dessa effekter kommer dröja många år efter en implementering av ett vaccinationsprogram för pojkar.

HPV-vaccination av flickor erbjuds idag av elevhälsans medicinska insats och det är denna organisation som skulle påverkas mest om vaccinationsprogrammet mot HPV utökades till att även gälla pojkar. Vissa moment förenade med HPV-vaccination skulle vara desamma för pojkar som för flickor, t.ex. beställa vaccin, ge information i klassrummet och dela ut samtyckesblanketter. Dessa moment skulle därför kunna samordnas och inte innebära någon större extra arbetsinsats för skolsköterskorna. De gemensamma momenten står dock endast för en mindre del av den totala tiden som HPV-vaccinationer skulle ta. De individuella momenten för varje vaccinationsdos har uppskattats till 15-20 minuter, inklusive dokumentation. Tiden för att dokumentera vaccinationen i journal och vaccinationsregister beror på i vilken utsträckning elektroniska journalsystem används och hur möjligheterna till automatisk överföring av vaccinationsdata ser ut och den kan därför variera mellan olika skolor.

Vaccination av pojkar mot HPV med två doser skulle kräva 25 000 – 33 000 extra arbetstimmar nationellt per årskull. I denna uppskattning ingår inte att två skolsköterskor arbetar tillsammans eller den tid som krävs av skolläkare för individuella bedömningar. Det är viktigt att notera att arbetet med vaccinationer är utspritt över en lång tidsperiod, från den första informationen i klassrummet, till dess att den sista samtyckesblanketten är insamlad och de elever som missade det inplanerade tillfället är vaccinerade. En enkät bland skolsköterskor visade att tidsbrist är den största farhågan och utmaningen om även pojkar skulle erbjudas HPV-vaccination.

Under senare år har skolsköterskorna fått delvis ändrade arbetsuppgifter och ansvarsområden, t.ex. utökad ordinationsrätt för vaccinationer enligt det nationella allmänna vaccinationsprogrammet för barn. Huvudmannen för elevens utbildning är numera också skyldig att erbjuda kompletterande vaccinationer, även till nyanlända barn. I praktiken får skolsköterskorna denna uppgift. Skolsköterskornas arbetstid har blivit allt mer inmutad av obligatoriska uppgifter, vilket lämnar mindre tid för öppen mottagning etc. Om HPV-vaccination av pojkar införs i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn behövs extra resurser. Annars finns risk för att annan viktig hälsofrämjande och förebyggande verksamhet blir lidande.

### Slutsats

Folkhälsomyndigheten bedömer att vaccinationen kommer att påverka elevhälsans medicinska insats i hög utsträckning. Det är viktigt att säkerställa patientsäkerhet, bidra till hög vaccinationstäckning och se till att övrig verksamhet inte måste



åsidosättas och därför behöver kommuner och friskolor kompenseras för den extra arbetsbördan. Denna kompensation bör reserveras för elevhälsans medicinska insats.

## 7. Kombination med andra vacciner

*Vaccinets lämplighet att kombinera med övriga vacciner i de nationella vaccinationsprogrammen*

I det svenska allmänna vaccinationsprogrammet för barn finns inga andra vaccinationer schemalagda vid samma tillfälle som HPV-vaccination. Enskilda barn som behöver kompletterande vaccinationer kan dock komma att erbjudas fler vaccinationer vid samma tillfälle. HPV-vaccin har i kliniska studier getts samtidigt som följande monovalenta vacciner eller kombinationsvacciner mot sjukdomar som ingår i Sveriges allmänna vaccinationsprogram för barn eller omfattas av rekommendationer för vaccination:

- difteri-tetanus-acellulärt pertussisvaccin med eller utan inaktiverat poliovirus,
- hepatit B-vaccin

För både flickor och pojkar har det visats att antikroppssvaret mot HPV respektive de andra vaccinkomponenterna kan påverkas av samtidig administrering, eller av vaccination inom en månad, men den kliniska relevansen av detta är oklar.

Underlaget visar också att biverkningsprofilen för vaccinerna är densamma när de ges samtidigt som när HPV-vaccin ges ensamt.

### Slutsats

Folkhälsomyndigheten bedömer att HPV-vaccin går att ge samtidigt med andra vaccinationer som kan vara aktuella vid samma tillfälle för pojkar, på samma sätt som i nuvarande program för flickor. Det behövs dock långsiktig uppföljning för att bedöma effekten på HPV-relaterad sjukdom vid samtidig vaccination med HPV-vaccin och andra vacciner.

## 8. Allmänhetens acceptans

*Allmänhetens möjlighet att acceptera vaccinet och dess påverkan på attityder till vaccinationer generellt*

Sedan HPV-vaccination inkluderades i det allmänna vaccinationsprogrammet för flickor har vaccinationstäckningen (en dos) varit kring 80 procent. Detta är en hög andel vaccinerade i internationella jämförelser, även om andra vaccinationer inom det allmänna programmet uppnår täckningsgrader på 95 procent och mer.

Flera europeiska och svenska studier har visat att majoriteten av föräldrar till pojkar är positiva till HPV-vaccination av pojkar, men att de flesta har liten kunskap om HPV-relaterad sjukdom hos pojkar och betydelsen av att vaccinera. Täckningsgraden kan antas nå samma nivå bland pojkar som bland flickor, eller bli något lägre, vilket varit fallet i länder som implementerat vaccinationsprogram för pojkar. Det är också möjligt att vaccination av både pojkar och flickor leder till en högre vaccinationstäckning för båda könen. För att nå en hög vaccinationstäckning är det viktigt att föräldrar får bra information och att skolsköterskor och -läkare har god kunskap för att kunna besvara eventuella frågor.

Det är inte troligt att HPV-vaccination av pojkar skulle påverka vaccinationstäckningen för andra vacciner inom det nationella programmet eller attityden till vaccinationer generellt.

### Slutsats

Folkhälsomyndigheten bedömer att det finns goda möjligheter för att allmänheten ska acceptera HPV-vaccination också av pojkar i det nationella programmet, och att införandet sannolikt inte kommer att påverka attityderna till vacciner generellt. En förutsättning för detta är att pojkar och föräldrar får god information och svar på sina frågor från skolsköterskor och skolläkare inom elevhälsans medicinska insats.

## 9. Andra förebyggande åtgärder eller behandlingar

*Andra tillgängliga, förebyggande åtgärder eller behandlingar som kan vidtas eller ges som alternativ till vaccination i ett nationellt vaccinationsprogram*

HPV är mycket smittsamt och sprids genom hud- eller slemhinnekontakt, och det är visat att användande av kondom kan minska men inte helt förhindra HPV-smitta.

Screening för livmoderhalscancer är en väletablerad metod som har visats förebygga livmoderhalscancer och inkluderar numera både identifiering av cellförändringar och HPV-infektion. Trots ett välfungerande screeningprogram diagnostiseras årligen runt 500 nya fall av livmoderhalscancer som leder till 150 dödsfall. För analcancer finns utvecklade screeningmetoder för förstadierna, men kunskapsläget är oklart vad gäller om behandling av förstadier också leder till en minskning av cancer. Vissa kliniker erbjuder högriskgrupper screening för förstadier till analcancer, men detta ingår inte i något nationellt program. För annan HPV-relaterad cancer finns inga validerade metoder som kan användas i screeningprogram för att upptäcka förstadier.

Riskgruppsvaccination av framförallt MSM har i modeller visats vara effektivt för att skydda denna grupp med extra hög risk för HPV-relaterad sjukdom. Effekten av att vaccinera förväntas avta med åldern även hos riskgrupperna. Det skulle vara svårt att identifiera riskgrupper tillräckligt tidigt och effektivt för att hinna vaccinera innan sexuell debut då vaccinationen ger bäst effekt.

Att höja vaccinationstäckningen ytterligare bland flickor skulle innebära ett direkt skydd för de flickor som vaccineras, samt ett ökat skydd för ovaccinerade flickor och pojkar genom bättre flockimmunitet. Pojkar skulle dock inte få möjligheten till ett direkt skydd genom vaccination, och skulle fortsatt vara mottagliga för HPV-infektion.

Behandlingen av HPV-relaterad cancer omfattar kirurgi, cellgiftsbehandling och strålning, och den orsakar ofta kraftiga sidoeffekter och nedsatt livskvalitet på både kort och lång sikt.

### Slutsats

Folkhälsomyndigheten bedömer att varken generella preventiva insatser mot spridning av sexuellt överförbara sjukdomar, riskgruppsvaccination med HPV-vaccin eller behandling av HPV-relaterad sjukdom är alternativ till att införa av HPV-vaccination för pojkar i ett nationellt program. Screening för livmoderhalscancer är ett viktigt komplement men inget alternativ till det skydd som allmän vaccination förväntas ge. Att ytterligare höja vaccinationstäckningen för flickor är en pågående och långsiktig strävan, men ger inget direkt skydd för pojkar och har därför begränsad effekt bland annat för MSM.

## 10. Samhällsekonomisk analys

*Vaccinationens samhällsekonomiska effekter och dess kostnader och intäkter i staten, kommunerna och landstingen*

Inför den hälsoekonomiska analysen utvecklade Folkhälsomyndigheten en epidemiologisk modell som simulerade sjukdomsburden i befolkningen av HPV-relaterad cancer och relevanta förstadium, vid vaccination av både pojkar och flickor samt vid vaccination av endast flickor. Modellen tog hänsyn till flockimmunitet. I den hälsoekonomiska analysen jämfördes hälsoeffekter och kostnader vid HPV-vaccination av såväl pojkar som flickor i skolan i årskurs 5-6 med 80 procent vaccinationstäckning, med dagens situation där endast flickor vaccineras. Den hälsoekonomiska analysen hade en tidshorisont på 100 år för att fånga alla relevanta utfall, eftersom många av de aktuella sjukdomarna kan uppstå flera årtionden efter själva smittotillfället. Grundscenariot hade ett samhällsperspektiv och inkluderade därför även indirekta kostnader i form av produktionsförlust vid sjukdom.

Enligt resultaten från grundscenariot skulle HPV-vaccination av både pojkar och flickor leda till ökade kostnader om ungefär 2 miljarder kronor och till att samhället vinner ungefär 5 600 livskvalitetsjusterade levnadsår (QALY) under de närmsta 100 åren, jämfört med att endast vaccinera flickor. Detta innebär en kostnad om ungefär 375 000 kronor per vunnet QALY. Känslighetsanalyser visar att resultaten framförallt var känsliga för priset på vaccin, de hälsotillstånd som inkluderades, tidshorisonten och vaccinationstäckningen bland pojkar. Om analysen inte tog hänsyn till indirekta kostnader, utan endast kostnader inom hälso- och sjukvården, blev kostnaden per vunnet QALY ungefär 400 000 kronor. Om vaccinationstäckningen bland flickor skulle bli högre än idag (80 %), skulle effekten av att också vaccinera pojkar vara lägre än i grundanalysen, och innebära en högre kostnad per vunnet QALY.

I den hälsoekonomiska analysens grundscenario användes listpriset för vaccin enligt Apoteket.se våren 2017. Vid en nationell upphandling av vaccin är det sannolikt att det upphandlade priset blir lägre. Om priset vid upphandling vore omkring 85 procent lägre än listpriset (som den aktuella rabattsatsen var vid upphandling av HPV-vaccin 2017) skulle vaccination av såväl pojkar som flickor innebära en bättre hälsoeffekt till en lägre kostnad.

Folkhälsomyndigheten har beräknat budgetpåverkan under det första året efter ett införande av HPV-vaccination också för pojkar. Givet ett vaccinpris som ligger 85 procent lägre än 2017 års listpris samt en 80-procentig vaccinationstäckning, visar beräkningen på en ökad årlig kostnad om ungefär 12 miljoner kronor nationellt. Detta innefattar endast den adderade kostnaden av vaccinerna vid vaccination av pojkar. Kostnader för ökat resursutnyttjande inom elevhälsans medicinska insats skulle tillkomma med ungefär 5,6 miljoner kronor årligen. Sammantaget skulle alltså budgetpåverkan under det första året vara ungefär 17,6 miljoner kronor.

## Slutsats

Folkhälsomyndigheten bedömer att de hälsoekonomiska effekterna motiverar ett införande av HPV-vaccination också för pojkar i det nationella programmet.

## 11. Uppföljning

*Möjligheterna till uppföljning av vaccinationens effekter i de avseenden som anges i 1-10 samt statens beräknade kostnader för sådan uppföljning*

Uppföljningen av effekten bland pojkar kan och bör integreras med den befintliga uppföljningen av vaccinationsprogrammet mot HPV bland flickor.

Folkhälsomyndigheten kommer att ta fram en detaljerad plan för uppföljningen efter att ett beslut om ändring av det nationella vaccinationsprogrammet har fattats.

Målet med att erbjuda även pojkar vaccin mot HPV är att förebygga cancerfall hos såväl kvinnor som män. Sverige har utmärkta register över cancerfall, vaccinationer givna inom nationella program och demografi, och därmed kommer det att vara möjligt att kvantifiera HPV-vaccinationernas effekt på cancerförekomsten genom att sambearbeta register inom ramen för rutinuppföljningen.

Eftersom det tar lång tid att utveckla cancer är det värdefullt att även studera förekomsten av förstadier till cancer som en tidig markör för effekten av vaccinationsprogrammet. Det kan även vara värdefullt med särskilda studier för att belysa förekomsten av olika HPV-typer i olika typer av prov (t.ex. urin, cellförändringar och tumörer).

Vaccinens säkerhet, vaccinationstäckningen och attityderna till vaccination kan följas med samma metoder som används vid uppföljning av andra vaccinationer inom det allmänna vaccinationsprogrammet för barn. Samma enheter som genomför vaccinationer av flickor kommer att vaccinera pojkar. Därmed tillkommer inte nya enheter eller rapportörer till vaccinationsregistret.

En utvidgad uppföljning, anpassad till att även pojkar vaccineras, kommer att förorsaka kostnadsökningar vid Folkhälsomyndigheten i storleksordningen 30 procent, jämfört med den nuvarande och planerade uppföljningen av HPV-vaccination av flickor. Detta innebär en total kostnad för HPV-uppföljningen om cirka 200 tkr. Läkemedelsverket förutser inte några ökade kostnader för säkerhetsuppföljningen.

## Slutsats

Folkhälsomyndigheten bedömer att det finns goda möjligheter att följa upp vaccinationens effekter, tack vare etablerade register och struktur för vaccinuppföljning. För att säkert kunna visa att effekten på förekomsten av cancer beror på vaccinationsprogrammet bör en officiell statistikmyndighet få sambearbeta data på individnivå, inklusive känsliga data om hälso- och sjukdomstillstånd.

## 12. Informationsinsatser

*Behovet av informationsinsatser i förhållande till allmänheten och vårdgivare och kostnaden för dessa insatser*

Internationella och svenska studier har visat att pojkar och föräldrar till pojkar har begränsad kunskap om HPV och HPV-relaterad sjukdom hos pojkar och män, samt om HPV-vaccin och de möjliga hälsovinster med vaccination. Flera studier visar också att en majoritet av föräldrarna ändå ställer sig positiva till HPV-vaccination av pojkar. Eftersom kunskap och attityder påverkar i vilken utsträckning vaccinationer accepteras och genomförs är informationsinsatser en viktig del av ett utvidgat vaccinationsprogram.

Skolsköterskor och skolläkare är de primära källorna till information om HPV och HPV-vaccin, och även de som kommer att bära huvudansvaret för att besvara frågor från pojkar och vårdnadshavare. De kan behöva olika typer av material som stöd för arbetet med information, kommunikation och dialog. Dessa kan i stor utsträckning bygga på det material som redan utvecklats för HPV-vaccination av flickor. Om vaccinationsprogrammet mot HPV utvidgas till att även omfatta pojkar kommer Folkhälsomyndigheten att ta fram en detaljerad kommunikationsplan och samverka med berörda aktörer och med ansvariga för viktiga kommunikationskanaler.

Utifrån en preliminär kommunikationsplan uppskattar Folkhälsomyndigheten att informationsinsatserna under det första året skulle kosta 1,6 miljoner kronor.

### Slutsats

Folkhälsomyndigheten bedömer att informationsinsatser är nödvändiga för att föräldrar ska kunna fatta ett välinformerat beslut om vaccination och för att framförallt skolsköterskor och skolläkare ska kunna bemöta föräldrarnas frågor. I förlängningen krävs också sådana insatser för att nå och bibehålla en god vaccinationstäckning och högt förtroende för vaccinationsprogrammet.

## 13. Etiska aspekter

### *Medicinetiska och humanitära överväganden*

Folkhälsomyndighetens arbetsgrupp bedömde att vaccinationen innebär små risker och potentiellt stor nytta genom att sannolikt kunna förebygga livshotande tillstånd. Vaccinationen kan också innebära en kostnadsbesparing på sikt om upphandling leder till lägre vaccinkostnader. Därmed bedöms vaccinen ha en god nytta-risk profil till en rimlig kostnad. Vaccination inom ramen för ett nationellt program bedömdes också vara ett sätt att undkomma många etiska svårigheter då det blir obligatoriskt för huvudmännen för elevens utbildning att erbjuda vaccinationen, men frivilligt för barnen att genomgå den. Dessutom bygger införandet på lagstadgade bedömningskriterier. Ett könsneutralt vaccinationsprogram skulle därmed bidra till minskad ojämlikhet mellan kön och familjer med olika ekonomiska möjligheter. En god uppföljning och extra resurser som öronmärks för elevhälsans medicinska insats bedömdes dock vara viktiga för att höja kunskapsnivån och undvika att annan viktig verksamhet blir lidande.

Statens medicinsk-etiska råd (SMER) har efter Folkhälsomyndighetens förfrågan låtit göra en etisk analys avseende HPV-vaccination av pojkar. Analysen bygger på Folkhälsomyndighetens kunskapsunderlag och de etiska aspekter som Folkhälsomyndighetens arbetsgrupp påtalat. Deras bedömning publiceras i en separat rapport.

### Slutsats

Folkhälsomyndigheten bedömer att det vore etiskt och humanitärt hållbart att införa HPV-vaccination för pojkar i det nationella allmänna vaccinationsprogrammet för barn.

# Bilaga 1.

## Medverkande till kunskapsunderlaget

### **Folkhälsomyndighetens arbetsgrupp**

Charlotta Bergquist, utredare vid Läkemedelsverket

Andreas Börjesson, utredare vid Läkemedelsverket

Tina Dalianis, professor i tumörvirologi vid institutionen för onkologi-patologi vid Karolinska Institutet

Madelene Danielsson, utredare (kommunikatör), enheten för övergripande kommunikation, Folkhälsomyndigheten

Miriam Elfström, epidemiolog vid Institutionen för laboratoriemedicin vid Karolinska Institutet och verksamhetsutvecklare för cancerprevention vid Regionalt cancercentrum Stockholm-Gotland

Hélène Englund, utredare (epidemiolog), enheten för vaccinationsprogram, Folkhälsomyndigheten

Agnetha Fredin, verksamhetschef för elevhälsans medicinska insats, gymnasieskolan, Malmö stad samt ordförande i Riksföreningen för skolsköterskor

Hedda Haugen Cange, överläkare vid avdelningen för onkologi, institutionen för kliniska vetenskaper vid Göteborgs universitet

Marie Johannesson, skolöverläkare och verksamhetschef för elevhälsans medicinska insats i Stockholms stad.

Adam Roth, utredare (läkare), enheten för vaccinationsprogram, Folkhälsomyndigheten

Pär Sparén, professor i medicinsk epidemiologi vid institutionen för medicinsk epidemiologi och biostatistik vid Karolinska Institutets

Ellen Wolff, utredare (hälsoekonom), enheten för epidemiologi och hälsoekonomi, Folkhälsomyndigheten

### **Experter som inte ingått i arbetsgruppen, men som konsulterats för specifika ämnen**

Christina Stenhammar, verksamhetschef elevhälsan, Uppsala (*Allmänhetens möjlighet att acceptera HPV-vaccinet och dess påverkan på attityder*)

Maria Grandahl, universitetslektor, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet (*Allmänhetens möjlighet att acceptera HPV-vaccinet och dess påverkan på attityder*)



Marie-Louise Lydrup, överläkare, Verksamhetsområde kirurgi och gastroenterologi, Skånes universitetssjukhus (*analcancer*)

Peter Kirrander, överläkare, Urologiska kliniken, Örebro universitetssjukhus (*peniscancer*)

Remissversion

## Bilaga 2.

### Värdering av vetenskapligt underlag

Värderingen av det vetenskapliga underlaget gällande kvantitativa effekter och samband har i detta dokument sammanfattats med formuleringar i enlighet med Folkhälsomyndighetens interna handledning\* om utlåtanden utan evidensgradering, och sammanfattar och beskriver huruvida det vetenskapliga underlaget visar eller tyder på ett orsakssamband mellan exponering och utfall eller mellan intervention och effekt.

- Om det vetenskapliga underlaget sammantaget bedöms vara av god kvalitet används formuleringar såsom ”visar att”.
- Om det finns brister i det vetenskapliga underlaget som inte är av avgörande karaktär används t.ex. ”tyder på att” eller ”indikerar att”.
- Om det finns brister av avgörande karaktär i det vetenskapliga underlaget eller om det saknas studier formuleras detta fynd tillsammans med utlåtanden om att ”kunskapsläget är oklart”.

---

\* Handledning för litteraturoversikter. Förutsättningar och metodsteg för kunskapsframtagande baserat på forskningslitteratur vid Folkhälsomyndigheten. Version 2.0. Folkhälsomyndigheten, 2017.

Folkhälsomyndigheten bedömer att vaccination av pojkar mot humant papillomvirus (HPV) uppfyller smittskyddslagens kriterier för att ingå i ett nationellt vaccinationsprogram. Det här beslutsunderlaget utgör myndighetens bedömning och är avsett att vara ett stöd för regeringens beslut i frågan.

Regeringen är den primära målgruppen för detta beslutsunderlag. Övriga målgrupper är främst elevhälsans medicinska insats och Sveriges Kommuner och Landsting. Även andra delar av hälso- och sjukvården, särskilt de enheter som erbjuder vaccinationer, arbetar cancerförebyggande eller med cancervård, kan ha intresse av rapporten.

-----  
*Folkhälsomyndigheten är en nationell kunskapsmyndighet som arbetar för en bättre folkhälsa. Det gör myndigheten genom att utveckla och stödja samhällets arbete med att främja hälsa, förebygga ohälsa och skydda mot hälsothot.*

*Vår vision är en folkhälsa som stärker samhällets utveckling.*



Folkhälsomyndigheten

Solna Nobels väg 18, SE-171 82 Solna Östersund Forskarens väg 3, SE-831 40 Östersund.

[www.folkhalsomyndigheten.se](http://www.folkhalsomyndigheten.se)



25

Val av representanter från regionstyrelsen  
för översyn av förfrågningsunderlag

Hälsoval 2019

RS/1044/2017

2017-08-11

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

RS/1044/2017

## **Val av representanter från regionstyrelsen för översyn av förfrågningsunderlag Hälsoval 2019**

### Ärendebeskrivning

Vid regionfullmäktiges sammanträde 20-21 juni 2017 fastställdes förfrågningsunderlaget för Hälsoval 2018. Samtidigt gav regionfullmäktige Vårdvalsnämnden i uppdrag att tillsammans med regionstyrelsen se över förfrågningsunderlaget inför 2019 för att undersöka möjligheterna att ytterligare stimulera primärvårdens utveckling som styrande i regionens sjukvårdssystem.

Representanter från vårdvalsnämnden och regionstyrelsen ska därför utses. Från regionstyrelsen ska tre ledamöter utses, två från majoriteten och en från oppositionen.

### Regiondirektörens förslag

Xx, yy och zz utses som regionstyrelsens representanter för översyn av förfrågningsunderlag Hälsoval 2019.

### Utdrag till

Vårdvalsnämnden  
Beställarchef

§80

## **Förfrågningsunderlag Hälsoval Region Jämtland Härjedalen 2018 (RS/1044/2017)**

### **Sammanfattning**

Hälsoval Jämtlands län infördes den 1 januari 2010 i enlighet med lagen om valfrihetssystem (LOV) med ett samlat åtagande för invånarnas behov av primärvård i länet. Vid regionbildningen 2015 byttes det till namnet Hälsoval Region Jämtland Härjedalen. Hälsovalet innebär att medborgarna har rätt att välja primärvård mellan de vårdgivare som regionen godkänt och tecknat avtal med. Genom det individuella valet av utförare följer en ersättning till vårdgivaren.

Regionfullmäktige beslutade vid mötet den 14-15 juni 2016 om förfrågningsunderlaget gällande 2017. Komplettering fastställdes av vårdvalsnämnden den 10 november 2016. Region Jämtland Härjedalen beslutar årligen i juni månad om villkorsförändringar som ska träda i kraft den 1 januari efterföljande år.

Förslag till förändringar inför 2018 redovisas i beslutsunderlag. I förfrågningsunderlaget med bilagor redovisas dokument för uppdraget som ska uppfyllas för att få vara en del av i Hälsoval Region Jämtland Härjedalen.

### **Förslag till beslut**

1. Vårdvalsnämnden föreslår regionfullmäktige
  - a. Förändringar i förfrågningsunderlaget Hälsoval Region Jämtland Härjedalen 2018 (VVN/6/2017) med bilagor fastställs.
  - b. Eventuella kompletteringar och ytterligare justeringar uppdras till vårdvalsnämnden att fatta beslut om i november 2017.
2. Regionstyrelsen tillstyrker vårdvalsnämndens förslag samt föreslår regionfullmäktige

Vårdvalsnämnden får i uppdrag att tillsammans med regionstyrelsen se över förfrågningsunderlaget inför 2019 för att undersöka möjligheterna att ytterligare stimulera primärvårdens utveckling som styrande i regionens sjukvårdssystem.

-----  
**Yrkanden**

David Adervall (S) yrkar bifall til vårdvalsnämndens förslag.

Cristine Persson (C) yrkar följande:

Avslag på förfrågningsunderlaget Hälsoval Region Jämtland Härjedalen 2018 (VVN/6/2017)

med bilagor och föreslår att nytt förfrågningsunderlag Hälsoval Region Jämtland Härjedalen 2018 tas fram med nedanstående förändringar:

1. Hälsocentralernas basuppdrag ska utgå från en läkare, som inte behöver vara en allmän specialistläkare.
2. Listning ska göras på läkare.
3. Ersättning för OH och labbprov ska ses över för att uppnå konkurrensneutralitet

Jörgen Larsson (C) yrkar bifall till Cristine Perssons yrkande.

Margareta Winberg (S) yrkar att paragrafen ska justeras omedelbart.

Anna Hildebrand (MP), Christer Siwertsson (M), Susanné Wallner (M) och Anders Frimert (S) yttrar sig.

### Proposition

Ordföranden ställer proposition på Vårdvalsnämndens förslag och Cristine Perssons yrkande och finner vårdvalsnämndens förslag antaget.

Ordföranden ställer proposition på regionstyrelsens förslag och finner det antaget.

Ordföranden ställer proposition på sitt eget yrkande om omedelbar justering och finner det antaget.

### Beslut

1. Förändringar i förfrågningsunderlaget Hälsoval Region Jämtland Härjedalen 2018 (VVN/6/2017) med bilagor fastställs.
2. Eventuella kompletteringar och ytterligare justeringar uppdras till vårdvalsnämnden att fatta beslut om i november 2017.
3. Vårdvalsnämnden får i uppdrag att tillsammans med regionstyrelsen se över förfrågningsunderlaget inför 2019 för att undersöka möjligheterna att ytterligare stimulera primärvårdens utveckling som styrande i regionens sjukvårdssystem.
4. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

### Reservationer

Cristine Persson, Mats Gärd, Thomas Andersson, Olle Arnsten, Bogna Wojtkiewicz Adolfsson, Eva Hellstrand, Elin Lemon och Jörgen Larsson (samtliga C) reserverar sig till förmån för Cristine Perssons yrkande.

Regionfullmäktige

2017-06-21

**Expedieras till**

Vårdvalsnämnden

Chef Beställarenheten

**Beslutsunderlag**

- §22 Vårdvalsnämnden Förfrågningsunderlag Hälsoval Region Jämtland Härjedalen 2018
- §151 Regionstyrelsen Förfrågningsunderlag Hälsoval Region Jämtland Härjedalen 2018
- Förfrågningsunderlag Hälsoval Region Jämtland Härjedalen 2018
- Bilaga 1. Listningsregler





26

Deltagande vid informationsträff om  
livsmedelsupphandling och uppföljning  
den 11 september

RS/1801/2017

2017-08-17

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

RS/1801/2017

## **Deltagande vid informationsträff om livsmedelsupphandling och uppföljning den 11 september**

### Ärendebeskrivning

Upphandlingsavdelningen och kostenheten har bjudit in regionstyrelsen till en informationsträff om livsmedelsupphandling och uppföljning av livsmedel den 11 september kl. 09.00-12.00.

Regionstyrelsens ordinarie ledamöter, ersättare samt politiska sekreterare bör ha möjlighet att delta på träffen.

### Regiondirektörens förslag

1. Regionstyrelsens ordinarie ledamöter, ersättare samt politiska sekreterare får möjlighet att delta i informationsträffen om livsmedelsupphandling.
2. Träffen ingår i årsarvodet för ordinarie ledamöter. För ersättare i regionstyrelsen utgår förrättningsarvode samt ersättning för förlorad arbetsförtjänst och resor.

### Utdrag till

Sekretariatet

## Välkomna till information om livsmedelsupphandling och uppföljning

Måndag 11 september kl. 09:00-12:00 i Musslan

- 08:30           Mingel med kaffe och macka
- 09:00           Välkommen
- Upphandlingsrutiner – Lena Larsson upphandlingschef
- 09:10           Hur arbetar vår huvudleverantör? Jan Mattsson, försäljningschef, Martin & Servera, Britta Ekman Hållbarhet- och kvalitetsansvarig, livsmedel Martin & Servera  
                  Info från Kostenheten – Malin Torma enhetschef
- 10:15           Fika/bensträckare – kaffe och frukt
- 10:30           Uppföljning av livsmedel – Pauline Göthberg och Karin Lonaeus Stockholms läns landsting
- 11:30           Frågestund
- 11:50           Summering och avslut  
                  Ann-Marie Johansson (S), regionstyrelsens ordförande

Anmälan till Charlotte Funseth senast tisdag 29 augusti.



27

Anmälan av inkomna handlingar till RS

2017-08-29

RS/3/2017

2017-08-21

Sekretariatet  
Jessica Hådell  
Tfn: 063-14 76 76  
E-post: jessica.hadell@regionjh.se

RS/3/2017

## **Anmälan av inkomna handlingar till RS 2017-08-29**

### **Ärendebeskrivning**

1. Cirkulär 17\_40 SKL. Ny lag om meddelarskydd i vissa enskilda verksamheter, meddelarskyddslagen (2017\_151).
2. Regeringsbeslut till Riksförbundet för sexuell upplysning, beviljad ansökan om bidrag avseende Kvinnors hälsa – sexualupplysning på olika språk.
3. Meddelande från SKLs styrelse om överenskommelse om att stärka arbetet med mänskliga rättigheter.
4. Förbundsavgift år 2018 till Sveriges Kommuner och Landsting.
5. Protokoll: FoU-råd 2017-05-04.
6. Protokoll: Utskottet för ekonomi 2017-05-22 §§33-34
7. Protokoll: Utskottet för ekonomi 2017-05-22 §§28-32 §§35-37.
8. Protokoll: Landstingsbostäder – bolagsstämma 2017-05-17.
9. Protokoll: Patientnämnden i Jämtlands län 2017-05-19.
10. Protokoll: Pensionärsrådet 2017-05-23.
11. Protokoll: Landstingsbostäder 2017-04-06.
12. Protokoll: Landstingsbostäder 2017-05-09.
13. Protokoll: Utskottet för infrastruktur 2017-05-09

## Regiondirektörens förslag

Information om regionstyrelsens inkomna handlingar enligt upprättad förteckning noteras till protokollet.



28

Anmälan av delegationsbeslut till  
regionstyrelsen 2017

RS/2/2017

2017-08-21

Sekretariatet  
Jessica Hådell  
Tfn: 063-14 76 76  
E-post: jessica.hadell@regionjh.se

RS/2/2017

## **Anmälan av delegationsbeslut till regionstyrelsen 2017**

### Ärendebeskrivning

#### **1. Beslut fattade av regiondirektör/ bitr. regiondirektör**

Svar på remiss om ändrade övergångsbestämmelser för den föreslagna lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (prop. 2016/17:106) (RS/704/2017)

Representanter i styrgrupp för kunskapsnätverk samisk hälsa (RS/2304/2016)

Evakueringsplan för Region Jämtland Härjedalen (RS/1811/2016)

Svar på remiss på Socialstyrelsens förslag till intyg för praktisk tjänstgöring för audionomer utbildade utanför EU och EES (RS/1248/2017)

Svar på remiss: Promemorian Specialpedagogisk kompetens i fråga om neuropsykiatriska svårigheter (RS/757/2017)

Avgiftshandbok (RS/610/2016)

#### **2. Beslut fattade av ordförande/vice ordförande/ 2:e vice ordförande**

Svar på remiss av SOU 2017:15 Kvalitet och säkerhet på apoteksmarknaden (RS/882/2017)

Svar på remiss av delbetänkandet digitalforvaltning.nu (SOU 2017:23) (RS/728/2017)

Svar på remiss: Översyn och uppdatering av den nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (RS/578/2017)

Svar på remiss: Karensavdrag – en mer rättvis självrisk (Ds 2017:18) (RS/1197/2017)

#### **3. Beslut fattade av regionstabschef**



Projekt – Anpassning dataskyddsförordningen (RS/1511/2017)

#### **4. Beslut fattade av ekonomidirektör**

Lån från Kommuninvest i Sverige AB (RS/578/2017)

#### **5. Beslut fattade av ekonomistrateg**

Ansökan om bidrag ur Per Sundells fond (RS/1293/2017)

#### **6. Beslut fattade av områdeschef**

Löneöversynsförhandlingar, område Folktandvård (RS/681/2017)

#### **7. Beslut fattade av chefer**

Anställningsbeslut för perioden 2017-05-19 – 2017-08-17 (RS/602/2017)

### Regiondirektörens förslag

Information om delegationsbeslut enligt upprättad förteckning noteras till protokollet.



30

Översyn av policy för ungdomsdemokrati i  
Jämtlands län  
RS/1077/2017

2017-05-08

Sekretariatet  
Daniel Nilsson  
Tfn: 063-14 75 71  
E-post: daniel.l.nilsson@regionjh.se

RS/1077/2017

## **Översyn av policy för ungdomsdemokrati i Jämtlands län**

### **Ärendebeskrivning**

Region Jämtland Härjedalens verksamheter styrs av olika styrdokument såsom policyer, strategier och planer. En policy är ett styrdokument som anger Region Jämtland Härjedalens värdering i en fråga eller förhållningssätt till något.

Regionfullmäktiges presidium har ansvar för att se till att beslutade policys hålls aktuella. I en översyn som presidiet har gjort över regionens policyer konstaterades att ett antal policyer borde kunna tas bort. En av de policyerna är policy för ungdomsdemokrati för Jämtlands län som fastställdes av landstingsfullmäktige den 26–27 juni 2007, § 115.

I policyn för ungdomsdemokrati framgår hur kommunerna och dåvarande Jämtlands läns landsting formulerar sin inriktning om hur ungdomar i länet ska kunna få större inflytande och större kunskap och erfarenhet av det svenska demokratiska systemet. Policyn är styrande för ansvariga inom kommunerna och landstinget för hur man ska arbeta med både att skapa möjlighet till mer inflytande och lära ut vad demokrati är.

Den 6 oktober 2014, § 120 antog dåvarande regionstyrelsen vid Regionförbundet en ungdomsstrategi för Region Jämtland Härjedalen i vilken följer den regionala utvecklingsstrategin och slår fast vilka ungdomspolitiska områden som lokalt ska prioriteras för att skapa en långsiktig och hållbar utveckling i Jämtland Härjedalen.

Av detta följer att policyn för ungdomsdemokrati är inaktuell och kan tas bort.

### **Regiondirektörens förslag**

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Policy för ungdomsdemokrati i Jämtlands län tas bort.

I tjänsten

Ingela Jönsson  
Tf Regiondirektör

Mikael Ferm  
Regionstabschef

**Utdrag till**

Enhetschef Sekretariatet



31

Kostnadsfri vaccinering mot Hepatit-B för  
barn

RS/1734/2017

2017-08-22

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

RS/1734/2017

## **Kostnadsfri vaccinering mot Hepatit-B för barn**

### **Ärendebeskrivning**

De nationella vaccinationsprogrammen i Sverige delas in i allmänna vaccinationsprogram för hela befolkningen och särskilda vaccinationsprogram för riskgrupper. Regeringen fattar beslut om vilka sjukdomar som ska omfattas av nationella vaccinationsprogram, medan landsting och kommuner ansvarar för att kostnadsfritt erbjuda målgrupperna de vaccinationer som ingår i programmen.

Genom det allmänna vaccinationsprogrammet för barn erbjuds barn skydd mot tio sjukdomar; difteri, stelkramp, kikhosta, polio, haemophilus influenzae typ b (Hib), pneumokocker, mässling, påssjuka, röda hund och humant papillomvirus (endast flickor).

Samtliga barn upp till 18 års ålder som inte har vaccinerats enligt föreskrifterna om vaccination av barn ska erbjudas kompletterande vaccination av barnhälsovården eller elevhälsan beroende på barnets ålder mot sjukdomar som ingår i det allmänna programmet. Vaccinationer ska erbjudas även till asylsökande barn och barn som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

Utöver de nationella vaccinationsprogrammen kan Folkhälsomyndigheten ge ut rekommendationer om vaccinationer. Dessa rekommendationer är inte bindande, utan landsting och regioner beslutar om implementeringen av rekommendationerna. De har också ansvar för att erbjuda vaccinationer till riskgrupper. Folkhälsomyndigheten rekommenderar att alla spädbarn erbjuds vaccination mot hepatit B. Vaccination mot hepatit B rekommenderas även till barn med ökad risk att utsättas för smitta, tex barn från riskländer, eller med föräldrar från riskländer.

Sedan 2014 ligger ett förslag från Socialstyrelsen om införande av hepatit B i barnvaccinationsprogrammet för regeringsbeslut, men ännu har inget beslut tagits.

Barnhälsovården i Region Jämtland Härjedalen erbjuder sedan 2010 alla barn komplettering med vaccin mot hepatit B till självkostnadspris inom ramen för barnvaccinationsprogrammet.

Sedan början av 2016 har Region Jämtland Härjedalen på grund av nationell vaccinbrist erbjudit det dyrare så kallade sexvalenta vaccinet inom barnvaccinationsprogrammet. Detta vaccin innehåller förutom vaccin mot difteri, stelkramp, kikhosta, polio, Haemophilus influenzae typ b även vaccin mot hepatit B. Merkostnaden på ca 300 000 kronor finansierades 2016 inom Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningens budget.

Region Jämtland Härjedalen vill även i fortsättningen följa Folkhälsomyndighetens rekommendation att alla spädbarn erbjuds vaccination mot hepatit B genom att som standard kostnadsfritt erbjuda sexvalent vaccin inom barnvaccinationsprogrammet.

Ovanstående erbjudande bör även gälla för nyvaccination av äldre barn, 12 mån-6 år (till de börjar i förskoleklass) som av någon anledning valt att skjuta på vaccination, eller av annan anledning är ovaccinerade enligt barnvaccinationsprogrammet.

Sedan tidigare har barn från riskländer, eller med föräldrar från riskländer, d.v.s. länder med endemisk smitta, erhållit vaccination mot hepatit B enligt nationella vaccinationsprogrammet. Dessa barn och unga erbjuds kostnadsfritt vaccination från födseln och kostnadsfri komplettering i åldrarna 0-18 år.

Enligt beslut i Vårdsnämnden 2016-10-13 § 46 om omDispositionering av medel (VVN/9/2016) finns medel redan avsatta som ska täcka merkostnaderna för införande av kostnadsfri vaccinering mot hepatit-B för barn.

### Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

1. Region Jämtland Härjedalen ska följa Folkhälsomyndighetens rekommendationer gällande vaccination mot Hepatit B för barn i åldern 0-6 år samt till barn i riskgrupper i åldern 0-18 år enligt ovanstående förslag. Vaccinationerna ska erbjudas kostnadsfritt.
2. Merkostnaden finansieras genom redan avsatta medel i Vårdsnämndens budget.

I tjänsten

Ingela Jönsson  
Tf regiondirektör

Carsten Dencker  
Chef Hälso- och sjukvårdspolitiska avd

Utdrag till

Chef Hälsa- och sjukvårdspolitiska avd  
Hälsa- och sjukvårdsdirektör



§46

## **Omdisponering av budget för privata vårdgivare 2017 (VVN/19/2016)**

### **Sammanfattning**

Landstingsstyrelsen beslutade år 2008 att upphandla en specialistmottagning i ortopedi (LS/71/2008). Region Jämtland Härjedalen har sedan 2009 haft ett avtal med Medicin Direkt i Östersund AB som utförare av tjänsten. Avtalet löper till och med 2016-12-31.

Regionstyrelsen beslutade i april 2016 att från 2017-01-01 återta verksamheten i egen regi (RS/701/2016)

I budgeten för 2016 finns hos Vårdvalsnämnden 6 140 000 kr avsatta för ovan nämnda verksamhet. Utöver detta finns årligen, enligt beslutet från 2008, 1 miljon kronor avsatta i motsedda utgifter för ändamålet. Medel som bör överföras till Regionstyrelsen från 2017.

Vårdvalsnämnden har för 2016 en budget på 1,4 mkr för läkare som tidigare varit verksam enligt nationella taxan. I långsiktig utvecklingsplan för ekonomisk hushållning beslutade Regionstyrelsen vid mötet i maj 2015 (RS 500/2015) att analys skulle genomföras om eventuella ökade kostnader för öronmottagningen och primärvården i samband med upphörd verksamhet av öron- näsa hals läkare inom nationella taxan.

Jämför man 2014 med 2015 hade öron mottagningen en ökning för nybesök, återbesök och besök på akutmottagning med ca 100 besök. Till detta ska tilläggas att Cosmic infördes under 2015. Under perioden januari – augusti 2016 har det däremot skett en ökning med ca 1000 besök jämfört med motsvarande period 2015. Med denna ökning kan man misstänka att en viss övervältring skett efter nedläggning av den privata öronläkaren som bör kompenseras från 2017.

Hur mycket primärvården ökat sin verksamhet avseende öron-näsa-hals besök är svårt att beräkna. Barnhälsovården, som finansieras av primärvården har länge velat införa kostnadsfritt Hepatit B-vaccin till en årlig kostnad av motsvarande ca 300 000 kr. Under förutsättning att regionstyrelsen fattar beslut om detta föreslås därför att resterande medel för öron-näsa hals läkare läggs till hälsovalets budget för primärvård.

### **Förslag till beslut**

1. Kvarvarande 536 000 kr inklusive uppräknings för öron-näsa-hals läkare läggs till hälsovalets budget från 2017 som, om styrelsen fattar beslut om kostnadsfritt Hepatit B-vaccin inom barnhälsovården, ska täcka dessa kostnader och viss övervältring av öron-näs och hals patienter.

2. Vårdvalsnämnden föreslår regionstyrelsen

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

a) Av budgeten som idag finansierar den ortopediska verksamheten som utförts av Medicin Direkt AB förs från 2017 motsvarande 6 300 000 kronor inklusive uppräknings till Regionstyrelsen.

b) Av budgeten för öron-näsa-hals läkare verksam på nationella taxan överförs från 2017 900 000 kr inklusive uppräknings till Regionstyrelsen.

## Beslut

1. Kvarvarande 536 000 kr inklusive uppräknings för öron-näsa-hals läkare läggs till hälsovalets budget från 2017 som, om styrelsen fattar beslut om kostnadsfritt Hepatit B-vaccin inom barnhälsovården, ska täcka dessa kostnader och viss övervältring av öron-näs och hals patienter.

2. Vårdvalsnämnden föreslår regionstyrelsen

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

a) Av budgeten som idag finansierar den ortopediska verksamheten som utförts av Medicin Direkt AB förs från 2017 motsvarande 6 300 000 kronor inklusive uppräknings till Regionstyrelsen.

b) Av budgeten för öron-näsa-hals läkare verksam på nationella taxan överförs från 2017 900 000 kr inklusive uppräknings till Regionstyrelsen.

## Expedieras till

Lisbet Gibson

Lena Weinstock Sved

## Beslutsunderlag

- Förslag till beslut om disponering av buget för privata vårdgivare



32

Investering MR-kamera

RS/1806/2017



2017-08-22

Ekonomi- och personalavdelningen  
Ingela Jönsson  
Tfn: 063-14 77 62  
E-post: ingela.jonsson@regionjh.se

## Investering MR-kamera (RS/1806/2017)

### Ärendebeskrivning

Området Diagnostik Teknik Service, DTS, signalerar att investeringen i den tredje MR-kameran som just nu pågår beräknas bli 5 mkr dyrare än beviljad

investeringsram om 17,8 mkr	
Godkänd investeringsram 2016	4,3 mkr
Godkänd investeringsram 2017	<u>13,5 mkr</u>
Totalt beviljad ram	17,8 mkr

Orsak till fördyringen uppges vara att det har gått lång tid mellan prisbedömning och upphandling av kameran samt den heta byggmarknaden i Östersund och länet vilket resulterat till högre priser för ombyggnationen. DTS vill undersöka möjligheten att finansiera merkostnaden inom ramen för den akuta potten eller potten för oförutsedda.

Under 2017 hanteras den stora efterfrågan på MR-undersökningar genom att anlita en MR-buss för att köerna inte ska öka till en kostnad på ca 800 000 kronor hittills.

Investeringsrådet har behandlat ärendet 2017-07-17 och föreslår följande omdisponeringar inom den totala investeringsbudgeten som fullmäktige beslutat om :

- DTS tillåts gå vidare med investeringen i en tredje MR-kamera trots fördyringen.
- Investeringen kan inte i sin helhet finansieras genom årets akuta pott eller årets pott för oförutsedda. Det skulle i så fall innebära att dessa pottar blir helt förbrukade.
- Istället föreslås att DTS får finansiera investeringen och fördyringarna genom:
  - a) nyttja det överskott, 1 800 000 kr, som hittills uppkommit från årets beslutade och avslutade investeringar över 250 000 kr
  - b) ca: 400 000 kr, besparing som DTS prognostiserar göra i beviljad investering av säckbanan som ska bytas i städcentralen.
  - c) 1 500 000, beviljad investering i lastbil verkställs inte – förnyad behovsprövning 2018 eller 2019.
  - d) 400 000 kr finansieras inom DTS egna investeringspott för investeringar under 250 000 kr eller omprioritering mellan DTS övriga under året beviljade investeringar
  - e) 900 000 kr tas från den akuta potten år 2017

Det bör prövas om regionfullmäktige skulle ge regionstyrelsen möjlighet att fatta denna typ av beslut som innebär förändringar mellan investeringsobjekt utan att totala investeringsbeloppet förändras. Detta för att snabbare kunna verkställa investeringarna under budgetåret.

### Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

1. Investering i MR-kameran godkänns.
2. Finansiering sker i enlighet med investeringsrådets förslag ovan.
3. När reglementen och regelverk ses över med anledning av nya kommunallagen senare i höst bör frågan om delegering från regionfullmäktige till regionstyrelsen prövas gällande omdisponering mellan objekt inom investeringsbudgetens totalram.

I tjänsten

Ingela Jönsson  
Tf Regiondirektör

Bo Carlbark  
Ekonomidirektör

### Utdrag till

Ekonomidirektör, Lisa Wallin/Ekonomi- och personalavdelningen,  
Örjan Strömqvist (DTS), Investeringsrådet

# Magnetkamera 3

## **Bakgrund**

2013 sågs ett ökat inflöde av remisser och något behövde göras för att möta framtida behov. Väntetider till undersökning började öka.

Situationen försämrades under 2014 med ytterligare ökning av väntetiderna till magnetkameraundersökningar.

Februari 2015 ändrades schema för röntgensjuksköterskorna, som innebar att det är möjligt att boka patienter på en kamera till 20.30 må-to. Denna åtgärd gjorde att väntetiden för att få en magnetkameraundersökning inte ökade.

Oväntat nog minskade inte väntetiden trots den nya schemaläggningen. Förvånande var det också att det inte gjordes speciellt många fler undersökningar.

Därför analyserades inflödet av remisser och det kunde konstateras att det är de undersökningar, som är betydligt mer tidskrävande, som är efterfrågade. (se bifogade diagram).

På magnetkameran har det i alla tider gjorts många neurologiska undersökningar. Hjärna och ryggundersökningar tar i snitt 20-30 min att utföra. Ortopedi har ökat senaste åren och även dessa undersökningar tar ca 30 min att utföra.

Det som har hänt i slutet av 2014 och 2015 och som kommer att öka ännu mer i framtiden är buk och hjärtdiagnostik. Än så länge så skickas hjärtundersökningar till andra sjukhus p g a de knappa resurser vi har. Att undersöka hjärtat med magnetkamerateknik tar ca 1,5 timme per patient. Utredning pågår för närvarande om det är lönsamt att investera i programvara för att göra och tolka MR-undersökningar av hjärtat.

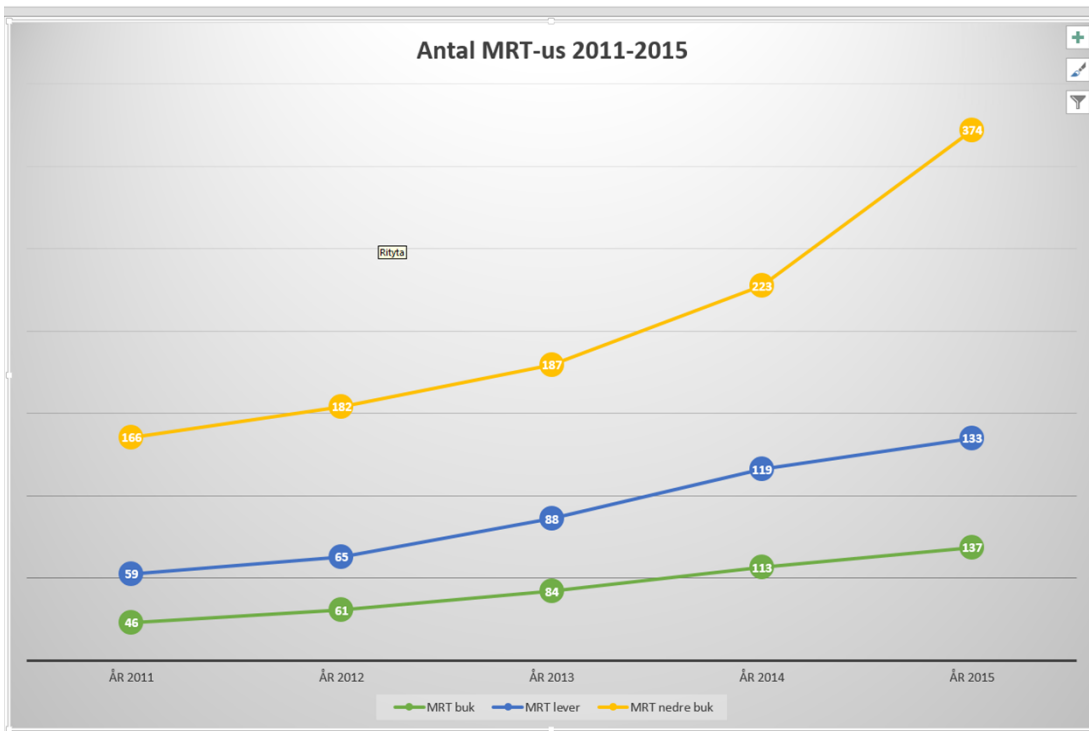
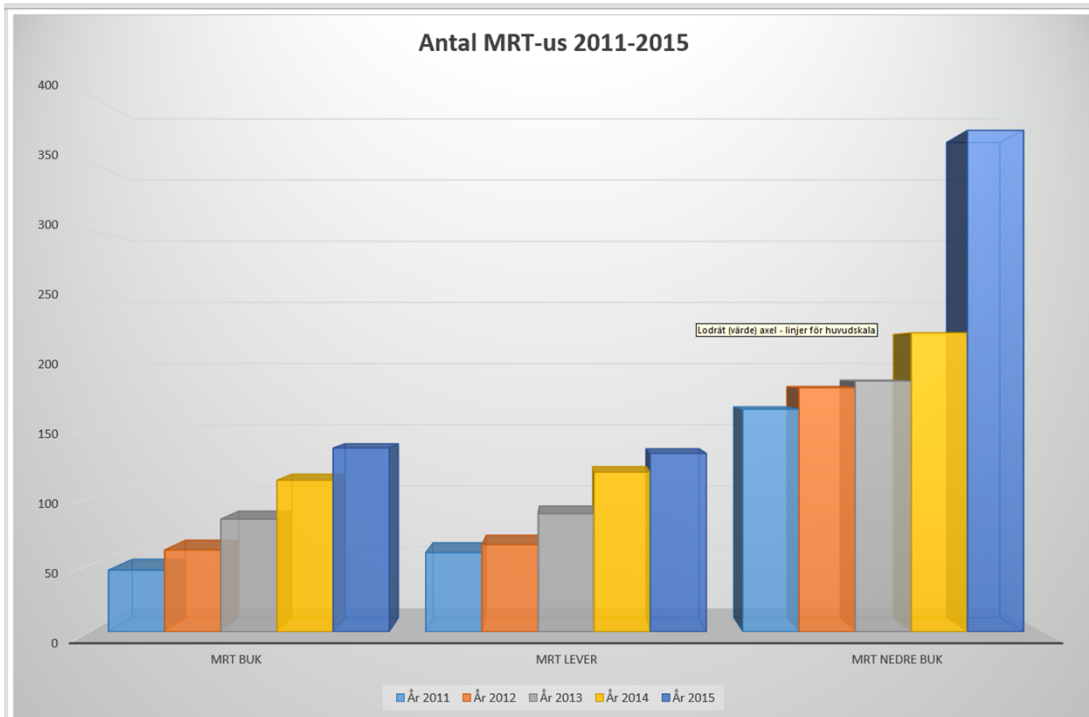
Ökningen av bukdiagnostiken är anledningen till att det behövs en magnetkamera till. Dessa undersökningar är till stor del undersökningar som orsakas av de riktlinjer som kommer via den prioriterade cancerdiagnostiken (RCC).

Det faktum att magnetkameran kan användas både till att diagnostisera sjukdomar, men även till att bedöma behandlingseffekt efter kemoterapi eller radioterapi i ett tidigare skede, gör att efterfrågan ökar. Med magnetkameran tar man högupplösta bilder som beskriver anatomin och de sjukdomsprocesser som finns, men man tar även mer funktionella serier som gör att man kan se hur tumörer krymper på cellulärnivå dvs innan det syns i bild. Man behöver även dynamisk kontrastuppladdning. Detta innebär att en buk/bäckenundersökning tar minst 45-1 timme per patient.

Den tredje magnetkamera behövs för att kunna möta det ökade behovet när det gäller nationella vårdprogram inom cancervården.

En del i ökningen är också att unga människor slussas mot magnetkameraundersökning istället för till datortomografi, då magnetkameran är en bildgivande teknik utan joniserande strålning.

**Volymökning tidskrävande undersökningar**



### Väntetidsutveckling till oprioriterade MR-undersökningar

Genomsnitt antal veckor	2012	20 veckor
”-”	2014	23 veckor
”-”	2017	29 veckor

### Volymutveckling MR-undersökningar

År	Antal undersökningar	Ökning %	Poäng(motsvarar resursåtgång)	Ökning %
2013	5 953		101 478	
2014	6 529	9,7%	114 056	12,4%
2015	6 465	-1,0%	111 488	-2,3%
2016	6 769	4,7%	118 171	6,0%

### Extern leverantör (”MR-buss”)

För att de redan långa väntetiderna till oprioriterade MR-undersökningar inte ska öka ytterligare togs i under 2016 beslutet att hyra in ytterligare MR-kapacitet via externt företag med en s k ”MR-buss” (liknande vår egen mammografivagn).

2016 (vecka 20-21):	446 851 kr	ca 250 undersökningar
2017 (vecka 7-9):	355 184 kr	ca 200 undersökningar

Troligen kan det behövas ytterligare insats av MR-bussen under hösten 2017 för att hålla nere köerna till dess den nya kameran är i drift under våren 2018.

Alternativet att fortsätta att hyra en buss hela året skulle kosta ca 8 miljoner (ovanst 800 tkr är 5 veckor - totalbehovet är helår dvs 50 veckor). Den beslutade nya MR-kamerans avskrivningskostnad blir 2,5 mkr (17,3 mkr m 7 års avskrivning) internräntekostnad ca 300 tkr (1,5 % på 17,3 mkr) och personalkostnaden blir effektivare med egen MR-kamera jämfört med busslösning ute på gården. Dessutom finns inte möjligheten att få hyra MR-bussen så mycket.

2017-08-21

Örjan Strömquist  
Områdeschef diagnostik, teknik och service





33

Svar på medborgarförslag från Dan  
Ånnegård om införande av  
bedömningsambil

RS/1372/2017

2017-08-09

Sekretariatet  
Daniel Nilsson  
Tfn: 063-14 75 71  
E-post: daniel.l.nilsson@regionjh.se

RS/1372/2017

## **Svar på medborgarförslag från Dan Ånnegård om införande av bedömningsambil**

### Ärendebeskrivning

Dan Ånnegård har lämnat in ett medborgarförslag om införande av en bedömningsambil. Förslaget innebär att en eller två bedömningsambilar placeras i länet. Som motivering nämns bland annat att bedömningsbilen redan på hämtpplats kunna göra en medicinsk bedömning och hänvisa patienten till rätt vårdnivå, avlasta akutmottagningen, frigöra ambulansresurser för akuta behov samt minska transporter till sjukhuset.

För närvarande pågår ett projekt kring resurserna utanför Östersunds sjukhus, där primärvården och ambulanssjukvård ingår. Utifrån närhet till patienten och patientens behov ska projektet resultera i förslag till ny uppdragsbeskrivning och organisation av prehospital vård. Projektet är tänkt att pågå till och med den 31 december 2018 och beskrivs nedan.

Region Jämtland Härjedalen arbetar utifrån ett övergripande syfte att primärvården ska få en utökad roll i och med att en större andel av sjukvården ska bedrivas närmare patienten. För att ytterligare utveckla detta ska projektet identifiera hur en framtida prehospital organisation genom samlade resurser ska öka tillgängligheten för patienten och ge bästa möjliga vård i patientens närhet. Såväl primärvården som ambulanssjukvården spelar en nyckelroll då de har ett övergripande uppdrag att utifrån patienternas tillstånd identifiera rätt vårdnivå och besluta om fortsatt egenvård, behandling i hemmet eller hänvisa till annan vårdnivå. Rekommendation om fortsatt egenvård, behandling i hemmet eller hänvisning till annan vårdnivå skulle kunna realiseras i högre utsträckning och med högre grad av patientsäkerhet med stöd av ett mer utvecklat och digitaliserat läkarstöd och standardiserade vårdkedjor.

Projektet ska:

- Utredda resursbehov och dimensionering framåt gällande;
  - Primär- och sekundärtransporter till vårdinrättning
  - Geografisk placering av huvudresurser
  - Säsongsvariationer
  - Prehospital kompetens

- Utredda möjlighet till ökat antal standardiserade vårdkedjor in i specialiserad vård.
- Utredda möjlighet till ökad digitalisering som hjälp i den prehospitalla bedömningen.
- Utredda möjlighet till att ambulanssjukvården kan utgöra en resurs i det preventiva folkhälsoarbetet samtidigt som hög beredskap upprätthålls.
- Utredda ökat prehospitalt samarbete mellan ambulanssjukvård och primärvård.

Inom projektet ska bland annat verksamhetsdata såsom antal uppdrag, framkörningstider, vänteperioder för patienter, nyttjandegrad av ambulans med mera tas fram liksom en omvärldsanalys (inkl. hur andra landsting/regioner har organiserats med bedömningsbilar, first responder, "lättambulans och liknande).

Det medborgarförslaget föreslår ingår således i den utredning/översyn som pågår inom projektet. Projektet kommer att delredovisas löpande och en slutredovisning kommer att ske i samband med projektavslut den 31 december 2018. Medborgarförslaget överlämnas till prehospitalla projektet för kännedom.

### Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Medborgarförslaget anses besvarat.

I tjänsten

Ingela Jönsson  
Tf Regiondirektör

Lisbet Gibson  
Hälso- och sjukvårdsdirektör

### Utdrag till

Dan Ånnegård  
Projektledare prehospitalla projektet

## Medborgarförslag

Till  
Region Jämtland Härjedalen  
Box 654  
831 27 Östersund

Datum: 2017-06-10

Namn: Dan Ånnegård

### Förslaget i korthet:

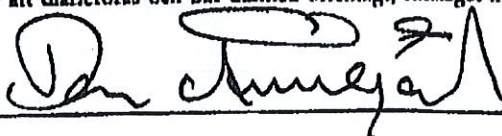
Jag anser att Region JH skall utreda möjligheten att införa en alt två bedömningsambbil (single responder=1mans betj amb) i länet. En bedömningsbil skulle stationeras i Östersund och skulle täcka en cirkel av ca två mils omkrets runt Östersund e.x Brunflo, Lit och Krokom. Härjedalens bedömningsbil skulle kunna utgå ifrån ex Vemdalen eller där man finner den bäst vara vara placerad.

### Motivering (beskriv och motivera ditt förslag):

- 1: Att redan på hämtplats kunna göra en medicinsk bedömning och hänvisa patienten till rätt vårdnivå alt lämna hemma med en tablett eller två
- 2: Avlasta akutmottagningen på alla patienter som hör hemma på en hälsocentralen istället.
- 3: Frigöra ambulansresurser för akuta behov.
- 4: Skapa större tillgänglighet i vården
- 5: Minska transporter in till sjukhuset.
- 6: Stötta ordinarie ambulansbesättningar vid ex hjärtstopp och trafikolyckor.
- 7: Ev samverka med primärvård/hemjukvård

Härmed godkänner jag att Region Jämtland Härjedalen lagrar och behandlar de personuppgifter jag lämnat. Förslaget kommer att diarieföras och blir därmed offentligt, förslaget kommer även att bli publicerat på regionens webbplats.

Underskrift:





34

Svar på motion från Eva Hellstrand (C) om  
vår väg mot en fossilfri framtid – om  
fossilfri bilpark

RS/328/2017

2017-05-11

Enheten för krisberedskap, säkerhet och miljö  
Åsa Paletun  
Tfn: 063-14 76 78  
E-post: asa.paletun@regionjh.se

RS/328/2017

## Svar på motion från Eva Hellstrand (C) om vår väg mot en fossilfri framtid – om fossilfri bilpark

### Ärendebeskrivning

Eva Hellstrand (C) föreslår i en motion att regionfullmäktige ska besluta att Region Jämtland Härjedalens bilpark ska vara fossilfri senast 2022 samt att en plan för att stegvis uppnå detta utarbetas.

I dagsläget finns tre olika avtal på leasingbilar för Region Jämtland Härjedalen. Tvåhjulsdrevna personbilar  
Fyrhjulsdrevna personbilar och  
elbilar och laddhybridbilar (avtal maj 2017)

Alla tre avtalen har samordnats så att de förfaller 28 februari 2018. Avtalen har samordnat förfalldatum för att skapa möjligheter till att under 2017 göra en översyn över vilken fordonspark som regionen bör ha som leasingfordon kommande år. I översynen ska faktorer som vilket antal fordon det finns behov av, hur fordonen används, möjligheter att ställa om till eldrift/biobränslen med flera aspekter utredas. Målet med översynen är att på ett kostnadseffektivt sätt minska klimatpåverkan från våra leasingfordon. Det är dock svårt att bedöma när hela bilparken kan vara fossilfri innan översynen är gjord.

En stor utmaning för en övergång till fossilfria fordon är bränsleinfrastrukturen i länet. Det har funnits planer på att sätta upp laddstolpar vid regionens verksamheter i länet och vi beviljades även medel från "Klimatklivet" (Naturvårdsverket) för 40 % av kostnaden, men vår egen medfinansiering är tyvärr inte löst.

Det finns i dagsläget inga beslut eller riktlinjer utifrån klimatpåverkan på vilka bilar som ska upphandlas eller avropas annat än det långsiktiga målet i Långsiktig utvecklingsplan, område Miljö om att "Vid inköp och hyra av fordon ska fordon med minsta möjliga miljöpåverkan prioriteras". Det är därför både befogat och önskvärt att en översyn görs så att en plan och eventuella riktlinjer kan fastställas för att minska Region Jämtland Härjedalens klimatpåverkan från leasingfordon.

Med anledning av ovanstående föreslås att motionen anses besvarad. En översyn ska genomföras under 2017 och ska leda fram till att en plan för att minska klimatpåverkan från leasingfordon kan fastställas av regionstyrelsen.

### Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

1. Motionen anses besvarad.
2. Regionstyrelsen får i uppdrag att följa upp resultatet av översynen och fastställa en plan för minskad klimatpåverkan av fordonsparken.

I tjänsten

Ingela Jönsson  
T.f. Regiondirektör

Mikael Ferm  
Regionstabschef

### Utdrag till

Områdeschef DTS Örjan Strömqvist  
Enhetschef Flemming Patz  
Upphandlare Odd Åkerlind  
Miljöstrateg Åsa Paletun

## Motion

# Region Jämtland Härjedalen - på väg mot en fossilfri framtid!

Klimatet är vår tids ödesfråga och vi har alla ett gemensamt ansvar att bidra till den fossilfria framtiden.

Region Jämtland Härjedalen har leasar ett 80-tal bilar. Av dessa är 1 (en!) en elbil!

Som regional aktör har vi ett stort ansvar för utveckling. Vi måste på alla sätt vi kan ligga i framkant. Idag är elbilar välutvecklade och det finns ingen anledning för regionen att ha en bilpark som mer hör hemma på 1900-talet!

Region Jämtland Härjedalen måste förnya sin bilpark och vartefter leasingkontrakten går ut öka andelen elbilar. Idag finns ett stort urval personbilar och lätta lastbilar med el-drift. Hybrider är också ett steg i rätt riktning.

Med ovanstående som bakgrund vill jag

- att regionen beslutar att bilparken ska vara fossilfri senast 2022

- att en plan för att stegvis uppnå detta utarbetas

  
Eva Hellstrand

Centerpartiet







35

Svar på motion från Thomas Hägg (S)  
gällande klimatpremie till anställda i  
Region JH som åker kollektivt till sitt  
arbete alternativt går eller cyklar

RS/342/2017

2017-08-07

Sekretariatet  
Daniel Nilsson  
Tfn: 063-14 75 71  
E-post: daniel.l.nilsson@regionjh.se

RS/342/2017

## **Svar på motion från Thomas Hägg (S) gällande klimatpremie till anställda i Region JH som åker kollektivt till sitt arbete alternativt går eller cyklar**

### **Ärendebeskrivning**

Thomas Hägg (S) har lämnat in en motion med förslag om att Region Jämtland Härjedalen inför en klimatpremie till samtliga anställda som åker med kollektivtrafiken (buss eller tåg), alternativt går eller cyklar minst 60 % av sina arbetsdagar per år. Premien utbetalas förslagsvis i efterskott efter det årliga lönesamtalet.

Region Jämtland Härjedalen har beslutat att gå med i Climate and Economic Research in Organizations (CERO) som är ett koncept utvecklat för att hjälpa organisationer att hitta ekonomiskt hållbara strategier för att uppnå klimatmål för resor. Medarbetarnas resebeteende och acceptans för alternativa åtgärder analyseras och modelleras explicit för att nå maximalt stöd i organisationen. I korthet innebär CERO en grundlig analys av organisationens klimatmål i termer av både kostnader, klimatpåverkan och resmönster. Bland annat kartläggs hur anställda reser i tjänst samt till och från arbetet, vilka fordon organisationen äger och hur de används. Därefter jämförs nuläget med de uppställda målen och kostnads- och klimatoptimala åtgärder identifieras. Sist men inte minst konstrueras ett system som medger regelbunden uppföljning ner på enhetsnivå.

I den CERO-analys som gjordes vid Region Jämtland Härjedalen i början av året granskades både tjänsteresor och arbetspendling. Där konstaterades att medarbetarnas arbetspendling har en väldigt stor klimatpåverkan. Av resultatet i enkäten som skickades både till medarbete och förtroendevalda kan man också utläsa att de flesta är positiva till att Region Jämtland Härjedalen arbetar för att minska klimatpåverkan från arbetspendling. Det är därför angeläget att hitta bra åtgärder för att främja klimatsmartare alternativ även för dessa resor.

Den 12 april genomfördes en workshop där tjänstemän utifrån analysen med CERO-metoden, tog fram ett antal åtgärder för att minska klimatpåverkan från såväl tjänsteresor som arbetspendling. Bland det som Region Jämtland Härjedalen ska fokusera på är hur man som arbetsgivare kan stimulera fler att gå, cykla, samåka eller åka kollektivt till arbetet. Exempel på områden som ska utredas är

möjligheten att underlätta en mer flexibla arbetsformer, subventionera månadskort till lokal- och länstrafik samt se över antalet parkeringsplatser och rådande parkeringsavgifter. Ett ytterligare sätt att uppmuntra till ett klimatsmart resande till och från arbetet är att ge anställda möjlighet att teckna en förmånscykel. Skatteverket har under 2015 klargjort vilka regler som gäller när arbetsgivaren tillhandahåller cyklar som kan användas privat samt i tjänsten och ett flertal regioner och kommuner har redan infört detta.

Sammanlagt har 12 uppdrag/utredningar rörande arbetspendling utkristalliserats vid CERO-arbetet. Uppdragen har lämnats till ansvarig utredare och en första uppföljning av uppdragen genomfördes den 13 juni.

Införandet av en miljöpremie som motionären föreslår är inget som ursprungligen ingick i uppdragen knutna till CERO men bör utredas vidare som en del av de uppdrag som rör arbetspendling.

### Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen förslår regionfullmäktige

Motionen bifalls i det hänseende att förslaget tas med i det fortsatta utredningsarbetet inom CERO.

I tjänsten

Ingela Jönsson  
Tf Regiondirektör

Mikael Ferm  
Regionstabschef

### Utdrag till

Organisation/person som protokollsutdrag och/eller yttrande ska skickas till.



Thomas Hägg

REGION  
JÄMTLAND HÄRJEDALEN

2017 -02- 21

Dnr. RS/342/2017

## Motion gällande klimatpremie till anställda i Region J/H som åker kollektivt till sitt arbete alternativt går eller cyklar

Region Jämtland/Härjedalen har som mål att 2030 ska vi vara en fossilfri Region. Arbetet kommer att ske på många områden för att nå målet. Ett område som har stor påverkan på klimatet är trafiken. Att få fler att åka kollektivt till arbetet, alternativt att de går eller cyklar har stor påverkan då det är under tiderna till och från arbetet de stora trafikomloppen sker.

Östersund är vårt centrum i Regionen och det är där som det är stora köer in till staden på morgonen och ut från staden på eftermiddagen sker. Många trafikanter åker bil samtliga dagar. Kollektivtrafikens resenärsandel i länstrafiken är endast 7% och i stadstrafiken 15%. Målet på sikt är att fördubbla de siffrorna och då måste åtgärder vidtas. Transporter står för 50% av utsläppen i länet. Biltrafiken och Åkerinäringen står för majoriteten av de utsläppen. Kollektivtrafiken drivs idag med ca 70% fossilfria bränslen och inom några år är det närmare 100% fossilfritt. Jag tror att det krävs både piskor och morötter för att nå målen. Piskor kan vara färre parkeringsplatser i centrum, högre pris på parkering mm. Morötter kan vara ökad turtäthet i kollektivtrafiken både dagtid, kvällar och helger, pendlarparkeringar utanför själva stadskärnan och shuttlebussar in till staden, mer gång- och cykelvägar, fler tågavgångar mm.

Region J/H är den näst störste arbetsgivaren efter Östersunds Kommun. Det finns all anledning att Regionen som arbetsgivare arbetar för att personalen tar sig till jobbet på annat sätt än via egen bil. Det kan man t ex göra genom kampanjer tillsammans med sitt bolag Länstrafiken i Jämtlands Län AB, men också via egna initiativ. Egna initiativ kan både vara färre parkeringsplatser för de anställda och att stimulera de anställda att åka kollektivt mm. Bruttoavdrag på lönen för pendlarkort är ett bra sätt. Ett annat är att t ex införa en klimatpremie.

### **Mitt förslag är**

**Att Region Jämtland/Härjedalen inför en klimatpremie till samtliga anställda som åker med kollektivtrafiken (buss eller tåg), alternativt går eller cyklar minst 60% av sina arbetsdagar per år. Premien utbetalas förslagsvis i efterskott efter det årliga lönesamtalet.**

Mörsil 2016-11-22

  
Thomas Hägg

Socialdemokraterna



36

Svar på motion från Lennart Ledin (L) och  
Mats El Kott (L) gällande landstingets  
indelning i valkretsar

RS/350/2017



2017-08-08

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

RS/350/2017

## **Svar på motion från Lennart Ledin (L) och Mats El Kott (L) gällande landstingets indelning i valkretsar**

### Ärendebeskrivning

Lennart Ledin och Mats El Kott, båda (L) har i en motion föreslagit att landstinget i kommande val ska bestå av en valkrets. I andra hand föreslår de att landstinget delas in i två valkretsar, Östersunds kommun respektive länets övriga kommuner. Som grund anför de att vallagen nu har som huvudregel att landsting består av en valkrets. Med en valkrets får man lika värde på rösterna. Om det inte går bör valkretsarna bestå av ungefär lika många röstberättigade för att få största möjliga rättvisa för värdet på rösterna.

Enligt vallagen är landsting vid val till landstingsfullmäktige en enda valkrets om inte fullmäktige beslutar att dela in landstinget i två eller flera valkretsar. Beredningen för översyn av den politiska organisationen för mandatperioden 2019 - 2022 har beslutat att inte lägga fram förslag till fullmäktige om indelning av landstinget i flera valkretsar. Med hänsyn till detta kommer landstinget vid kommande val till landstingsfullmäktige att bestå av en valkrets.

Beredningen för översyn av den politiska organisationen för mandatperioden 2019 - 2022 behandlade ärendet 2017-06-15, § 10 och föreslår regionfullmäktige att motionen ska anses besvarad.

### Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen tillstyrker beredningens förslag.

I tjänsten

Ingela Jönsson  
Tf Regiondirektör

Mikael Ferm  
Regionstabschef

Utdrag till

Regionfullmäktige

Beredning för översyn av den politiska organisationen för mandatperioden 2019-2022

2017-06-15

§10

## **Motion från Lennart Ledin (L) och Mats El Kott (L) gällande Landstingets indelning i valkretsar (RS/350/2017)**

### **Sammanfattning**

Lennart Ledin och Mats El Kott, båda (L) har i en motion föreslagit att landstinget i kommande val ska bestå av en valkrets. I andra hand föreslår de att landstinget delas in i två valkretsar, Östersunds kommun respektive länets övriga kommuner. Som grund anför de att vallagen nu har som huvudregel att landsting består av en valkrets. Med en valkrets får man lika värde på rösterna. Om det inte går bör valkretsarna bestå av ungefär lika många röstberättigade för att få största möjliga rättvisa för värdet på rösterna.

Enligt vallagen är landsting vid val till landstingsfullmäktige en enda valkrets om inte fullmäktige beslutar att dela in landstinget i två eller flera valkretsar. Beredningen för översyn av den politiska organisationen för madatperioden 2019 - 2022 har beslutat att inte lägga fram förslag till fullmäktige om indelning av landstinget i flera valkretsar. Med hänsyn till detta kommer landstinget vid kommande val till landstingsullmäktige att bestå av en valkrets. Motionen kan därmed anses besvarad.

### **Förslag till beslut**

#### **Yrkande**

Beredningens ordförande yrkar följande.

Beredningen för översyn av den politiska organisationen för mandatperioden 2019 - 2022 föreslår regionfullmäktige.

Motionen anses besvarad.

#### **Beslut**

Beredningen för översyn av den politiska organisationen för mandatperioden 2019 - 2022 föreslår regionfullmäktige.

Motionen anses besvarad.



### Landstingets indelning i valkretsar

Efter ändringar i vallagarna kan nu ett landsting bestå av en enda valkrets (Vallagen 4 kap. 5-10 §§).

Valen till region-/landstingsfullmäktige har genom denna förändring gjorts proportionella med utjämningsmandat på samma sätt som i riksdagsvalet. Representationen kan göras mer proportionerlig oberoende av indelningen i valkretsar. Genom den införda utjämnningen blir alla röster i valet lika värda. Den tidigare negativa demokratiska konsekvensen att ett parti kunde vinna eller förlora mandat med ett fåtal rösters marginal är i stort eliminerad eftersom fördelningen nu inte kommer att göras enbart sett till enskild valkrets utan till regionen/landstinget som helhet. Om regionen/landstinget består av en enda valkrets kan rättvisa skipas i ännu högre grad

I Region Jämtland Härjedalen är i dag valkretsarna mycket ojämna sett till antalet röstberättigade vilket kan ge upphov till ett större antal utjämningsmandat än vad den nya vallagen medger. För att undvika detta så bör regionen/landstinget slopa nuvarande valkretsindelning och i enlighet med den nya vallagens grundregel övergå till att utgöra en enda valkrets. Flera partier har också i tidigare val haft en för samtliga valkretsar gemensam kandidatlista vilket kan vara ytterligare ett skäl.

Slutsatsen är att det i finns skäl att slopa den nuvarande valkretsindelningen och att Region Jämtland Härjedalen i enlighet med grundregeln i vallagen övergår till att utgöra en enda valkrets från och med valet 2018. Ett alternativ i andra hand kan vara en indelning i två någorlunda till antalet röstberättigade, jämnstora valkretsar: Östersunds respektive övriga kommuner.

En i sammanhanget självklar utgångspunkt för oss är naturligtvis att samtliga ledamöter i fullmäktige representerar regionen/landstinget som helhet och inte ett visst geografiskt område eller annat särintresse.

Då regionfullmäktige måste fatta beslut i frågan senast den 31 oktober 2017 och att regionens kommuner dessförinnan ska ha yttrats sig, hemställer vi att vår motion behandlas med hänsyn till nämnda tidsförhållande.

Vi föreslår att regionfullmäktige beslutar att:

Region Jämtland Härjedalen från och med region-/landstingsfullmäktigevalet 2018 skall bestå av en valkrets. I andra hand två valkretsar bestående av Östersund respektive regionens övriga kommuner.

Liberalerna



Lennart Ledin

Mats El Kott