

# Kommunfullmäktige

KALLELSE

**22 mars 2004**

Kallelsen med handlingar finns på internet [www.gotland.se](http://www.gotland.se)

# Kommunfullmäktige

kallas till sammanträde  
*i Teatersalongen, Borgen, Visby*  
**måndagen den 22 mars 2004 kl. 13.00**  
*www.gotland.se*

## **Ärenden:**

1. Justeringsledamöter och tid för protokollsjustering
2. Information om ev. försvarsnedläggning
3. Länsstyrelsens beslut att *Lars Bengtsson, Visby (s)* utsetts som ny ersättare i kommunfullmäktige efter *Christer Söderlund (s)*
4. Nytt riksavtal för utomlänsvård
5. Ändring av reglerna om valfrihet inom hälso- och sjukvården
6. Tilläggsanslag för ombyggnad av fastigheten Grönsiskan 4, f.d. infektionskliniken i Visby
7. Regler för Gotlands kommuns ungdomsledarpris
8. Medborgarterminaler. *Motion av Björn Jansson (s)*
9. Inrättande av forskningsresurser inom hälso- och sjukvården.  
*Motion av Maria Ahlsten och Barbro Ronsten (c)*
10. Inrättande av Gotlands vård- och omsorgsnämnd.  
*Motion av Inger Harlevi m.fl. (m)*
11. **Fyllnadsval av:**
  - a) En ledamot i kommunstyrelsen (m)
  - b) En ledamot i styrelsen för Gotlands Industrihus AB (m)
  - c) Ett ombud till Länsteaterns på Gotland årsmöten (m)
  - d) En ersättare för ombud till representantskapet för Östersjöns Författar- och Översättarcentrum (m)
  - e) En ersättare i social- och omsorgsnämnden (s)

*(a-e bordlagda vid förra sammanträdet)*

- f) En ledamot i styrelsen för konsult och service  
(*efter Rune Fahlström, s, som avsagt sig uppdraget*)
  - g) En ledamot i skattenämnden. (*Ny nämnd*).
  - h) Ett ombud till representantskapsmötena till Föreningen Östersjöns  
Författar- och Översättarcentrum (*efter Sonia Landin (s) som invalts som  
ledamot i styrelsen*).
12. Hälso- och sjukvårdsnämndens ordförandes svar på *Inger Harlevis (m)*  
interpellation om fysisk aktivitet på recept
  13. Kommunstyrelsens ordförandes svar på *Lena Celions (m)* interpellation om  
Spillingsskattens unika möjligheter
  14. Barn- och utbildningsnämndens ordförandes svar på *Lilian Edwards (m)*  
interpellation om simundervisning bland gotländska skolbarn
  15. Hälso- och sjukvårdsnämndens ordförandes svar på *Mats E:son Hjorths (kd)*  
interpellation om kostnader föranledda av utomlänssjukvården
  16. Social- och omsorgsnämndens ordförandes svar på *Barbro Ronstens (c)*  
interpellation om särskilda boenden i framtiden
  17. Kommunstyrelsens ordförandes svar på *Mats E.son Hjorths (kd)* interpellation  
om hur kommunen tillvaratar sina intressen i Östersjöområdet
  18. Hälso- och hälsoskyddsnämndens ordföranden samt social- och  
omsorgsnämndens ordförandes svar på *Bodil Rosengrens (v)* interpellationer  
om vård och stöd till män/pojkar som slår och hotar
  19. Hälso- och sjukvårdsnämndens ordförandes svar på *Barbro Ronstens (c)*  
interpellation om remisser till bröstmottagningen vid Visby lasarett

*Lena Celions (m) interpellation om kommunens jämställdhetsplan tas upp vid  
nästa sammanträde eftersom kommunalrådet Sonia Landin inte är närvarande  
vid detta sammanträde.*

20. Ev. enkla frågor
21. Ev. nya motioner och interpellationer
22. Information:
  - a) Uppföljning av lokal handlingsplan för utveckling av hälso- och  
sjukvården 2003
  - b) Det ekonomiska läget 2004

Kallelsen med handlingarna finns tillgängliga på kommunens hemsida [www.gotland.se](http://www.gotland.se), att hämtas  
på Ledningskontoret, Klosterplan 2, Visby, eller beställas per tel 26 93 18 eller 26 93 63.

Visby den 13 mars 2004  
CLAES-GÖRAN NILSSON  
Ordförande

## **Information om eventuell försvarsnedläggning**

### *Innehåll*

- Nedläggning av P18 – konsekvensanalys 2004-03-03
- PM från Gotlands Regemente 2004-03-03

Kommunfullmäktige väljer att på sitt marssammanträde att avsätta tid för information om eventuell försvarsnedläggning. Detta med anledning av att riksdagen under hösten 2004 kommer att fatta nytt beslut om försvarsmaktens fortsatta inriktning.

Programmet kommer att innehålla redogörelse för det gotländska försvaret av chefen för Gotlands militärdistrikt Bengt Jerkland och chefen för P18 Gunnar Karlson. Den framtagna konsekvensanalysen om en eventuell nedläggning av P18, presenteras av Stefan Persson, ledningskontoret.

I den nyligen av Försvarsmakten på Gotland, Länsstyrelsen i Gotlands län och Gotlands kommun i samverkan framtagna rapporten "Nedläggning av P18 - en konsekvensanalys av de samhälleliga effekterna" sägs sammanfattningsvis att det kan komma att ske en utflyttning av ca 500 personer och att den totala arbetslösheten skulle öka med ca 320 personer, samt leda till en minskning av omsättningen för det gotländska samhället uppgående till ca 100 mnkr.



GOTLANDS  
KOMMUN

LEDNINGSKONTORET  
*Regionala utvecklingsteamet*

# Nedläggning av P18

- en konsekvensanalys av de samhällsliga effekterna

2004-03-03

# Förord

Mot bakgrund av den översyn av det svenska försvaret som nu pågår inför Förvarsbeslut 2004 har Gotlands kommun beslutat att utreda de samhälleliga konsekvenserna av en eventuell nedläggning av Gotlands regemente, P18. Konsekvensanalysen är framtagen i samverkan mellan Gotlands kommun och Länsstyrelsen i Gotlands län samt Förvarsmakten. Ansvarig tjänsteman för utredningen har varit Stefan Persson vid Regionala utvecklingsteamet, Ledningskontoret.

Utredningen utgör i första hand ett underlag i Gotlands kommuns kommunikation med regeringen och den av regeringen tillsatta särskilda arbetsgruppen, med representanter från försvarsdepartementet, finansdepartementet och Förvarsmakten. Den särskilda arbetsgruppens arbete med att ta fram ett förslag till ny grundorganisation börjar den 1 mars 2004. Förslaget skall redovisas i samband med regeringens förvarsbeslutsproposition under hösten samma år. Beslut om Förvarsmaktens grundorganisation tas i samband med riksdagens Förvarsbeslut 2004.

Den 3 mars 2004

Lena Thalín  
*Regional utvecklingschef*

# Innehållsförteckning

<b>1 Inledning</b> .....	<b>4</b>
1.1 Bakgrund .....	4
1.2 Syfte .....	4
1.3 Metod och källhänvisning .....	4
<b>2 Fakta om Gotland</b> .....	<b>5</b>
2.1 Belägenhet och kommunikationer .....	5
2.2 Befolkning .....	5
2.3 Näringsliv .....	6
2.4 Arbetsmarknad.....	7
2.5 Utbildning.....	8
<b>3 Försvarsmakten på Gotland</b> .....	<b>9</b>
3.1 Gotlands regemente, P18.....	9
3.2 Försvarsmaktens Logistik.....	9
3.3 Gotlands militärdistrikt.....	9
3.4 Hemvärdet .....	9
3.5 Övrigt.....	10
<b>4 Konsekvensanalys av nedläggning</b> .....	<b>11</b>
4.1 Konsekvenser för befolkningsutvecklingen .....	11
4.2 Konsekvenser för arbetsmarknaden.....	11
4.3 Konsekvenser för näringslivet .....	12
4.4 Konsekvenser för offentlig service.....	13
4.5 Konsekvenser för övrig samhällslig krishantering .....	13
<b>5 Slutsatser</b> .....	<b>14</b>
5.1 Sammanfattande kommentarer .....	14
5.2 Effektsammanställning .....	15
5.2.1 Arbetsmarknadseffekter.....	15
5.2.2 Näringslivseffekter .....	15
5.3 Kommentar .....	15

# 1 Inledning

## 1.1 Bakgrund

Försvarmaktens närvaro på Gotland är idag stor och Gotlands militärdistrikt är ett av landets fyra militärdistrikt. Den stora arbetsgivaren inom Försvarmakten är Gotlands regemente, P18, och de delar av Försvarmaktens Logistik som i huvudsak är inriktade på underhålls- och stödfunktioner till P18. Antalet anställda officerare på P18 uppgår till c:a 300 och de civilanställda inom Försvarmaktens Logistik uppgår till c:a 300.

Mot bakgrund av den översyn av det svenska försvaret inför Förvarsbeslut 2004 som nu pågår har Gotlands kommun beslutat att utreda konsekvenserna av en eventuell nedläggning av P18. Riksdagens beslut, Förvarsbeslut 2004, rör såväl försvarets framtida inriktning som en ny grundorganisation. Beslutet rör Försvarmaktens tilltänka struktur 2008 och utvecklingen under 2005-2007.

## 1.2 Syfte

Denna konsekvensanalys syftar till att:

- ge en bild av hur P18, och de delar som svarar för underhålls- och stödverksamhet till P18, interagerar med det gotländska samhället samt att
- beskriva de samhälleliga konsekvenserna av en nedläggning av P18.

## 1.3 Metod och källhänvisning

Konsekvensanalysens struktur och kvantitativa modeller är delvis hämtade från utredningen: "LV2 – Samhällsekonomisk konsekvensbeskrivning av neddragning" som gjordes av Infraplan AB våren 1996 på uppdrag av Gotlands kommun och Länsstyrelsen i Gotlands län. Det empiriska underlaget vad gäller officerarna med familjer härrör från en enkätundersökning som genomförts av Försvarmakten och arbetsmarknadsstatistik är hämtad från Länsstyrelsen i Gotlands län. Dessutom har erfarenheterna från nedläggningen av Flextronics tagits tillvara. Observera att de beräknade effekterna baseras på teoretiska modeller och utgör således ingen exakt vetenskap. De syftar till att ge en någorlunda proportionerligt bild av de samhälleliga effekterna vid en eventuell nedläggning av P18.

## 2 Fakta om Gotland

### 2.1 Belägenhet och kommunikationer

Gotland är Sveriges största ö och minsta län. Gotland är beläget mitt i Östersjön och avståndet till det svenska fastlandet är c:a 95 km och till Baltikum c:a 130 km. De två färjelinjerna som trafikeras av Destination Gotland går mellan Visby-Nynäshamn och Visby-Oskarshamn. Restiden på linjerna är c:a 3 timmar. Nynäshamn trafikeras med i princip två dubbelturer per dag och Oskarshamn med en dubbeltur per dag. Sommartid är antalet dubbelturer per dag betydligt fler.

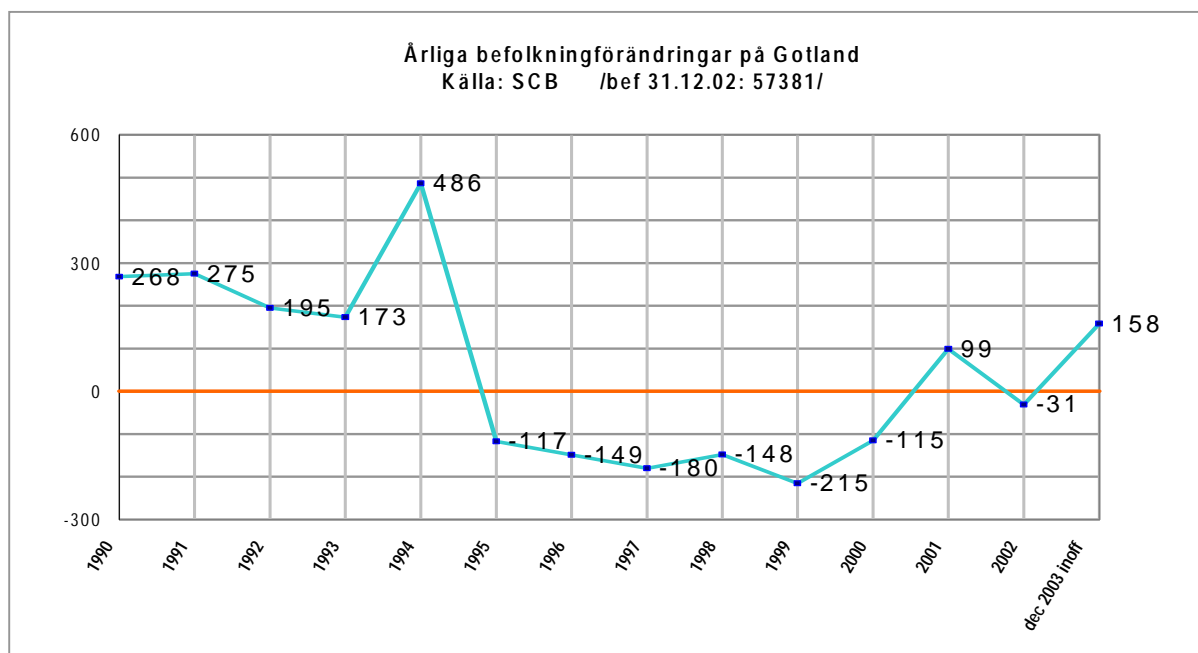
Gotland har även flygförbindelser med Stockholm (Bromma och Arlanda) som trafikeras av två flygbolag; Skyways och Gotlandsflyg. Flygtiden är mellan 35 minuter och 45 minuter. Turtätheten på vardagar uppgår till ca 20 dubbelturer. Regelbunden trafik bedrivs också till/från Norrköping med uppehåll under sommaren. Sommartid finns i stället trafik till/från Skavsta och dessutom tre dagar i veckan trafik till/från Göteborg och Malmö.

Vad beträffar IT-kommunikationer har Gotland numera mycket goda förutsättningar med radiolänk och tre fiberoptiska kabelförbindelser till fastlandet. På Gotland är det markbundna digitala nätet liksom 3 G väl utbyggt och bredbandsutbyggnaden med överlappande tekniker har medfört att alla hushåll och företag har tillgång till minst 2 megabit.

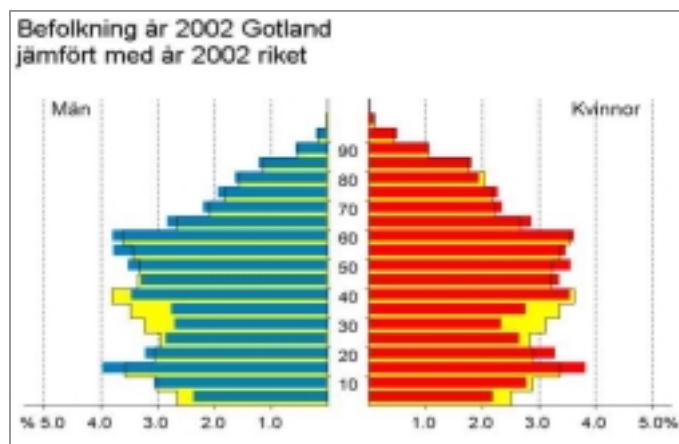
När det gäller kommunikationerna och framtiden så diskuteras, med anledning av Gotlands belägenhet mitt i Östersjön, såväl färje- och flyglinjer till Baltikum.

### 2.2 Befolkning

Gotland har c:a 57 400 invånare, varav c:a 22 500 bor i Visby. Invånarantalet har varit stabilt och har legat kring 57 000-58 000 invånare under lång tid. Sommartid har dock Gotland ett tillskott av c:a 20 000 s.k. sommargotlänningar. Gotland besöks dessutom årligen av c:a 750 000 turister av vilka den absoluta merparten kommer under sommaren.

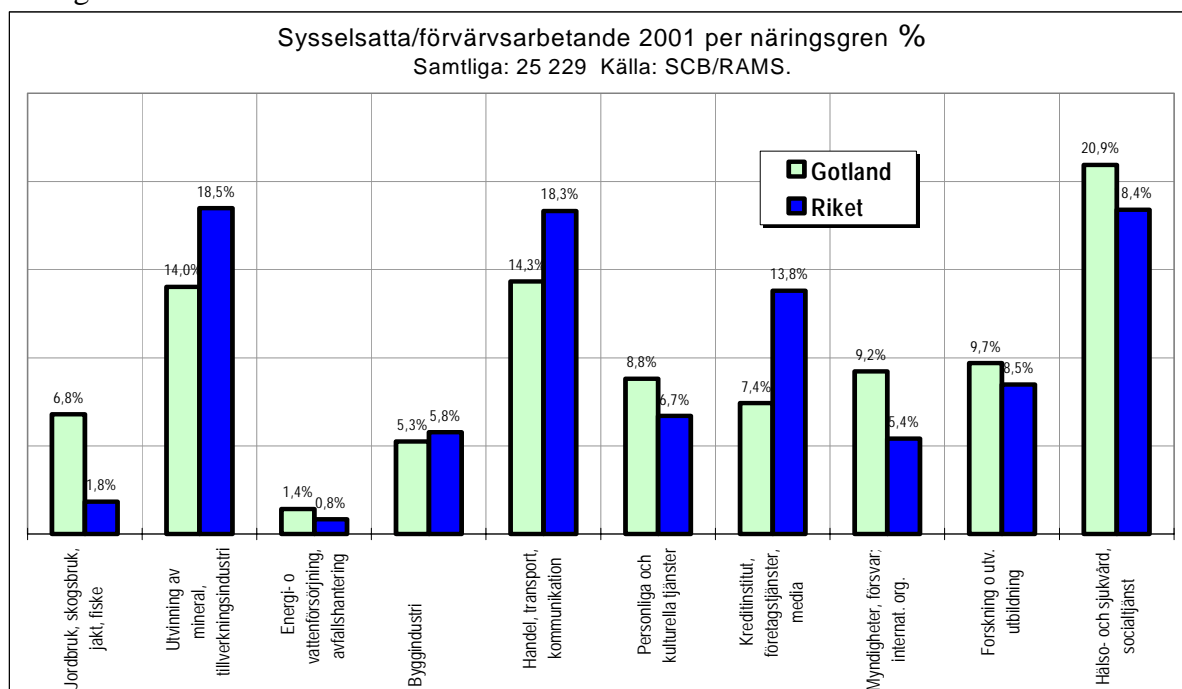


Jämfört med riket som helhet har Gotland en annorlunda och ogynnsam demografi. Gotland har framförallt förhållandevis få invånare ålderskategorierna kring 20-49 år.

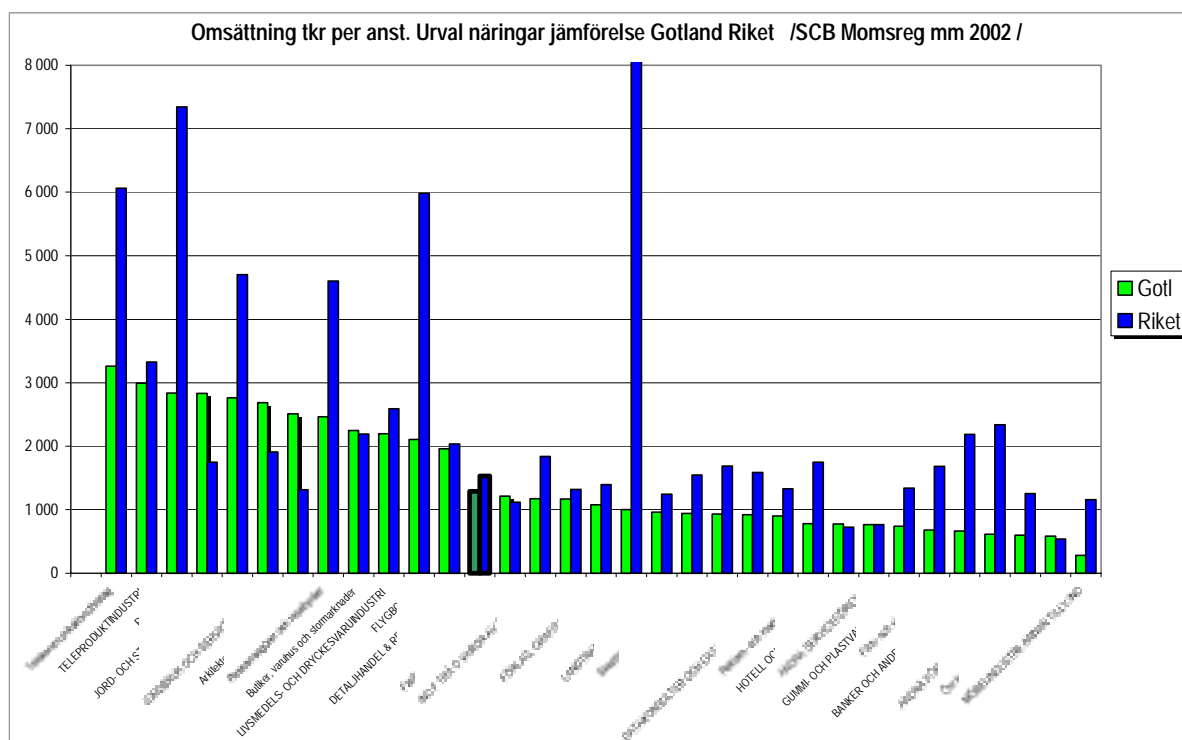


## 2.3 Näringsliv

Den gotländska näringsstrukturen, beskrivet i andel anställda per näringsgren, visar Gotlands beroende av de areella näringarna, den offentliga sektorn och de lokala tjänstenäringarna. Omställningen fortgår i likhet med andra regioner, med en förskjutning från sysselsättning inom varuproduktion till förmån för tjänstesektorena. Även om de traditionella näringarna fortfarande är stora på Gotland, växer också nya näringar fram. Under perioden 1994 – 2001 ökade sysselsättningen inom fyra av branscherna: byggindustrin, personliga och kulturella tjänster, finans och försäkringstjänster, data och media samt utbildning och forskning. Av de fyra, var det enbart utbildning och forskning som ökade mer relativt riket. En förklaring till den kraftiga sysselsättningsökningen inom FoU och utbildning är etableringen av högskolan på Gotland. Noterbart är också det faktum att flera av branscherna på Gotland är kraftigt säsongberoende och därför överdimensionerade.



Enligt den senaste *Småföretagsbarometern* faller länets konjunkturindikator. Avmattning har även drabbat tjänstesektorn. Företagen räknar enligt undersökningen med att det svaga konjunkturläget ska bestå det kommande året. Industrisektorn väntar ytterligare nedgång med svag efterfrågan medan tjänstesektorn förväntar sig en oförändrad utveckling. Enligt Småföretagarbarometern och andra undersökningar av näringslivsklimatet är det främsta hindret för expansion hos företag på Gotland myndighetsregler, tillståndskrav m.m., vidare brist på riskkapital och lämplig arbetskraft. Påfallande stor andel av de gotländska företagen anger att de inte vill växa. Utbildningsnivån hos gotländska företagare är relativt sett låg och företagarna är i högre grad än riksgenomsnittet inriktade på endast den lokala marknaden. Även nyföretagandet på Gotland var lägre på Gotland än i riket som helhet. Ett av Gotlands problem är att omsättningen per anställd är betydligt lägre än riksgenomsnittet. Här finns dock undantag när det gäller t.ex. de areella näringarna och turismen.



## 2.4 Arbetsmarknad

Den gotländska lokala arbetsmarknadsregionen är synnerligen speciell i förhållande till övriga dito i Sverige. Detta beror dels på den geografiska isoleringen – det finns inga angränsande arbetsmarknadsregioner –, dels den storleksmässiga begränsningen. Detta leder till att flexibiliteten och rörligheten på arbetsmarknaden blir förhållandevis låg. Till detta bidrar också det faktum att strukturen på arbetsmarknaden är sådan att relativt stor del av de sysselsatta arbetar inom offentlig sektor och areell primärproduktion. Gotland har vidare den lägsta medelinkomsten av Sveriges alla län, c:a 19 % under riksgenomsnittet.

Den enda betydande dagspendlingen är den inomregionala. Det är dock inte restiden till Stockholmsregionen som är hindret, förutsatt att arbetsplatsen i sig inte ligger långt ifrån flygplatserna och central Stockholm, utan kostnaden. Dagspendling till Stockholmsregionen förekommer dock. När det gäller den inomregionala arbetspendlingen så går den i huvudsak

till Visby, som dominerar stort när det gäller arbetsplatser på Gotland. Visbys andel av arbetsplatserna är 56 % jämfört med andelen av befolkningen som är 39 %.

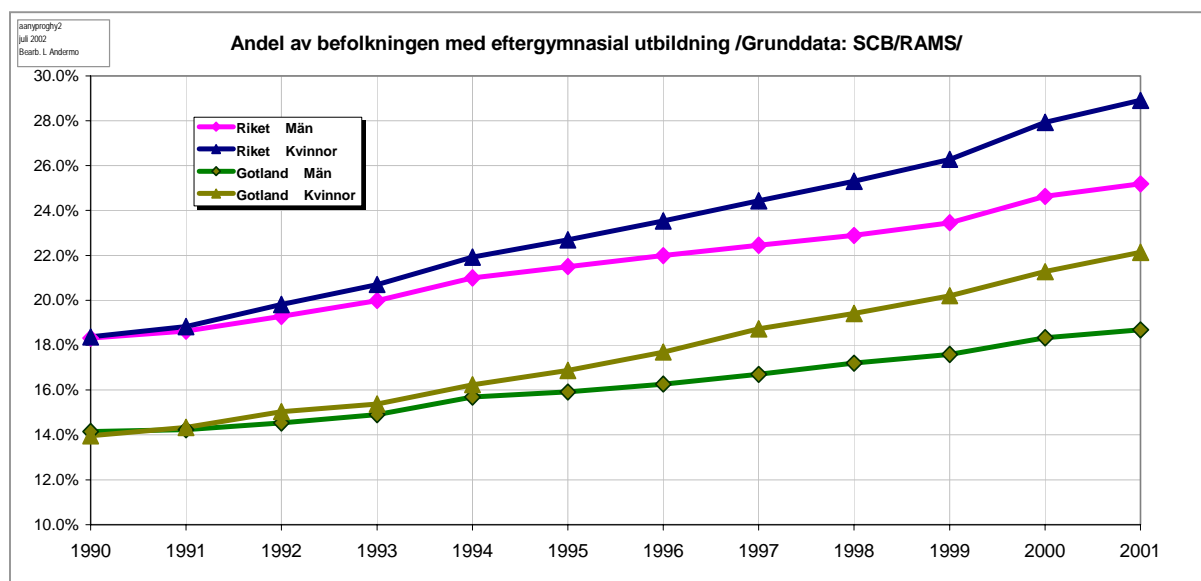
Den störta arbetsgivaren på Gotland är Gotlands kommun med c:a 7 300 anställda. Försvarsmakten är den näst största arbetsgivaren på Gotland med drygt 600 anställda. När det gäller den privata sektorn så kännetecknas den av många relativt små företag. Inte minst finns det många enmansföretag och enskilda firmor på Gotland.

Arbetsmarknadsläget har under de senaste åren försvagats på Gotland bl.a. till följd av nedläggningen av Flextronics Visbyfabrik. Antalet arbetslösa på Gotland var vid årsskiftet 7,2 % av befolkningen i åldrarna 16-64 år jämfört med riksgenomsnittet 6,0 %. Av dessa var 5,4 % öppet arbetslösa och 1,8 % var placerade i olika konjunkturberoende program. Arbetslösheten är med andra ord relativt hög på Gotland. Långtidsarbetslösheten och arbetslösheten i ungdomsåldrarna 16-24 år är också en betydande utmaning för den gotländska arbetsmarknaden.

Det finns en del oro om när det gäller framtidsutsikterna för den gotländska arbetsmarknaden och den gotländska utvecklingen som helhet. Gotland är i relativt stor grad beroende av den offentliga sektorn och areella primärproduktionen, båda områden där strukturförändringar pågår. För att bemöta detta pågår ett regionalt gotländskt tillväxtarbete för att stärka tillväxten det privata näringslivet, vilket skall bidra till att öka efterfrågan på arbetskraft.

## 2.5 Utbildning

Låg utbildningsnivå präglar Gotlands befolkning i jämförelse med riksgenomsnittet och skillnaderna tenderar att öka, detta trots att etablerandet av en högskola på Gotland lett till att fler gotlänningar läser på högskolenivå. Differenserna mellan män och kvinnor är betydande, såväl för Gotland som för riket som helhet. Detta har en negativ påverkan inte minst på det gotländska näringslivet. Högskolan på Gotland ger dock en plattform att bygga på och en förbättringspotential.



## 3 Försvarsmakten på Gotland

### 3.1 Gotlands regemente, P18

P18 är en av de sex stora utbildningsplatserna för landets armébrigader. Uppgiften är att utbilda förband för landets insatsstyrkor och internationella insatser. P 18 utbildar i huvudsak mekaniserade förband med Stridsfordon 90 och pansarfordon av varierande typer. P18 utbildar även vissa år ledningsförband och andra enheter.

P18 är idag en effektiv utbildningsplattform. Närheten till kommunikationer och mycket bra och närbelägna övningsfält med möjlighet till skjutövningar ut över havet gör P18 kostnadseffektivt. P18 har en kompetensbas som kan hantera flertalet av Arméns fordon och vapensystem. Av personalstyrkan på c:a 300 officerare tjänstgör nära 100 utomlands och på Försvarsmaktens staber och skolor. Utbildningskapaciteten är c:a 1 000 men idag utbildas 500-600 värnpliktiga för mekaniserade stridsuppgifter. P18:s läge utgör också en bra plattform för övningar för hela Försvarsmakten, övningar på operativ nivå med system ur Armén, Marinen och Flygvapnet. På och kring Gotland kan alla vapenslag öva effektivt inom ett strategiskt viktigt område. Vidare har P18 under flera år byggt upp en gedigen erfarenhet av internationell verksamhet både med övningar på Gotland och andra insatser.

### 3.2 Försvarsmaktens Logistik

Försvarsmaktens Logistik har till uppgift att svara för underhålls- och stödverksamhet till förbanden. Försvarsmaktens Logistik är indelat i tre divisioner med en ytterligare nedbruten indelning i enheter. För underhålls- och stödverksamhet till P18 finns Försörjningsenheten Gotland (c:a 80 anställda), Serviceenheten Visby (c:a 130 anställda), Markverkstad Gotland (c:a 60 anställda) och Ledningsteknik Visby (c:a 30 anställda). Det totala antalet anställda inom Försvarsmaktens Logistik uppgår alltså till c:a 300.

### 3.3 Gotlands militärdistrikt

Gotlands militärdistrikt består av en chef, en stab och en militärdistriktsgrupp (totalt c:a 40 anställda). Militärdistriktet är den regionala nivån i Försvarsmaktens organisation och har följande uppgifter: territoriell verksamhet, försvarsplanläggning, mobiliseringsförberedelser, underrättelse- och säkerhetstjänst, hemvärnsutbildning, frivillig försvarsverksamhet, fysisk planering, personaltjänst och insatser. Detta innebär att Försvarsmaktens kontakter med civila myndigheter och organisationer på Gotland till stora delar sköts via Gotlands militärdistrikt. Bland annat representerar militärdistriktet Försvarsmakten i det av regeringen ställda uppdraget kring civil-militär samverkan, dvs. GotSam.

### 3.4 Hemvärnet

Anslutningen till Hemvärnet och frivilligorganisationerna är jämfört med riket i övrigt relativt hög. Idag är c:a 1 200 gotlänningar organiserade i Hemvärnet, som på Gotland består av tre bataljoner och ett marint hemvärnskompani. Hemvärnet är inne i en period av omdaning med ny organisation och tillskott av ny materiel. Hemvärnets förmåga att lösa mer kvalificerade uppgifter skall utvecklas. P18 ger ett omfattande stöd till utbildningen av hemvärnsförbanden.

### 3.5 Övrigt

Utöver P18 och Försvarets Logistik finns även ett antal andra delar av Försvarets representanter på Gotland. Fastighetskontor Mitt ansvarar för att tillgodose behovet av ändamålsenliga fastigheter och anläggningar. Sjöinfokompani Visby har bland annat sjöövervakning till uppgift. I Fårösund finns en bevakningsbåt stationerad. Sjöinfokompani Visby har c:a 20 anställda och utbildar årligen 16 värnpliktiga. F17 G heter enheten som svarar för Flygvapnets verksamhet på Gotland F17 G tillhör Blekinge flygflottilj i Ronneby och har 14 anställda på Gotland.

## 4 Konsekvensanalys av nedläggning

### 4.1 Konsekvenser för befolkningsutvecklingen

En i februari 2004 genomförd enkätundersökning bland officerarna visar att en nedläggning av P18 innebär att 38 % av officerarna flyttar från Gotland, medan 53 % avser stanna kvar och 9 % är osäkra. De som avser flytta från Gotland är de till övervägande del yngre officerarna. Tillsammans med varje enskild officer flyttar i snitt 0,9 sammanboende och 1,6 barn, det vill säga den genomsnittliga utflyttande officersfamiljen utgörs av 3,5 personer. Lågt räknat – endast 38 % av de 300 officerarna flyttar och de 9 % som är osäkra stannar trots allt på Gotland – så innebär det en befolkningsminskning med 399 personer.

Till detta tillkommer de av de civilanställda som också flyttar samt sammanboende och barn. De civilanställda är inte alls lika rörliga som officerarna, då de till skillnad från officerarna är anställda på sina lokala arbetsställen och inte av Försvarsmakten centralt. Av de civilanställda beräknas bara c:a 30 flytta från ön i händelse av uppsägning. Med dessa förväntas då 27 sammanboende och 48 barn flytta, det vill säga ytterligare totalt 105 utöver officerarna med familjer. Det totala befolkningsminskningen inkluderat både officerare och civilanställda blir alltså 504 personer, nära 0,9 % av Gotlands totala befolkning.

Särskilt allvarligt är också att de unga utflyttande officerarna med sammanboende är i den ålderskategori där det redan idag finns relativ få på Gotland (se figur i kapitel 2.2 Befolkning). En utflyttning bidrar på så vis kraftigt till att ytterligare förvärra den rådande demografiska obalansen.

### 4.2 Konsekvenser för arbetsmarknaden

Vid en eventuell nedläggning av P18 skulle den gotländska arbetsmarknaden tillföras arbetssökande från den civilanställda delen. 270 av de 300 civilanställda förväntas stanna kvar på Gotland vid en eventuell nedläggning. De civilanställda har i allmänhet en lägre utbildningsnivå än den militära och en större andel "äldre". Könsfördelningen är dock jämn. För en del av de civilanställda som friställs skulle omskolning genom arbetsmarknadsutbildningar vara ett alternativ. För att arbetsmarknadsutbildningar skall vara aktuellt krävs dock att det finns ett behov och en efterfrågan på arbetsmarknaden på den kompetens som utbildningen ger. Arbetsmarknadsutbildningen skall med andra ord leda till arbete och kräver ofta teoretiska förkunskaper på gymnasienivå. Med hänsyn till den gotländska arbetsmarknaden – som idag kännetecknas av en generellt svag efterfrågan på arbetskraft med undantag av akademiker – samt kompetens- och åldersprofil på de civilanställda så kommer arbetsmarknadsutbildning endast vara ett realistiskt alternativ för ett fåtal. Erfarenheterna från nedläggningen av Flextronics visar detta. Kostnaderna för omskolning för en arbetsmarknadsutbildning är hög. En arbetsmarknadsutbildning kostar i snitt 131 000 kr per år och elev. Till detta tillkommer aktivitetsstöd på maximalt 11 000 kr månaden till individens försörjning, dvs. 132 000 kr per år och elev. Den totala genomsnittliga kostnaden för arbetsmarknadsutbildning är således 263 000 kr per år och elev. Ett rimligt antagande är att c:a 30 av de 270 friställda civilanställda som stannar kvar på Gotland kommer att genomgå en arbetsmarknadsutbildning på ett halvt år. Kostnaden för detta uppgår då till 3,9 mkr. För de återstående 240 civilanställda väntar sannolikt arbetslöshet. Detta skulle öka Gotlands redan relativ höga arbetslöshet från 7,2 % till 8,0 %.

När det gäller de officerare som uppgivit att de har för avsikt att kvarstanna på Gotland så är arbetsmarknadsutbildningar inte i första hand aktuellt. De har en högre utbildnings- och kompetensnivå än de civilanställda och är således mer attraktiva på arbetsmarknaden. Tidigare erfarenheter pekar också på att Försvarsmakten varit förhållandevis generös och bl.a. bekostat civila vidareutbildningar och förtida pensioneringar. Denna analys baseras därför på ett antagande att inga officerare kommer att behöva gå ut i arbetslöshet, vilket sannolikt är ett mycket optimistiskt antagande.

### 4.3 Konsekvenser för näringslivet

Försvarsmaktens Logistik lämnar varje år beställningar för c:a 45 mkr till det gotländska näringslivet som en del i underhålls- och stödverksamheten, huvudsakligen till P18. Därutöver tillkommer inkomster till näringslivet för boende på hotell och transporter för de som i tjänsten besöker P18 och övriga delar av Försvarsmakten på Gotland.

Frånfallet och minskningen av konsumtionskraften till följd av avflyttning och arbetslöshet kommer att ha en kraftigt negativ påverkan på det gotländska näringslivet, såväl direkt som indirekt. Det direkta bortfallet i konsumtionskraft (disponibel inkomst) per yrkesarbetande kan beräknas schablonmässigt till c:a 13 000 kr. Det sammanlagda direkta bortfallet i årlig konsumtionskraft kan således beräknas till 42,7 mkr, dvs. de avflyttande plus sammanboende (274 st) multiplicerat med månatliga schablonbeloppet omräknat till helår.

Friställandet av de civilanställda kommer också att leda till en minskad konsumtionskraft, då inkomsterna sjunker från befintliga lönenivåer till A-kassenivå och aktivitetsstöd. Lågt räknat så kommer konsumtionskraften att sjunka från i snitt c:a 11 000 kr till 9 000 kr i månaden, dvs. med 2 000 kr per person och månad. Då 240 civilanställda förväntas gå ut i arbetslöshet minskar konsumtionskraften med ytterligare 5,8 mkr per år.

Konsumtionskraften hos de värnpliktiga beräknas till 15 000 kr per värnpliktig och år. De värnpliktigas konsumtionskraft kan därmed bedömas till 7,5 mkr (räknat på 500 st). Det totala årliga bortfallet i konsumtionskraft för Gotland beräknas till 56 mkr.

Särskild stora indirekta konsekvenser kommer detta att få för branscher som dagligvaror och kommersiell service samt fritid, underhållning och kultur. I genomsnitt spenderar svensken 35 % av den disponibla inkomsten på dagligvaror och kommersiell service samt 10 % på fritid, underhållning och kultur. De värnpliktigas konsumtion går dock uteslutande till dagligvaror och kommersiell service respektive fritid, underhållning och kultur. Fördelningen beräknas där till 75 % respektive 25 %. Detta kan beräknas till minskning i omsättning med en efterföljande personalreduktion enligt nedan:

<b>Bransch</b>	<b>Omsättningsreduktion (mkr/år)</b>	<b>Personalreduktion (antal sysselsatta)</b>
Dagligvaror och kommersiell service	22,5	24
Fritid, underhållning och kultur	6,8	4
<b>Summa</b>	<b>29,3</b>	<b>28</b>

En nedläggning av P18 skulle vidare leda till att resebolag tappar de 350 värnpliktiga som i snitt reser till och från Gotland varje helg, det vill säga ett relativt minskat resande framförallt under icke-turistsäsong. Därutöver skulle ett stort antal militära tjänsteresor försvinna.

#### 4.4 Konsekvenser för offentlig service

Vid en eventuell nedläggning förväntas 230 barn flytta med sina föräldrar från Gotland. Åldersstrukturen är sådan att hälften av barnen är dagis-/förskolebarn och den andra hälften grundskole- och gymnasieelever. Personaltätheten inom dagis-/förskoleverksamheten är c:a en anställd per 5,2 barn och inom grundskole- och gymnasieverksamheten c:a en anställd per 8,4 elever. Sysselsättningseffekten av skulle alltså bli -22 tjänster inom dagis-/förskoleverksamheten och -14 tjänster inom grundskole- och gymnasieverksamheten.

En utflyttning av kommuninvånare skulle också få konsekvenser för antalet anställda inom vårdsektorn. Utifrån en beräkning om att det går en anställd per 30 kommuninvånare så blir effekten på sysselsättningen -17 tjänster inom vårdsektorn.

Skatteutjämningsystemet minskar i viss utsträckning de negativa effekterna för den kommunala ekonomin och möjligheten till finansiering av offentlig service till följd av utflyttningen och den minskade skattekraften. De generella statsbidragen per invånare, med variation med hänsyn till ålder, försvinner dock helt för dem som lämnar Gotland.

#### 4.5 Konsekvenser för övrig samhällslig krishantering

Försvarsmaktens resurser har under årens lopp kontinuerligt använts vid större och extraordinära händelser som skogsbränder, olyckor etc. Räddningstjänsten har vid flera tillfällen haft stort bistånd av militärens såväl personella som materiella resurser. Den militära organisationen har visat sig fungera väl och utfört efterfrågade insatser effektivt och utan fördröjning. De snabba och tydliga beslutsvägarna inom militären samt tillgången till materiella resurser kombinerat med en hög och aktuell handhavandekompetens är anledningen därtill. Utan Försvarsmaktens medverkan skulle flera av de extraordinära händelser som inträffat fått betydligt större konsekvenser, t.ex. branden vid Torsburgen.

Gotlands geografiska isolering gör att det idag inte finns några alternativ till Försvarsmakten när det gäller tillhandahållande av nödvändiga resurser vid extraordinära händelser. Material kan finnas att tillgå i det civila, men då inte på Gotland. Materielen måste då först transporteras till ön, vilket tar avsevärd tid i en brådskande situation. Beslutsvägarna när det gäller resurser i det civila tenderar också att vara mindre snabba och effektiva. Gotlands geografiska läge mitt i Östersjön är isolerande om resurser för krishantering inte finns att tillgå. Om dessa resurser finns är däremot läget mycket strategiskt sett ur ett lite Östersjöperspektiv. Förutsatt att det finns en ambition om ett internationellt samarbete kring miljöskydd, sjösäkerhet etc. skulle de på Gotland placerade resurserna vara till gagn inte bara för Gotlands vidkommande utan också internationellt.

Just vad gäller samhällslig krishantering pågår på Gotland en försöksverksamhet – det så kallade GotSam-projektet – där ett flertal myndigheter samverkar. Försvarsmakten ingår som en av de tyngre aktörerna i denna försöksverksamhet.

## 5 Slutsatser

### 5.1 Sammanfattande kommentarer

- En nedläggning av P18 skulle leda till en utflyttning av sammanlagt 504 personer från Gotland. Detta fördelat på 144 officerare och civilanställda, 130 sammanboende och 230 barn. Det är en minskning med nära 1 % av Gotlands befolkning. Detta får mycket negativa konsekvenser för befolkningsutvecklingen då det i första hand rör sig om personer i de ålderskategorier där Gotland redan idag har relativt få invånare, dvs. den demografiska obalansen förvärras.
- Den redan svaga gotländska arbetsmarknaden skulle påföras c:a 240 arbetslösa med dåliga möjligheter att få arbete. Detta skulle leda till en ökad arbetslöshet, från dagens 7,2 % till c:a 8,0 %. Inkluderas även de som indirekt förväntas bli arbetslösa till följd av nedläggningen hamnar arbetslösheten på 8,3 %. Utöver detta skulle kostnader för arbetsmarknadsutbildningar för 30-talet civilanställda till en kostnad av 3,9 mkr tillkomma.
- En nedläggning av P18 skulle leda till att Försvarsmaktens beställningar från det gotländska näringslivet på 45 mkr årligen gick om intet.
- Näringslivet skulle också drabbas hårt av minskad konsumtionskraft från värnpliktiga, arbetslösa civilanställda samt utflyttade officerare och civilanställda med familjer. Denna beräknas uppgå till sammanlagt 56 mkr. Minskad konsumtionskraft leder till lägre omsättning, vilket i sin tur skulle leda till att antalet anställda inom branscherna dagligvaror och kommersiell service respektive fritid, underhållning och kultur skulle minska med 24 respektive 4 personer.
- En minskning av antalet kommuninvånare skulle också leda till att underlaget för offentlig service skulle minska, vilket i sin tur ger ett minskat behov av personal. Behovet av personal inom dagis-/förskoleverksamhet respektive grundskole-/gymnasieverksamhet beräknas minska med 22 respektive 14 anställda. Inom vårdsektorn beräknas personalbehovet minska med 17 anställda.
- Gotlands kommun skulle påverkas negativt till följd av en utflyttning och en minskad skattekraft, vilket påverkar möjligheterna till offentlig service. Detta trots en viss mildring via skatteutjämnningssystemet.
- En nedläggning av P18 skulle innebära att det gotländska samhället skulle berövas de militära personella och materiella resurserna som kontinuerligt har används vid extraordinära händelser. Gotlands geografiskt isolerade läge gör att det inte finns några alternativ till dessa resurser i dagsläget, varför katastrofberedskapen skulle sänkas drastiskt.

## 5.2 Effektsammanställning

### 5.2.1 Arbetsmarknadseffekter

<b>Effekt</b>	<b>Ökat antal arbetslösa</b>
Arbetslösa från Försvarmaktens Logistik	240
Arbetslösa från näringsliv och offentlig service	81
<b>Summa</b>	<b>321</b>

### 5.2.2 Näringslivseffekter

<b>Effekt</b>	<b>Minskad omsättning per år (mkr)</b>
Direkta inköp från Försvarmakten som upphör	45
Omsättningsminskning till följd av minskad konsumtionskraft	56
<b>Summa</b>	<b>101</b>

## 5.3 Kommentar

De indirekta effekterna av en nedläggning av P18 med ett ökat antal arbetslösa till följd av minskad omsättning i näringslivet och minskat underlag för offentlig service får naturligtvis också följd effekter i form av minskat konsumtionskraft m.m. Effekten av dessa indirekta effekter tas dock inte med i denna analys då de är alltför svårbedömda.

Erfarenheten från tidigare undersökningar inför förbandsnedläggningar visar att ett relativt stort antal officerare säger sig ha för avsikt att stanna vid en eventuell nedläggning. När förbandet sedan lagts ned, och officerarna står inför valet med en eventuell arbetslöshet på Gotland eller arbeten på annan ort, har bara hälften av dem som initialt sagt sig ha för avsikt att stanna verkligen också stannat kvar på Gotland. Det är därför rimligt att anta att en ansevärd del av dem som säger sig ha för avsikt att stanna inte stannar vid en faktisk nedläggning. Utflyttningen förväntas alltså i realiteten bli större, framförallt beroende på att den gotländska arbetsmarknadens svaga förmåga att suga upp arbetskraft. Givet att dessa erfarenheter är tillämpliga så skulle det leda till att konsumtionskraften blir mindre liksom underlaget för offentlig service, vilket i sin tur alltså leder till ytterligare minskat personalbehov i såväl näringslivet som den offentliga sektorn.

Överlämnas till Ag GRO  
2004-03-03

Gunnar Karlson

## Varför ska en av utbildningsplattformarna i grundorganisationen efter FB 04 finnas på Gotland?

I denna PM sammanfattas några viktiga argument för att en av grundorganisationens utbildningsplattformar bör finnas på Gotland även i framtiden. Endast argument som har helt eller delvis militära utgångspunkter berörs. Strävan har varit att argumentationen i denna PM ska vara spårbar i förhållande till vad som efterfrågas. Hänvisning sker därför till dokument som ligger till grund för försvarsbeslutsarbetet<sup>1</sup>.

Sammanfattningsvis utvecklas i denna PM följande argument:

- Gotland är en bra plattform för utbildning av mekaniserade förband för internationella och nationella uppgifter
- Gotland har en stabil bas vad gäller personal och infrastruktur.
- Gotland är en god plattform för integrerad utbildning och operativa övningar.
- Gotland erbjuder en mångsidigt utvecklingsbar plattform.
- Gotland är en god plattform för internationell övningsverksamhet.
- Gotland är en viktig försäkring i händelse av försämrat omvärldsläge.
- Gotland har särskilda behov för att motverka samhällets sårbarhet.

<sup>1</sup> Hänvisningar sker till följande handlingar:

- Försvarsberedningens försvarspolitiska rapport "Vårt militära försvar – vilja och vägval" 2003-06-03; här kallad "Försvarsberedningen"
- Regeringens planeringsanvisningar för Försvarsmaktens budgetunderlag för 2005..., regeringsbeslut 2003-06-26; här kallad "Regeringens planeringsanvisningar"
- Regeringens riktlinjer för utformandet av underlag om en förändrad grundorganisation för Försvarsmakten, protokoll från regeringssammanträde 2003-08-28; här kallad "Regeringens riktlinjer"
- /Vid P 18 senast kända utkast till/ C GRO underlag till C STRA för arbetet med GRO i GA och GA -3; här kallat "GRO underlag".

### Ett förband på Gotland är en bra plattform för utbildning av mekaniserade förband för internationella och nationella uppgifter

En viktig utgångspunkt för denna PM har varit att lyfta fram faktorer som är särskilt tydliga och väsentliga just för Gotland. Då förutsättningarna på P 18 motsvarar dem vid andra mekaniserade plattformar tas produktionsförutsättningar i form av kaserner, utbildningsanordningar och annan infrastruktur inte upp i detalj. Av det underlag som P 18 har redovisat till Högkvarteret<sup>2</sup> framgår att förbandet har förutsättningar att utbilda över 1000 värnpliktiga utan större investeringar. Vid P 18 har under ett antal år utbildats mekaniserade förband med stridsfordon 90. Tiden för särskilda ”gotlandslösningar” vad avser materiel och organisation är över sedan många år. P 18 är en mekaniserad plattform fullt jämförbar med övriga och dimensionerad även för tyngre system än stridsfordon 90.

Erfarenheten visar att mekaniserat infanteri ofta efterfrågas i krishanteringsoperationer. Sverige behöver därför en tillräcklig volym utbildning av sådana förband. P 18 har vid det här laget hunnit samla betydande erfarenhet av internationella insatser av olika slag. Utbildning av det snabbinsatskompani (IA 01) som sattes in i Kosovo våren 2001, organiserandet av beredskapsförbandet IA 02, deltagandet i övningen Strong Resolve 2002 och ansvaret för KS 09<sup>3</sup> är några aktuella exempel.

### Ett förband på Gotland bygger på en stabil bas vad gäller personal och infrastruktur

P 18 har ett gynnsamt läge vad avser personalförsörjning<sup>4</sup>. Det finns inga stora vakanser<sup>5</sup>. Rekryteringen av yrkesofficerare är god. Nyanställda officerare flyttar till Gotland. Benägenheten att stanna kvar i yrket är hög. Avgångarna bland officerare är låga, och har så varit även i goda konjunkturen. Gotland är personalekonomiskt gynnsamt genom denna kombination av god rekrytering och låga avgångar. Till detta kommer att det goda personalläget ger bra åldersbalans och god tillgång till utbildningsbefäl. Gotland är kanske inte en ”befolkningstät region<sup>6</sup>”, men de personella fördelarna är ändå tydliga<sup>7</sup>.

Behoven av investeringar för att genomföra utbildning med de volymer som garnisonen är dimensionerad för är små<sup>8</sup>. Förutom de generellt goda förutsättningarna avseende infrastruktur har P 18 två särskilda fördelar: ett närövningsfält med skarpskjutningsmöjligheter och ett garnisonsnära skjutfält med god kapacitet. Närövningsfältet ger möjlighet att skjuta skarpt med finkalibriga vapen inom några hundra meter från kasernområdet.

Tofta skjutfält medger skarpskjutning med upp till bataljon med samtliga dimensionerande vapensystem i markstridsfunktionen, liksom med luftvärn. I och med att risken läggs över hav

<sup>2</sup> Redovisat bland annat i verksamhetsplatskort, ANFA Sg 2003-09-10.

<sup>3</sup> Insatt december 2003 – juni 2004. Drygt 35 anställda från Försvarsmakten på Gotland ingår i KS 09.

<sup>4</sup> GRO underlag: ”... är det väsentligt att ... personalförsörjning ... beaktas särskilt i det fortsatta utvecklingsarbetet.”

<sup>5</sup> De vakanser som finns är framför allt en handfull tekniska officerare.

<sup>6</sup> Även om Gotland ligger bara dryga tre timmar med båt och 35 minuter med flyg från Stockholm och av besöksnäringen ibland beskrivs som ”Stockholms yttersta skärgård”.

<sup>7</sup> GRO underlag: ”Av särskild vikt är dock att varje aktuell regions specifika möjligheter beaktas, t ex personalens benägenhet att bosätta sig i aktuellt område”.

<sup>8</sup> GRO underlag ”... är det väsentligt att ... investeringar... beaktas särskilt i det fortsatta utvecklingsarbetet.”

kan huvuddelen av fältet utnyttjas för manöver i samband med skarpskjutning. Möjligheten att lägga risk över hav medger också skjutning även med långräckviddiga system. Tofta skjutfält ligger bara sex kilometer från kasern. Förflyttning till och från fältet kan ske på en separat militär väg, där civil trafik inte störs.

Miljöprövning av Tofta skjutfält pågår<sup>9</sup>. Forsvarsmakten avser lämna sitt underlag till länsstyrelsen under första kvartalet 2004. För närvarande finns det inget som tyder på att miljöprövningen skulle lägga några hinder i vägen för verksamhet av det slag och i den omfattning som bedrivs idag, även om detta förstås inte ligger i Forsvarsmaktens händer. Någon högljudd lokal opinion mot skjutfältet finns inte.

Förutom närövningsfältet och Tofta finns övnings- och skjutfält vid Tingstäde och Trälge. Övningar på Gotland kan därmed genomföras på militär mark på flera platser, med realistiska avstånd för förflyttningar, logistik och samband. Av tradition är dessutom markägarna på Gotland positiva till att upplåta mark för övningar.

#### Ett förband på Gotland erbjuder en mångsidigt utvecklingsbar plattform

Vid P 18 finns infrastruktur för utbildning av artilleri och luftvärn<sup>10</sup>. Sådan utbildning genomfördes till och med år 2000 med haubits 77 och robot 70/90. Möjligheten att lägga målområde i havet är gynnsam för vissa typer av skjutningar med artilleri. Bland annat av det skälet har artilleriskjutningar i utvecklingssyfte genomförts på Gotland under 2003. Dels har Forsvarsmakten skjutit genom projektet ArtDemo<sup>11</sup>, dels har industrin tillsammans med Art-Demo utnyttjat de goda möjligheterna<sup>12</sup>. Fortsatta skjutningar planeras till våren 2004<sup>13</sup>.

Många officerare (även tekniska officerare) med bakgrund i artilleriet<sup>14</sup> och luftvärnet<sup>15</sup> finns kvar vid P 18. Deras specialkompetens är till stor del fortfarande användbar. Till detta ska läggas den kompetens inom olika system som kom till regementet med officerare från KA 3<sup>16</sup>.

P 18 har goda förutsättningar för utbildning av ledningsförband<sup>17</sup>. Skälet till detta är inte minst de investeringar i infrastruktur (bland annat utbildningshall och samband) som skedde för A 7 och Lv 2 när dessa förband flyttades till Visborgsslätt. Materiel för utbildningsanläggning flyttades dessutom till Visby från P 2 vid dess nedläggning. Förband för brigadledning (stridsgruppsledning) kan därför utbildas rationellt på Gotland<sup>18</sup>.

---

<sup>9</sup> GRO underlag”... är det väsentligt att ... miljöfrågor... beaktas särskilt i det fortsatta utvecklingsarbetet.”

<sup>10</sup> Den så kallade ”Artilleri- och luftvärnshallen” (idag ”Teknikhuset”) färdigställdes 1986 och har utvecklats sedan dess.

<sup>11</sup> Vecka 336

<sup>12</sup> Vecka 345

<sup>13</sup> Projektet Bekämpningsdemo (som det nu kallas) överväger nya skjutningar på Gotland vecka 419-422.

<sup>14</sup> Idag finns drygt 25 officerare från A 7 vid P 18

<sup>15</sup> Idag finns cirka 15 officerare från Lv 2 vid P 18

<sup>16</sup> Idag finns drygt 25 officerare från KA 3 vid P 18

<sup>17</sup> Chefen S 1 betecknar sin utredning ”Brigadledningsutredning 2003” utbildningsanordningarna för telesystemet vid P 18 som ”Typ S(-)”, det vill säga närmast en mindre anläggning av det slag som signalförbanden har.

<sup>18</sup> Senast detta skedde var utbildningsåret 02/03.

På Visborgsslätt finns garage och verkstäder som är dimensionerade för moderna stridsvagnar<sup>19</sup>. Erfarenheter från epoken med stridsvagn 104 finns också kvar. Därför kan utbildning ske på Gotland även med system som är avsevärt tyngre än stridsfordon 90.

### Ett förband på Gotland är en god plattform för integrerad utbildning

Förutsättningarna för att på Gotland uppfylla kraven på operativ övningsverksamhet<sup>20</sup> är goda. Utveckling av det nätverksbaserade försvarets förmågor kan därför med fördel ske på Gotland. Markförband finns redan i form av P 18, och infrastrukturen medger tillfällig basering av ytterligare markförband. Transport av förband till och från Gotland sker enkelt med fartyg och flyg. Baseringsflygförband kan ske på F 17 G<sup>21</sup>. Fårösundsbasängen har klassiskt goda förutsättningar för fartygsbaseringsflyg, och dessutom finns flera hamnar runt ön.

Övningsmöjligheterna (även med skarp ammunition) för markförband har redan berörts. Flygförband från samtliga flottiljer i landet övar idag regelbundet i betydande omfattning över Östersjön med tillfällig basering i Visby. Möjligheterna att öva över hav är unika och en förutsättning för vissa övningar med flygförband. Att det finns goda möjligheter till övning med marina förband kring Gotland säger sig självt. Även amfibieförband kan öva på Gotland<sup>22</sup>.

Möjligheterna att både basera och öva inom samma område med förband ur alla försvarsgrenar ger goda förutsättningar för utbildning. Samverkan kan ske med liten tidsspillan. All personal som deltar i en övning kan enkelt samlas för utbildning och genomgångar.

En förutsättning för att Gotlands möjligheter till integrerade operativa övningar ska kunna tas till vara på bästa sätt är att utbildningsförbandet P 18 och stöd från FMLOG finns på plats. Grundstommen till stöd och logistik finns därmed redan. Förutom personalen ur armén finns på Gotland officerare ur både flygvapnet<sup>23</sup> och flottan<sup>24</sup>, liksom ett betydande antal officerare med bakgrund i kustartilleriet. Dessutom finns civilanställda med erfarenhet från alla försvarsgrenar och inom många funktioner. Inom garnisonen finns – trots dess relativa litenhet – förutsättningar för operativ helhetssyn.

### Ett förband på Gotland är en god plattform för internationell övningsverksamhet

Det är rimligt att anta att den internationella övningsverksamheten kommer att öka i volym. För detta talar dels inriktningen på ökad internationell förmåga, dels det faktum att många länder får så små volymer i sina försvarsmakter att det krävs samövningar för att ge tränings- tillfällen med en bra ”kritisk massa” av förband. Det är vidare rimligt att anta att Sverige

<sup>19</sup> När markverkstaden byggdes låg det till grund för planeringen att utbildning med stridsvagn 121 skulle förläggas till Gotland. Tidigare byggda lokaler dimensionerades för stridsvagn 104.

<sup>20</sup> GRO underlag ”Tillfälliga baseringsmöjligheter och möjligheter att öva direkt ur normalgruppering i anslutning till aktuella övnings- och skjutområden skall beaktas, liksom möjligheterna att genomföra stridsövningar med skarp ammunition inom en operativ ram. En förutsättning för detta är att erforderliga övnings- och skjutområden finns tillgängliga.”

<sup>21</sup> Genom investeringar under 2003 har F 17 G dessutom fått utökad kapacitet att hantera transportflyg.

<sup>22</sup> Sådana förband grundutbildades vid KA 3.

<sup>23</sup> Vid F 17 G.

<sup>24</sup> Vid sjöinfokompaniet ur MB O.

kommer att stå för värdskapet för en del av den internationella övningsverksamhet i vilken vi deltar.

Gotland är en god plattform för internationella övningar<sup>25</sup>. Övningar genomförs i operativ ram och infrastrukturen är lämplig. Från Finland, Ryssland<sup>26</sup>, Estland, Lettland, Litauen, Polen och Tyskland är avståndet till Gotland kort. Det är lätt att transportera markförband till ön på fartyg och att transportera personal dit med flyg. De goda övningsförutsättningarna (försvarsgrensvis och operativt) på och kring Gotland gäller också för internationella övningar. Besöksnäringens infrastruktur gör det lätt att hysa stora antal tillresta utanför turismens högsäsong.

### Ett förband på Gotland är en viktig försäkring i händelse av försämrat omvärldsläge

Risken för ett på sikt försämrat omvärldsläge är en av de faktorer som ligger till grund för det kommande försvarsbeslutet<sup>27</sup>. Denna risk bör vägas in när grundorganisationen utformas. Det finns dock ingen anledning att idag spekulera i hur ett eventuellt försämrat omvärldsläge kan se ut och uppkomma<sup>28</sup>. Försvarsberedningen har nöjt sig med att konstatera att ett försämrat omvärldsläge kan inträda. Den utgångspunkten är också tillräcklig för att lyfta fram Gotlands särskilda betydelse.

Idag finns inget specifikt hot mot någon viss del av Sverige. Men detta innebär inte att geografin blir irrelevant. Historisk erfarenhet och geografiska förutsättningar gör att man kan anta att det försämrade omvärldsläget, om det inträffar, kommer att beröra Östersjön och därmed Gotland. Ett försämrat omvärldsläge som påverkar Sverige från söder eller öster ter sig ju långt mindre osannolikt än ett försämrat omvärldsläge som skulle påverka Sverige enbart från norr eller väster.

Gotlands läge är en militärgeografisk konstant som Sverige alltid har behövt beakta. Ön ligger på ett ansevärt avstånd från Sveriges fastland, mitt i den Östersjö där stora makters intressen ofta har kolliderat, även långt före det kalla kriget<sup>29</sup>. I händelse av ett försämrat omvärldsläge är det viktigt att Sverige dels kan utnyttja Gotlands militärgeografiska fördelar<sup>30</sup>, dels förhindra att andra länder utnyttjar dem. För att kunna göra detta behöver Sverige militär närvaro på Gotland. Ett Gotland utan ett militärt grundutbildningsförband blir efter hand mer eller mindre de facto avmilitariserat. Möjligheterna att på sikt personalförsörja hemvärn och ledningsorganisation på ön utan ett grundrekryterande förband är små. Förutsättningarna för övningsverksamhet blir också sämre om inget förband finns på Gotland.

I ett försämrat omvärldsläge riskerar Sverige att därmed försättas i en situation där Gotland hamnar i säkerhetspolitikens och försvarsplaneringens fokus utan att det på ön finns resurser

<sup>25</sup> Senast detta genomfördes i större skala var vid Nordic Peace 1998.

<sup>26</sup> Övningen RUSEX tillsammans med Ryssland ska enligt plan genomföras i Gotlands farvatten under 2004.

<sup>27</sup> Regeringens planeringsanvisningar, sid 2 samt Försvarsberedningen kapitel 1.3.

<sup>28</sup> Försvarsberedningen. "Att nu ha en uppfattning om ett sådant hot är dock inte möjligt mot bakgrund av den snabba ... utvecklingen". (Sid 26)

<sup>29</sup> Detta konstaterade till exempel kung Karl XIII när han inrättade Gotlands nationalbeväring genom kunglig kungörelse den 5 februari 1811: "Gotland av sitt naturliga läge skilt från fasta landet och även därigenom mer utsatt för fientliga företag har först fäst vår uppmärksamhet. Vi hava trots dess försvar lämpligast bör sökas i dess egna stridskrafter..."

<sup>30</sup> Inte minst som plattform för sensorer och verkanssystem.

att hantera en ökad spänning. Den politiska och praktiska tröskeln för att ”återmilitarisera” ett avmilitariserat Gotland i ett sådant läge kommer att vara kännbar. Den kan bli ett hinder för att reagera i tid. Att ta bort den militära grundutbildningen från Gotland leder alltså till en säkerhetspolitisk risktagning som blir tydlig vid ett försämrat omvärldsläge. Försvarsmaktens flexibilitet och statsmakternas framtida handlingsfrihet beskärs på ett sätt som kan få allvarliga konsekvenser<sup>31</sup>. Att bibehålla militär närvaro genom grundutbildning på Gotland är en viktig försäkring inför framtiden. Att avstå från denna försäkring i ett område med Gotlands särskilda militärgeografiska läge är riskfyllt och kan visa sig kortsiktigt.

#### Ett förband på Gotland är till särskild nytta för att motverka samhällets sårbarhet

Statsmakternas styrningar till Försvarsmakten anger tydligt att behovet av att ge stöd till andra sektorer av samhället inte ska dimensionera Försvarsmaktens utformning eller utformningen av grundorganisationen<sup>32</sup>. Samtidigt konstateras att de resurser Försvarsmakten disponerar ska kunna sättas in till stöd för andra myndigheter.

Marginalnyttan av stöd från Försvarsmakten är större på Gotland än i många andra regioner. Det faktum att Gotland är en ö mitt i Östersjön innebär att planeringen inför svåra situationer måste utgå från att ”det vi har, det har vi”. Gotland kan inte påräkna säkra och snabba förstärkningar i alla lägen. Samtidigt medför länets relativa litenhet att det inte är möjligt för varje statlig och kommunal verksamhet att ständigt upprätthålla kapacitet för värsta möjliga fall. Möjligheten till samutnyttjande av offentliga resurser i svåra situationer leder till en samhällsekonomiskt förnuftig dimensionering.

Just genom sin relativa litenhet har Gotland möjligheter att gå i täten vad gäller utvecklad samverkan mellan myndigheter. Projektet ”Gotsam” är ett uttryck för detta. Försvarsmaktens närvaro på Gotland är viktig både som resurs för stöd till övriga samhällssektorer och som en komponent i utvecklingen av nya former för stöd och samverkan.

---

<sup>31</sup> Försvarsberedningen, sid. 26: ”I detta perspektiv blir långsiktig handlingsfrihet fundamental och därför krävs tillgång till kompetens, utvecklingsförmåga och flexibilitet.”

<sup>32</sup> Regeringens riktlinjer

**Kommunfullmäktige**  
*Sammanträdesdag*  
**2003-03-22**

Handlingar till  
**Ärende 3**

## **Ny ersättare i kommunfullmäktige**

### *Innehåll*

- Länsstyrelsens beslut 2003-03-04 att *Lars Bengtsson, Visby (s)* utsetts som ny ersättare i kommunfullmäktige efter *Christer Söderlund*

**Önskas ytterligare handlingar eller uppgifter i detta ärende, v.g. ring 26 93 18**

## **Nytt riksavtal för utomlänsvård**

### *Innehåll*

- Kommunstyrelsens förslag 2004-02-26, § 46
- Ledningskontoret 2004-02-04
- Hälso- och sjukvårdsnämnden 2004-02-09, § 145
- Landstingsförbundet 2003-11-07 A 03:58

### *Bakgrundsmaterial som bifogas:*

- Ledningskontorets utlåtande 2001-04-12
- Landstingsförbundets rekommendation om valfrihet
- Överenskommelse om vissa ersättningar till hälso- och sjukvården 2004.  
Landstingsförbundets information om överenskommelsen med staten.

**Ks § 46**

Au § 34

**Nytt riksavtal**

KS2003/0466-91

- Landstingsförbundet 2003-11-07 A 03:58
- Ledningskontoret 2004-02-04
- Hälso- och sjukvårdsnämnden 2004-02-145

Efter en översyn och remissbehandling av förslaget till nytt riksavtal har landstingsförbundet godkänt avtalet för perioden 1 mars 2004 – 31 december 2006 och rekommenderat huvudmännen att godkänna och tillämpa det. Förbundet har också fastställt den förteckning E till avtalet som utgör prislista för utomlänsvård där regionala prislistor saknas.

Riksavtalet innehåller bestämmelser om ersättningar m.m. när en person får vård utanför sitt hemlandsting. Det omfattar öppen och sluten akut- och förlossningsvård som ges när person akut måste omhändertas, (öppen och sluten) vård efter remiss från hemlandstinget och viss övrig (öppen och sluten) utomlänsvård som patienten själv väljer. Dessutom finns bestämmelser om medicinsk service, hjälpmedel, transporter och resor. Bestämmelser om den vård som patienten själv väljer är anpassade till förbundets tidigare, år 2000, utfärdade rekommendation om valmöjligheter (som kommunfullmäktige antagit). Vårdlandstinget ersätts enligt den regionala prislistan; d.v.s. enligt aktuellt regionavtal, även om patienten tillhör en annan region. Kan den inte tillämpas används förteckning E. Avtalets kapitel 8 är tvingande men inte de övriga: 2-7. Utöver den vård som landstinget erbjuder omfattar avtalet också vård som utförs av vårdgivare med vårdavtal med det landsting där patienten erhåller vård, vårdgivare verksamma enligt lagarna om läkarvårdsersättning och ersättning för sjukgymnastik m.m.

*Ledningskontoret* föreslår att kommunstyrelsen hos kommunfullmäktige ska tillstyrka godkännande. *Hälso- och sjukvårdsnämnden* har tillstyrkt godkännande.

**Kommunstyrelsens förslag till kommunfullmäktige**

- Riksavtalet för utomlänsvård godkänns att gälla fr.o.m. 1 mars 2004.

**LEDNINGSKONTORET**  
Katarina Michanek

Kommunstyrelsen

## **Nytt riksavtal för utomlänsvård fr.o.m. 1 mars 2004**

Landstingsförbundet 2003 11 07, A 03:58

### **Bakgrund**

I hälso- och sjukvårdslagen, HSL, (1982:763) fastställs grunderna för landstingens hälso- och sjukvård. Denna lag ställer ett antal krav på landstingens hälso- och sjukvård. Bland dessa kan nämnas att varje landsting skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta i landstinget. Landstingen har också skyldighet att erbjuda akut vård åt den som tillfälligt vistas i landstinget (HSL §4). I lagen fastslås vidare att landstingen också i övrigt får erbjuda hälso- och sjukvård åt någon som inte är bosatt i landstinget, utomlänsvård, efter överenskommelse landstingen emellan. HSL §9 anger att regeringen får föreskriva att riket skall delas in i regioner för den hälso- och sjukvård som berör flera landsting och att de skall samverka om sådan vård. I varje region finns en samverkansnämnd med uppgift att svara för samverkan som rör regionala hälso- och sjukvårdsfrågor.

För att åstadkomma en effektiv samverkan mellan landstingen om hälso- och sjukvård behöver regleras hur denna samverkan ska genomföras, hur betalning för utförda tjänster ska beräknas och hur ersättning ska utgå till vårdgivande landsting. Dessa frågor har lösts genom att utveckla regionavtal inom sjukvårdsregionerna, mellanlänsavtal samt riksavtalet.

En översyn av riksavtalet har under 2003 genomförts av en arbetsgrupp med representanter från ett flertal landsting och samverkansnämnder. Hälso- och sjukvårdsnämnden har valt att inte yttra sig över förslaget utan hänvisar till Samverkansnämndens inom Stockholms-regionen yttrande, kommunstyrelsen avstår från att yttra sig med hänvisning till behandlingen i Samverkansnämnden. (KS 2003-09-18 § 212).

### **Nyheter i förslaget till nytt riksavtal**

Det nya riksavtalet innebär bland annat att reglerna om när en patient själv väljer vård i andra landsting får exakt samma formulering och innebörd som Landstingsförbundets rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården (A00:56, antagna av kommunfullmäktige 11 juni 2001 §73). Bestämmelserna om samverkansnämndernas arbete med att fastställa regionala prislistor har i det nya avtalet förtydligats. En nyhet är att vård som

ges av vårdgivare med vårdavtal skall ersättas även av hemlandstinget enligt vårdavtalets ersättningsbestämmelser. Ett antal andra regler som rör ersättningen mellan landstingen har preciserats i avtalet. Faktauppgifter i avtalet har uppdaterats och texterna har bearbetats både språkligt och redaktionellt.

### **Förteckning E**

Förteckning E tillämpas som en reservprislista för att ersätta ett vårdlandsting för utomlänsvård om det saknas regionala prislistor. För att stimulera utvecklingen av de regionala prislistorna har under senare år förteckning E fastställts till oförändrade belopp. Nuvarande förteckning E gäller t.o.m. den 31 december 2005. För att tidsmässigt synkronisera riksavtalet med förteckning E föreslås att förteckningens nuvarande prisbelopp fastställs att, såsom riksavtalet, gälla till den 31 december 2006.

Landstingsförbundet rekommenderar landstingen, regionerna och medlemskommunen att godkänna och tillämpa förslaget till nytt riksavtal med giltighet fr.o.m. 1 mars 2004 t.o.m. 31 december 2006.

### **Förslag till kommunstyrelsen för beslut i kommunfullmäktige**

- Godkänna bifogat riksavtal för utomlänsvård med giltighet fr.o.m. 1 mars 2004.

LEDNINGSKONTORET

Bo Dahllöf  
*Regiondirektör*

## HSN § 145. Remiss Nytt riksavtal för utomlänsvård

– hs 2003/0071 (KS 2003/0466-91) Förslag

HSN § 145 sidan 1(2)

### Hälso- och sjukvårdsnämndens beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden föreslår att kommunstyrelsen att godkänna Landstingsförbundets förslag till reviderat riksavtal.

### Yrkande

Ordföranden föreslår att Hälso- och sjukvårdsnämnden föreslår att kommunstyrelsen att godkänner Landstingsförbundets förslag till reviderat riksavtal.

Moderaterna/Birgitta Eriksson, m, att hälso- och sjukvårdsnämnden föreslår att kommunstyrelsen att godkänner Landstingsförbundets förslag till reviderat riksavtal,

– med tilläggsyrkande; Patienten skall kunna välja vård i annat landsting utan krav på remiss. Patient skall ha rätt att få vård inom tre månader - en vårdgaranti – och hemlandstinget skall vara behjälpligt med att ordna vården.

Rut Smeds, kd, stödjer ordförandens förslag.

### Omröstning

Omröstning stödjer ordförandens förslag och avslår tilläggsyrkandet.

### Bakgrund 2004-02-02 HSN au § 59. Remiss Nytt riksavtal för

**utomlänsvård.** Hälso- och sjukvårdsnämnden har från kommunstyrelsen fått på remiss Landstingsförbundsstyrelsens beslut A 03:58 [Nytt riksavtal för utomlänsvård](#) från och med 1 mars 2004. Landstingsförbundet beslöt att i skrivelse till landstingen, regionerna och medlemskommunen rekommendera dem att godkänna och tillämpa förslaget till nytt riksavtal samt informera om den nya förteckning E och kommentarerna till avtalet.

### Synpunkter

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen hade i juni 2003 möjlighet att yttra sig över remissversionen av förslaget. Yttrande upprättades i samråd med Stockholms Läns Landsting. Flertalet synpunkter har beaktats, förutom; ”Med anledning av de utökade möjligheterna att söka vård inom annat landsting kan volymen av vård som ersätts mellan landstingen öka. Detta innebär ökade uppföljningskrav avseende vårdtillfällen och kostnader. Under kapitel 6 i kommentarerna framgår att vårdlandstinget vid fakturering enligt avtalet skall ange enligt vilken regel debitering sker. För den vård som tillkommer med stöd av remiss anser vi också att krav bör kunna ställas på att vårdlandstinget i fakturan anger även remissens/betalningsförbindelsens identitet (hemlandstingets remissnummer el dylikt). Referens till beställning är sedvanligt i affärsförbindelser och bör kunna gälla även för de till värdet rätt omfattande ekonomiska regleringarna avseende remissvård.”

Justeringsman			Utdragsbestyrkande
---------------	--	--	--------------------

**Fattade beslut**

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade den 29 september HSN § 92 föreslå kommunfullmäktige ”ta bort den rekommenderade valfriheten vad gäller utomlänsvård”. Bakgrunden till beslutet var att ett ökande antal patienter under 2003 fått vård enligt valfrihetsreglerna vilket innebar en ökad kostnad för kommunen. Framställan gjordes i samband med delårsbokslutet för januari-augusti 2003 och har ännu ej behandlats av fullmäktige. Förvaltningen förutsätter att denna framställan behandlas samtidigt med antagandet av riksavtalet.

**Arbetsutskottet föreslår att hälso- och sjukvårdsnämnden** föreslår kommunstyrelsen att godkänna Landstingsförbundets förslag till reviderat riksavtal

---

delges kommunstyrelsen

Justeringsman			Utdragsbestyrkande
---------------	--	--	--------------------

2003-11-07

Landstingsstyrelserna, regionstyrelserna i Skåne och Västra Götaland samt kommunstyrelsen i Gotlands kommun

## **Nytt riksavtal för utomlänsvård fr o m den 1 mars 2004**

Landstingsförbundet påbörjade hösten 2002 en översyn av riksavtalet för utomlänsvård. Avtalet innehåller regler om vad som gäller när en person får vård utanför sitt eget landsting.

### **Nyheter i riksavtalet**

Det nya riksavtalet innebär bl a att reglerna om när en patient själv väljer vård i andra landsting får exakt samma formulering och innebörd som Landstingsförbundets rekommendation från år 2000 om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården. En annan nyhet är att bestämmelserna om samverkansnämndernas arbete med att fastställa regionala prislistor har förtydligats. En nyhet är också att vård som ges av vårdgivare med vårdavtal skall ersättas även av hemlandstinget enligt vårdavtalets ersättningsbestämmelser. Ett antal andra regler som rör ersättningen mellan landstingen har preciserats i avtalet. Dessutom har faktauppgifterna i avtalet uppdaterats och texterna har bearbetats både språkligt och redaktionellt.

### **Förteckning E**

Förteckning E tillämpas sedan många år som en reservprislista för att ersätta ett vårdlandsting för utomlänsvård om det saknas regionala prislistor. För att stimulera utvecklingen av de regionala prislistorna har under senare år förteckning E fastställts till oförändrade belopp. Nuvarande förteckning E gäller fram t o m den 31 december 2005. För att tidsmässigt synkronisera riksavtalet med förteckning E föreslås att förteckningens nuvarande prisbelopp fastställs att, såsom riksavtalet, gälla till den 31 december 2006.

### **Arbetsgruppen som har genomfört översynen**

Översynen av riksavtalet har genomförts av en arbetsgrupp under ledning av utredaren Hasse Knutsson, Landstingsförbundet. I gruppen har ingått utredaren Lena Persson, Region Skåne, utredningsledaren Monica Rosendahl Widman,

Västra Götalandsregionen, avgiftssakkunnige Lennart Schilling, Landstinget i Östergötland och utredaren Yvonne Fällgren, Västerbottens läns landsting. I arbetsgruppen har även ingått följande företrädare för samverkansnämnderna. Direktören Bengt Jeppsson, Södra regionvårdsnämnden, kanslichefen Jan-Erik Spek, Samverkansnämnden för västra sjukvårdsregionen, planeringschefen Göte Råsmark, Samverkansnämnden för sydöstra sjukvårdsregionen, kanslichefen Yrjö Palmquist, Samverkansnämnden Stockholm – Gotland, avtalsdirektören Anders Lindkvist, Samverkansnämnden för Uppsala/Örebro regionen och kanslidirektören Torbjörn Midunger, Norrlandstingens samverkansnämnd.

### **Övrigt**

Landstingsförbundet kommer onsdagen den 21 januari 2004 att arrangera en nationell konferens för att informera samtliga landsting om det nya riksavtalet.

### **Förbundsstyrelsens beslut**

Landstingsförbundets styrelse beslöt vid sammanträde den 7 november 2003

**att** godkänna bifogat riksavtal för utomlänsvård och fastställa bilagd förteckning E med giltighet fr o m den 1 mars 2004 enligt förslag i bilaga 1, samt

**att** i skrivelse till landstingen, regionerna och medlemskommunen rekommendera dem att godkänna och tillämpa förslaget till nytt riksavtal samt informera om den nya förteckning E och kommentarerna till avtalet enligt förslag i bilaga 2.

LANDSTINGSFÖRBUNDET

Lars Isaksson

Ulf Wetterberg

Vid styrelsens behandling lämnade m-ledamöterna reservation enligt bifogat protokollsutdrag.

UTDRAG UR PROTOKOLL  
fört vid sammanträde med  
Landstingsförbundets styrelse  
den 7 november 2003

Vår ref Dnr Lf Dnr Lf 0973/02

---

§ 226

Styrelsen beslutade i enlighet med förslag från hälso- och sjukvårdsberedningen i ärende 10

**att** godkänna bifogat riksavtal för utomlänsvård med giltighet fr.o.m. den 1 mars 2004 enligt föreliggande förslag,

**att** fastställa bilagd förteckning E till riksavtalet för utomlänsvård med giltighet fr.o.m. den 1 mars 2004 enligt föreliggande förslag, samt

**att** i skrivelse till landstingen rekommendera dem att godkänna och tillämpa förslaget till nytt riksavtal samt informera om den nya förteckning E och kommentarerna till avtalet enligt föreliggande förslag.

Catarina Segersten Larsson (m) deltog inte i beslutet.

Henrik Hammar, Chris Heister och Inger Källgren, alla (m), reserverade sig till förmån för sitt yrkande att komplettera riksavtalet med följande punkter:

- \* Patienten ska kunna välja vård i annat landsting utan krav på remiss.
  - \* Patienten ska ha rätt till vård inom tre månader – en vårdgaranti – och hemlandstinget ska vara behjälplig med att ordna vård.
- 

Vid protokollet  
Anne Christine Centerstig

Justeras  
Lars Isaksson

Rätt utdraget intygar

Lena Redner

## **1 Avtalets omfattning**

Riksavtalet har bestämmelser om vad som gäller när en person får vård utanför sitt hemlandsting. Avtalet omfattar vård efter remiss från hemlandstinget, akut- och förlossningsvård, övrig utomlänsvård i de fall patienten själv väljer, medicinsk service, hjälpmedel samt transporter och resor. Riksavtalet gäller då verksamhet i dessa avseenden, kapitel 2 t o m 7, inte regleras med avtal inom sjukvårdsregionen eller avtal mellan landsting. Däremot är kapitel 8 tvingande. Riksavtalet förutsätter att vården lämnas av:

- \* landsting
- \* vårdgivare med vårdavtal, vårdgivare som är verksamma enligt lagen om läkarvårdsersättning (SFS 1993:1651) eller lagen om ersättning för sjukgymnastik (SFS 1993:1652).

I bifogad bilaga definieras vissa termer som används i detta avtal.

## **2 Hälso- och sjukvård efter remiss från hemlandstinget**

En patients hemlandsting ersätter utomlänsvård som ges efter remiss från hemlandstinget enligt följande bestämmelser.

- 2.1 Varje landsting fastställer vilka befattningar som är förenade med rätt att remittera patienter för hälso- och sjukvård enligt avtalet.
- 2.2 En patient som remitterats på hemlandstingets initiativ kan remitteras vidare på hemlandstingets bekostnad av den läkare som är behörig att göra sådan remittering vid den mottagande enheten om det gäller vård eller åtgärder som anges i remissen.
- 2.3 Remiss för hälso- och sjukvård i annat landsting gäller såväl öppen som sluten vård. På remissen kan dock anges att den gäller enbart öppen vård. Förbehåll i remissen kan emellertid inte göras gällande om det begränsar förutsättningarna att genomföra medicinskt motiverade undersökningar eller behandlingar.
- 2.4 Remissen, som är en betalningsförbindelse för det remitterande landstinget, ska innehålla uppgifter om medicinsk frågeställning och eventuella åtgärder. Utöver de regler som anges här gäller särskilda bestämmelser som anges på remissblanketten. Remissen gäller ett år från utfärdandet om inte annat anges.

### **3 Akut- och förlossningsvård**

En patients hemlandsting ersätter öppen och sluten akut- och förlossningsvård som ges enligt följande bestämmelser.

- 3.1 Den som under vistelse inom vårdlandstinget till följd av sjukdom, skada eller havandeskap omedelbart behöver tas in för sluten vård eller tas om hand för öppen läkarvård eller sjukvårdande behandling.
- 3.2 En patient som tagits emot för akut- eller förlossningsvård men behöver specialistvård som vårdenheten inte kan ge, skall i första hand remitteras till vårdenhet inom hemlandstinget eller till vårdenhet med vilket hemlandstinget har avtal.

Om sådan remittering inte är möjlig skall patienten remitteras till närmaste vårdenhet där den nödvändiga vården kan ges. Den tjänstgörande läkaren har rätt att utfärda en sådan remiss.

- 3.3 Om en patient tagits in akut för sluten vård skall så snart det är möjligt kontakt tas med patientens hemlandsting.

### **4 Övrig utomlänsvård i de fall patienten själv väljer**

En patients hemlandsting ersätter utomlänsvård när patienten själv väljer i enlighet med följande.

- 4.1 Öppen och sluten vård vid abort.
- 4.2 Patienten skall erbjudas möjlighet att i andra landsting välja primärvård samt öppenvård för specialistsjukvård i enlighet med hemlandstingets remissregler.

Söker en patient, enligt föregående stycke, på eget initiativ öppenvård för specialistsjukvård och sjukgymnast ersätter hemlandstinget vårdlandstinget enbart om hemlandstingets remisskrav iakttagits.

Vid mer kostnadskrävande vårdåtgärder krävs ett godkännande i förväg av hemlandstinget enligt reglerna i kap 4.4.

- 4.3 Läkarvård eller sjukvårdande behandling i hemsjukvård. En förutsättning är att en överenskommelse om vården träffas så snart som möjligt med hemlandstinget.
- 4.4 Patienten skall erbjudas möjlighet i andra landsting att välja behandling i sluten vård vid sjukhus inom länssjukvården eller i öppenvård för specialistsjukvård, efter det att behovet har fastställts i hemlandstinget. Vid mer

kostnadskrävande vårdåtgärder krävs också ett godkännande i förväg av hemlandstinget.

## **5 Medicinsk service**

En patients hemlandsting ersätter medicinsk service i enlighet med följande.

- 5.1 Varje landsting fastställer vilka befattningar som är förenade med rätt att hos andra landsting beställa sådana tjänster inom medicinsk service, som inte utgör en del av sådan utomlänsvård som regleras i riksavtalets kap 2 – 4.
- 5.2 Tjänst som en läkare med vårdavtal eller verksam enligt lagen om läkarvårdsersättning (SFS 1993:1651) beställt inom vårdlandstinget för en utomlänspatient.
- 5.3 Tjänst som en läkare vid ett militärt förband eller anstaltsläkare beställt för värnpliktig respektive anhållen, häktad eller intagen.

## **6 Hjälpmedel**

En funktionshindrads hemlandsting ersätter ett vårdlandsting som förskriver och utlämnar hjälpmedel. De hjälpmedel som fordrar någon form av service och underhåll skall förskrivas av hemlandstinget. Detta gäller även de hjälpmedel som kräver installation, som måste anpassas med hänsyn till den funktionshindrades bostadsförhållanden eller vardagliga miljö i övrigt. I de fall ett hjälpmedel, inklusive tillbehör, till en utomlänspatient beräknas överstiga det belopp som anges i förteckning E skall förskrivningen ske i samråd med hemlandstinget. Det är hemlandstinget som äger dessa hjälpmedel.

## **7 Transporter och resor**

En patients hemlandsting ersätter i samband med vård transporter och resor som påbörjas inom ett annat landsting i enlighet med följande.

- 7.1 Ambulans- och andra transporter till den närmaste vårdenhet där patienten kan få nödvändig vård.
- 7.2 Överflyttningstransporter från ett sjukhus till ett annat för patienter i slutenvård.
- 7.3 Ambulans- och andra transporter från en vårdenhet, gäller även vid öppen vård, till den ort där patienten började resan till vårdenheten eller till hemmet.

- 7.4 Transport till hemlandstinget av en patient som avlidit efter att ha remitterats enligt kapitel 2 till ett annat landsting.
- 7.5 Socialt eller medicinskt motiverade permissionsresor till hemmet för utomlänspatienter som vårdas efter remiss från hemlandstinget.
- 7.6 Sjukresor enligt sjukreselagen (1991:419) med taxi eller annan beställningstrafik inom vårdlandstinget, som beställts via vårdlandstingets beställningscentral.
- 7.7 Transporter och resor enligt kapitel 7 utförs av vårdlandstinget, som skall utnyttja befintliga samordningsmöjligheter. Om hemlandstinget så begär skall transporterna och resorna i stället utföras av detta landsting.

## **8 Ersättning**

### **8.1 Grunder för ersättning – regional prislista**

För utomlänsvård och andra tjänster som lämnats enligt de ovan angivna bestämmelserna skall hemlandstinget betala skälig ersättning till vårdlandstinget. En skälig ersättning för tjänster enligt detta avtal lämnas i enlighet med regional prislista, som har sin grund i överenskommelse mellan vårdlandstinget och samverkande landsting inom sjukvårdsregionen. Prislistan skall snarast delges alla samverkansnämnder och Landstingsförbundet. Prislistan gäller tidigast fr o m månaden efter det överenskommelsen träffats.

### **8.2 Förteckning E**

Om ett pris för en tjänst skulle saknas i en regional prislista tillämpas Förteckning E.

Förteckning E fastställs av Landstingsförbundets styrelse för tre år i sänder. Förteckningen delges landstingen före november månads utgång året före tillämpningsperioden. Finns det särskilda skäl kan styrelsen fastställa en ny förteckning under pågående period.

### **8.3 Reglering av ersättning**

Vård som ges av läkare med ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning (SFS 1993:1651) och sjukgymnast med ersättning enligt lagen om ersättning för sjukgymnastik (SFS 1993:1652) ersätts av hemlandstinget med till dessa vårdgivare av vårdlandstinget utgiven ersättning.

Vård som ges av vårdgivare med vårdavtal ersätts av hemlandstinget enligt vårdavtalets ersättningsbestämmelser.

Om vård eller annan tjänst lämnats efter remiss eller annan beställning utfärdad av annat landsting än hemlandstinget har det landsting som utfärdat beställningen

betalningsansvaret, dock inte för vidareremiss enligt kapitel 2.2, remiss för akutvård enligt kapitel 3.2 och för sådan tjänst som regleras i kapitel 5.2.

Utömlänspatient ska betala patientavgift enligt de regler som fastställts av vårdlandstinget för inomlänspatienter. Ersättning för tjänst som lämnas enligt avtalet faktureras det betalningsansvariga landstinget med specifikation per patient och vårdtillfälle så snart vården slutförts eller en gång per månad vid vårdtid över 30 dagar. Rätten till ersättning har förfallit om kravet inte har fakturerats sex månader efter det att vårdtjänsten avslutades. Anmärkning mot framställt krav på ersättning skall göras senast tre månader efter det att fakturan mottagits. Dröjsmålsränta erläggs enligt bestämmelserna i räntelagen (1975:635).

## **9 Avtalstid**

Detta avtal gäller fr o m den 1 mars 2004 t o m den 31 december 2006. Om avtalet inte sägs upp senast ett år före avtalstidens utgång förlängs det med ett år i sänder.

## **Definitioner som används i detta avtal**

Med landsting avses även Region Skåne, Västra Götalandsregionen och Gotlands kommun.

Med regionavtal avses ett för landstingen i en sjukvårdsregion gemensamt avtal om samverkan om hälso- och sjukvård och annan verksamhet. Ett regionavtal är flerårigt och har en övergripande ramkaraktär.

Med mellanlänsavtal avses ett avtal om samverkan om hälso- och sjukvård och annan verksamhet där parterna är två eller flera landsting, men där avtalet inte är ett regionavtal.

Med hemlandsting avses i riksavtalet det landsting där patienten är folkbokförd vid vårdtillfällets inledning.

Vårdlandsting kallas det landsting där en utomlänspatient undersöks eller behandlas.

Med utomlänspatient avses en person som undersöks eller behandlas inom ett annat landsting än det där personen är folkbokförd. Med utomlänsvård avses undersökning eller behandling av utomlänspatient.

Sluten vård är hälso- och sjukvård som ges till patient intagen i vårdinrättning.

Öppen vård är annan hälso- och sjukvård än sluten vård.

Hemsjukvård är en specialform av öppen hälso- och sjukvård som genom landstingets åtagande och ansvar ges i patients bostad eller motsvarande.

Sjukvårdande behandling är behandling inom öppen hälso- och sjukvård utförd av annan än läkare.

## **Förteckning E fr o m den 1 mars 2004 t o m den 31 december 2006 till riksavtalet för utomlänsvård**

### **Ersättningar**

När ersättning för läkarbesök i såväl primärvården som öppen specialistsjukvård vid sjukhus faktureras dras den avgift av som utomlänspatienten skall betala. Dessa bruttobelopp innefattar röntgen- och laboratorieundersökningar.

Beloppen för slutna vård anges netto. Någon patientavgift avräknas således inte från dessa belopp. Den slutna vårdens belopp beräknas utifrån att ersättning skall betalas för inskrivningsdagen, men inte utskrivningsdagen.

### **Ersättning för öppen och slutna vård**

Läkarbesök i primärvården	500 kr
Läkarbesök i annan öppen specialistsjukvård än primärvård	1 000 kr
Sjukvårdande behandling av annan än läkare	300 kr
Vård dag på sjukhus	2 800 kr
Vård dag på långvårdsklinik, geriatrisk klinik eller motsvarande	2 100 kr

### **Ersättning för ambulanstransport**

Kilometer	20 kr
-----------	-------

Om transportsträckan är kortare än 20 km utgår ersättning ändå med 400 kr.

### **Hjälpmedel till handikappade**

Hjälpmedel skall förskrivas efter samråd med patientens hemlandsting om kostnaden beräknas överstiga 10 000 kr.

## **Kommentarer till riksavtalet för utomlänsvård**

### **Syfte**

Avsikten med Kommentarna är att de skall underlätta för landstingen att praktiskt tillämpa riksavtalet. Kommentarna är indelade i kapitel, som utgår från riksavtalets kapitelindelning. Inledningsvis ges en kort beskrivning av bakgrunden till riksavtalet samt de övriga avtal som ligger till grund för samarbete landstingen emellan.

### **Bakgrund**

I hälso- och sjukvårdslagen, HSL, (1982:763) fastställs grunderna för landstingens hälso- och sjukvård. Denna lag ställer ett antal krav på landstingens hälso- och sjukvård. Bland dessa kan nämnas att varje landsting skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta i landstinget. Vidare har landstingen en skyldighet att erbjuda akut vård, 4 § i HSL, även åt den som tillfälligt vistas i landstinget. I lagen fastslås vidare att landstingen också i övrigt får erbjuda hälso- och sjukvård åt någon som inte är bosatt i landstinget, utomlänsvård, efter överenskommelse landstingen emellan.

HSL 9 § anger att regeringen får föreskriva att riket skall delas in i regioner för den hälso- och sjukvård som berör flera landsting och att de skall samverka om sådan vård.

Det totala värdet i landet för utomlänsvård uppgick 2001 till cirka 4,5 miljarder kronor. De totala nettokostnaderna för samtliga landsting för hälso- och sjukvård, exklusive tandvård, uppgick 2001 till omkring 115 miljarder kronor.

### **Regionavtalen, mellanlänsavtalen och riksavtalet samt dess inbördes förhållande**

För att åstadkomma en effektiv samverkan mellan landstingen om hälso- och sjukvård behöver ett antal frågor lösas. Svar behöver ges på hur denna samverkan ska genomföras, hur betalning för utförda tjänster ska beräknas och hur ersättning ska utgå till vårdgivande landsting. Svaren på dessa frågor regleras inte i HSL. Dessa frågor har i stället lösts genom att utveckla regionavtal inom sjukvårdsregionerna, mellanlänsavtal och riksavtalet.

Ett regionavtal reglerar samarbetet om utomlänsvård m m inom respektive sjukvårdsregion, som vid sina region- och universitetssjukhus driver högt specialiserad sjukvård såsom t ex neuro-, thorax- och plastikkirurgi. Inom dessa regioner upprättar de berörda landstingen tillsammans också regionala prislistor, som används vid debitering av vård av patienter från andra landsting.

I ett mellanlänsavtal regleras samarbetet mellan enskilda landsting. Dessa avtal kan avse samverkan om hälso- och sjukvård för t ex boende i tätortsområden, som är uppdelade på flera landsting eller där landstingsgränsen korsar en naturlig arbetsmarknadsregion.

För hela riket gäller riksavtalet för utomlänsvård, som har godkänts av samtliga landsting samt Region Skåne, Västra Götalandsregionen och Gotlands kommun.

En viktig regel är att ett vårdlandsting ersätts av en patients hemlandsting enligt den regionala prislistan. Denna lista tillämpas också om patientens hemlandsting tillhör en annan sjukvårdsregion. Skulle en vårdenhet i det specifika fallet inte omfattas av den regionala prislistan används i stället förteckning E för läkarbesök, sjukvårdande behandlingar, vårddagar och ambulanskilometer.

I varje region finns en samverkansnämnd med uppgift att svara för samverkan som rör regionala hälso- och sjukvårdsfrågor. Landstingens och regionernas fördelning mellan sjukvårdsregionerna framgår av förordning (1982:777) om rikets indelning i regioner för hälso- och sjukvård som berör flera landstingskommuner. Landstingen och regionerna är fördelade mellan sjukvårdsregionerna enligt följande.

<b>Region</b>	<b>Landsting</b>
Stockholm – Gotland	Stockholm och Gotland
Sydöstra	Östergötland, Jönköping och Kalmar
Södra	Kronoberg, Blekinge, Region Skåne och södra delen av Halland med kommunerna Laholm, Halmstad och Hylte
Västra	Västra Götalandsregionen och norra delen av Halland med kommunerna Falkenberg, Varberg och Kungsbacka
Uppsala - Örebro	Uppsala, Södermanland, Värmland, Örebro, Västmanland, Dalarna och Gävleborg
Norra	Västernorrland, Jämtland, Västerbotten och Norrbotten

## **1 Riksavtalets omfattning**

Riksavtalet har bestämmelser om vad som gäller angående ersättning när en person får vård utanför sitt hemlandsting. Avtalet omfattar vård efter remiss från hemlandstinget, akut- och förlossningsvård, övrig utomlänsvård i de fall patienten själv väljer, medicinsk service, hjälpmedel samt transporter och resor. Riksavtalets kapitel 2 - 7 är inte tvingande. Det innebär att dessa kapitel gäller enbart om inget annat avtal finns inom geografiskt avgränsade områden såsom regionavtal eller mellanlänsavtal. Kapitel 8 är emellertid tvingande.

Med sjukvård avses i riksavtalet även sådan oralkirurgisk behandling som regleras enligt tandvårdsförordningen (1998:1338) 2 §.

Riksavtalet gäller vård som ges av landsting, annan vårdgivare som har avtal om en vårdtjänst med ett landsting, vårdgivare som är verksamma enligt lagen om läkarvårdsersättning (SFS 1993:1651) eller lagen om ersättning för sjukgymnastik (SFS 1993:1652) samt vårdgivare som enbart har taxeersättning utan avtal. Denna vård blir en del av landstingets vårdutbud.

### **1.1 Definition av patientens hemlandsting**

Begreppet bosättning har stor betydelse för hälso- och sjukvården, eftersom hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) anger att vård skall erbjudas dem som är bosatta inom landstinget. Dessutom skall landstinget erbjuda dem som inte är bosatta omedelbar hälso- och sjukvård vid behov. Beslut om folkbokföring fattas av skattemyndigheten. I riksavtalet definieras också patientens hemlandsting som det landsting där patienten vid vårdtillfällets inledning är folkbokförd. Ett vårdtillfälle i sluten vård avgränsas av in- och utskrivningen vid ett sjukhus.

## **2 Hälso- och sjukvård efter remiss från hemlandstinget**

### **2.1 Rätten att remittera**

Ett landsting kan remittera en person till ett annat landsting för specialistvård, vård enligt olika vårdgarantiåtaganden, förnyad medicinsk bedömning (second opinion) eller av andra skäl. Möjligheterna att utfärda en remiss omfattar också sjukvårdande behandling och hemsjukvård. Det är landstinget som fastställer vilka befattningar inom den egna sjukvårdsorganisationen som är förenade med rätt att remittera patienter för hälso- och sjukvård enligt avtalet.

### **2.2 Vidareremittering**

Den läkare som är behörig att remittera en patient kan på hemlandstingets bekostnad också vidareremittera. Förutsättningen är dock att en vidareremiss avser sådan vård eller sådana åtgärder som anges i den ursprungliga remissen. I annat fall krävs ett godkännande av hemlandstinget.

### **2.3 Förbehåll i en remiss**

En remiss kan gälla både öppen och sluten vård. Det kan dock anges att den enbart skall gälla öppen vård. I remissen kan patienten även hänvisas till hemortssjukhus för eftervård och kontroller eller dylikt. Direktiv eller förbehåll i remissen, som enligt mottagande vårdenhet inte är förenligt med det medicinska ansvaret eller i övrigt är ett hinder för en medicinskt korrekt vård kan inte göras gällande. Den behandlande läkaren ska i ett sådant fall kontakta remitterande sjukhus eller läkare.

## **2.4 Uppgifter om medicinsk frågeställning m m**

En remiss ska innehålla information om medicinsk frågeställning och eventuella åtgärder. Innebörden av en remiss är att det remitterande landstinget utfärdar en betalningsförbindelse. Mottagande vårdenhet behöver inte kontrollera att en remiss är utfärdad av en behörig läkare eller att den patient remissen gäller är bosatt inom det remitterande landstingets område. Finns det i något fall anledning att ifrågasätta remissens giltighet skall det remitterande sjukhuset kontaktas. Det bör observeras att det skall finnas en remiss innan en patient tas emot för vård enligt denna bestämmelse. I riksavtalet har fastställts att giltighetstiden för en remiss uppgår till ett år från utfärdandedagen om inte annat anges.

## **3 Akut- och förlossningsvård**

### **3.1 Förutsättningar för akut- och förlossningsvård**

Avtalet gäller för såväl öppen som sluten akut- och förlossningsvård. Vidare gäller avtalet i dessa avseenden för somatisk och psykiatrisk korttidsvård. För intagning enligt riksavtalet krävs att patienten på grund av sjukdom, skada eller havandeskap är i omedelbart behov av vård.

I de fall en utomlänspatient har tagits emot för akutvård gäller avtalet även nödvändiga återbesök och kontroller. Principerna för att ge förlossningsvård är desamma som vid akutvård. Eventuella läkarbesök i öppen vård som har samband med förlossningsvård ingår i avtalet.

### **3.2 Vidareremittering**

Om en patient som tagits in för akut- eller förlossningsvård behöver vidareremitteras, skall detta i första hand ske till vårdenhet i hemlandstinget eller till vårdenhet med vilket hemlandstinget har avtal. Riksavtalet ger emellertid den tjänstgörande läkaren rätt att i en akut situation remittera patienten till den närmaste vårdenhet som kan ge den nödvändiga vården.

### **3.3 Kontakt med hemlandstinget**

Ett vårdlandsting skall så snart som möjligt, dock senast inom en vecka, efter inskrivningen ta kontakt med en patients hemlandsting för att ge detta möjligheter att ta ställning till vården. En utomlänspatient som tagits in för sluten vård överförs till en vårdenhet i hemlandstinget så snart det är möjligt med hänsyn till patientens tillstånd och andra omständigheter. Hemlandstinget kan naturligtvis också utfärda en remiss på patientens initiativ enligt kapitel 4. En vidareremiss för akutvård kan avse även öppen vård enligt samma regler som gäller för sluten vård.

## 4 Övrig utomlänsvård i de fall patienten själv väljer

I detta kapitel finns regler om när patienten själv väljer hälso- och sjukvård utanför sitt eget landsting. Reglerna i kapitel 4.2 och 4.4 är identiska med Landstingsförbundets rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården, A 00:56, som trädde i kraft den 1 juli 2001. Denna rekommendation reglerar även valmöjligheterna inom det egna landstinget. Rekommendationen avser en miniminivå som gäller i alla landsting. Därutöver kan landstingen besluta om längre gående valmöjligheter, inom en viss region eller i hela landet. Rekommendationen är tillgänglig som pdf-fil via Landstingsförbundets hemsida, [www.lf.se/hs/](http://www.lf.se/hs/)

Ett landsting kan ta emot utomlänspatienter för planerad vård i enlighet med reglerna för valmöjligheter om landstinget samtidigt till dem som är bosatta i landstinget kan

- \* erbjuda en god hälso- och sjukvård enligt HSL § 3
- \* leva upp till målet i HSL § 2 med avseende på att: ”Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården”.

HSL ger således inte stöd för att prioritera utomlänspatienter på samma sätt som inomlänspatienter. Sådana prioriteringar får dock äga rum vid akut- och region-sjukvård i enlighet med HSL.

Detta kapitel förutsätter att lagen (1992:1528) om offentlig upphandling tillämpas.

Patienten får själv stå för de resekostnader som det egna valet av vårdgivare i annat landsting kan medföra.

### 4.1 Abort

En kvinna kan valfritt söka öppen och sluten vård vid abort i andra landsting. Det ställs inga krav på remiss från hennes hemlandsting, som ersätter denna vård.

### 4.2 Öppen vård

Patienten skall erbjudas möjligheter att i andra landsting välja primärvård, öppen specialistsjukvård och sjukvårdande behandling.

I de fall valet avser vård av annan specialistläkare än specialistläkare i allmän medicin och sjukgymnast tillämpas hemlandstingets remissregler. Det innebär att det landsting som finansierar vården av en patient får fatta beslut om remissregler som tillämpas även i andra landsting. Om patientens hemlandsting kräver remiss i öppen vård till annan specialistläkare än specialistläkare i allmän medicin och sjukgymnast kan även vårdlandstinget utfärda en sådan remiss. Vid mer kostnadskrävande vårdåtgärder, som bl a dagkirurgi, krävs ett godkännande i

förväg av hemlandstinget i enlighet med reglerna i kapitel 4.4 för att kunna faktureras. Landstingen kan emellertid inte införa krav på remiss inom specialiteterna barnmedicin, gynekologi och psykiatri hos privatläkare, som ger vård enligt lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning.

För att en patients hemlandsting ska ersätta ett vårdlandsting förutsätts att patienten följer sitt hemlandstings remisskrav enligt 3 § lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning och § 3 lag (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik. Det är således nödvändigt i dessa fall, för att få ersättning från patientens hemlandsting, att behandlande specialistläkare i öppen vård och sjukgymnast vid besök av patienter från andra landsting förvisar sig om att patienterna inte omfattas av remissregler. Varje landsting delger Landstingsförbundet sina beslut om remiss i anledning av ovan nämnda lagar. Förbundet sammanställer därefter inkomna uppgifter som förmedlas vidare till samtliga landsting. Dessa uppgifter finns också tillgängliga som pdf-fil via Landstingsförbundets hemsida, [www.lf.se/hs/](http://www.lf.se/hs/)

Med sjukvårdande behandling avses behandling inom öppen hälso- och sjukvård utförd av annan än läkare. Det kan vara distriktsköterska, dietist, kurator, sjukgymnast eller annan som normalt utför sjukvårdande behandling i vårdlandstinget. Det är vårdlandstingets praxis vid sjukvårdande behandling av inomlänspatienter som gäller vid bedömningen om en utomlänspatient skall anses ha fått sjukvårdande behandling.

### **4.3 Hemsjukvård**

Ett vårdlandsting bör så snart som möjligt vid hemsjukvård kontakta hemlandstinget för att komma överens om vården. Vid längre vistelse i vårdlandstinget bör hemlandstinget utfärda en remiss enligt kapitel 4.4.

Det är vårdlandstingets praxis vid hemsjukvård av inomlänspatienter som gäller vid bedömningen om en utomlänspatient skall anses ha fått hemsjukvård.

### **4.4 Behandling efter fastställt behov i hemlandstinget**

Patienten skall erbjudas möjlighet att välja behandling i slutenvård vid sjukhus inom länssjukvården eller i öppenvård för specialistsjukvård, efter det att behovet har fastställts i hemlandstinget. Vid slutenvård eller mer kostnadskrävande vårdåtgärder i öppen vård, som bl a dagkirurgi, krävs ett särskilt godkännande i förväg av hemlandstinget. Ett sådant godkännande behövs inte hos läkare som ger vård enligt lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning.

Behovet av behandling fastställs av den i hemlandstinget, som är behörig att fatta sådana beslut. En remiss utfärdas och godkänns av patientens hemlandsting. Remissen har till uppgift att överföra medicinsk information om bl a vårdbehovet och fungera som betalningsförbindelse för det remitterande landstinget.

Möjligheterna att välja vårdgivare omfattar inte ”regionsjukvård”, som är den allmänt använda termen för ”hälso- och sjukvård som berör flera landsting” i enlighet med 9 § i hälso- och sjukvårdslagen. I det sammanhanget används också begreppet högspecialiserad vård. Vidare gäller inte möjligheten att välja vårdgivare för personer som ges vård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

## **5 Medicinsk service**

### **5.1 Rätten att beställa medicinsk service**

En förutsättning för att en patients hemlandsting ska ersätta ett vårdlandsting är att den medicinska tjänsten beställs av någon i hemlandstinget som har rätt att beställa dessa tjänster, såsom t ex köp av laboratorietjänster. Denna beställning skall heller inte ingå som en del i den utomlänsvård, som regleras i kap 2 – 4 i riksavtalet. Den mottagande enheten behöver normalt inte kontrollera att en beställning är utfärdad av en behörig person.

### **5.2 Beställning av läkare med läkarvårdsersättning eller vårdavtal**

En patients hemlandsting ersätter kostnad för medicinsk service i de fall en läkare med läkarvårdsersättning eller vårdavtal inom vårdlandstinget beställt medicinsk service för en utomlänspatient.

Om läkare med vårdavtal eller verksam enligt lagen om läkarvårdsersättning (SFS 1993:1651) beställer medicinsk service i patientens hemlandsting fakturerar den som utfört den medicinska servicen i hemlandstinget det egna landstinget direkt och inte via beställaren i annat landsting.

### **5.3 Beställning från militärt förband m fl**

En patients hemlandsting ersätter kostnad för medicinsk service i de fall en läkare vid ett militärt förband eller anstaltsläkare beställt medicinsk service inom vårdlandstinget för värnpliktig, anhållen, häktad eller intagen.

## **6 Hjälpmedel**

Ett vårdlandsting kan förskriva och utlämna vissa hjälpmedel till en utomlänspatient vid besök i landstinget om kostnaden understiger angivet belopp i förteckning E. Ambitionen är att underlätta för funktionshindrade med behov av olika hjälpmedel att leva ett normalt liv även vid besök i annat landsting. Detta gäller både vid akuta behov och icke akuta när en funktionshindrad exempelvis behöver låna vissa hjälpmedel. Uppgår kostnaden till mer än som anges i förteckning E skall samråd ske med hemlandstinget för att vårdlandstinget även i dessa fall skall ha rätt till ersättning. Om däremot hjälpmedlet kräver någon form av installation, service och underhåll eller måste anpassas till den funktionshindrades bostadsförhållanden etc skall det förskrivas och betalas av den funktionshindra-

des hemlandsting. Detta landsting äger hjälpmedlet. Lokala varianter vad gäller att hyra hjälpmedel kan förekomma.

## **7 Transporter och resor**

I detta kapitel regleras vissa transporter och resor som påbörjas i ett annat landsting än där patienten är bosatt samt transporter av avlidna till hemlandstinget i samband med vård. Vårdlandstingets val av ambulans, bårbil, ambulanshelikopter och ambulansflyg utgår från patientens medicinska behov.

### **7.1 Transport till vårdenhet**

En patients hemlandsting ersätter en transport till närmaste vårdenhet som kan lämna den nödvändiga vården. Om en patient befinner sig i en angränsande kommun till sitt hemlandsting skall patienten kunna få transport till vårdenhet i hemlandstinget.

### **7.2 Överflyttningstransport**

En patients hemlandsting ersätter ett vårdlandsting för överflyttningstransporter i de fall en patient är intagen för slutna vård, som regleras enligt avtal. En överflyttning av en patient bör inte ske från ett utomlänssjukhus till hemortssjukhuset om det återstående vårdbehovet bedöms som relativt kortvarigt. Innan en överflyttningstransport genomförs skall den läkare som svarar för utskrivningen komma överens med de läkare som svarar för inskrivningen vid mottagande sjukhus om tid för transporten, så att plats kan reserveras.

Om en patient på eget initiativ begär överflyttning från ett sjukhus till ett annat svarar patienten själv för resekostnaden.

Avtalet gäller vid överflyttningstransporter endast patienter inom slutna vård vid såväl avsändande som mottagande sjukhus. Ersättning kan dock tas ut från hemlandstinget även när en patient på grund av platsbrist eller annan anledning direkt överförs till hemortssjukhus för omedelbar intagning i slutna vård. En patients hemlandsting ersätter kostnaden för en medföljande vårdare som vårdlandstinget tillhandahåller.

### **7.3 Transport från vårdenhet**

En transport från vårdenhet, gäller även vid öppen vård, till den ort där patienten påbörjade transporten till vårdenheten eller till hemmet. En patient får själv svara för den merkostnad som uppkommer i de fall en patient begär en transport till en annan vårdenhet än den närmaste där den nödvändiga vården kan lämnas eller, vid utskrivning från vårdenheten, till annan ort än hemorten eller vistelseorten.

#### 7.4 Transport av avliden

Avtalet omfattar transport av avliden till hemlandstinget förutsatt att den avlidne hade remitterats till vårdlandstinget enligt riksavtalets kapitel 2. Denna transport skall ske utan kostnad för dödsboet. I övriga fall svarar respektive dödsbo eller försäkring för kostnaderna för hemtransport av den avlidne.

#### 7.5 Permissionsresa

En utomlänspatient som efter remiss på hemlandstingets initiativ är inskriven vid sjukhus kan beviljas permissionsresor till hemmet. Vårdlandstinget fattar beslut om behovet av permissionsresor. Ett hemlandsting ersätter de resor som är medicinskt eller socialt motiverade.

Vid femdygnsvård ersätter patientens hemlandsting en hemresa över varje veckoslut såvitt inte resekostnaden väsentligt överstiger kostnaden för patientens vistelse på sjukhusorten.

#### 7.6 Sjukresa enligt lagen om resekostnadsersättning vid sjukresor (1991:419)

I de fall en patient beställer en taxi eller annat fordon via vårdlandstingets beställningscentral för färd till vårdenhet inom vårdlandstinget och därvid betalar enbart egenavgift har vårdlandstinget enligt avtalet rätt att fakturera patientens hemlandsting de överskjutande kostnaderna. Övriga resekostnader såsom t ex för egen bil eller kollektivtrafik regleras direkt mellan patienten och hemlandstinget.

#### 7.7 Samordningsmöjligheter

När ett vårdlandsting ombesörjer transporter och resor enligt riksavtalet skall befintliga möjligheter till samordning utnyttjas. Det kan vara särskilda busslinjer för både sittande och liggande patienter eller andra samtransporter. Dessutom finns möjligheter till samordning via SOS Alarm om andra alternativ saknas.

SOS Alarm svarar via fyra centraler för samordningen av transporter i enlighet med följande.

SOS central	Landsting
Skellefteå	Västerbotten, Norrbotten, Västernorrland och Jämtland
Falun	Dalarna, Gävleborg, Uppsala och Västmanland
Örebro	Örebro, Värmland, Gotland, Stockholm, Sörmland och Östergötland
Växjö	Kronoberg, Kalmar, Blekinge, Jönköping, Västra Götalandsregionen, Halland och Region Skåne

SOS-centralen i Skellefteå handlägger alla transporter med flygambulans.

Ett hemlandsting får genom avtalet ett stort inflytande över transporter, då hemlandstinget, efter begäran, har rätt att på egen hand ombesörja hemtransporterna av sina patienter. Detta skapar goda förutsättningar för ett nära samarbete mellan landstingen om transporter av patienter över länsgränserna.

Det vårdlandsting som svarar för en transport har kostnadsansvar gentemot den som verkställer eller på annat sätt har utlägg för transporten. Om betalningsansvaret inte är oklart i något avseende kan dock den som utfört transporten fakturera hemlandstinget direkt.

Ett vårdlandsting som utför ambulanstransport, överflyttnings- eller permissionsresa för person som är anhållen, häktad eller dömd och intagen på kriminalvårdsanstalt ersätts av kriminalvården.

## **8 Ersättning**

### **8.1 Grunder för ersättning – regional prislista**

Ett hemlandsting lämnar en skälig ersättning till ett vårdlandsting för tjänster, som regleras i riksavtalet. Beslut om nivån på den skäliga ersättningen fattas av vårdlandstinget tillsammans med alla övriga landsting inom respektive sjukvårdsregion, efter en gemensam beredning. Dessa beslut utgår bl a från en bedömning av vad skälighet i det enskilda fallet fordrar. Besluten publiceras i en regional prislista.

En bedömning om ett pris är skäligt för en tjänst kan grundas på jämförelser med andra liknande åtgärder eller på jämförelser med egna eller andras självkostnader. För att skälighetsbegreppet skall få relevans krävs av landstingen en betydande öppenhet som rör redovisning av vårdkostnader. En sådan redovisning ger ett viktigt underlag för att jämföra priser för vårdtjänster mellan olika landsting.

Regionala prislistor gäller normalt när en patient får utomlänsvård enligt riksavtalet. Dessa prislistor gäller inte bara för den högspecialiserade vården utan också för vård vid läns- och länsdelssjukhus, primärvård, sjukvårdande behandling etc.

En regional prislista inom en sjukvårdsregion behöver inte innebära enhetliga priser för en viss typ av vård inom regionen. Efter överenskommelse landstingen emellan kan en viss åtgärd ha ett pris vid ett sjukhus i regionen och ett annat pris vid ett annat sjukhus. Däremot krävs inom regionen enhetliga utomlänspriser för vård vid samma sjukhus för att de skall kunna faktureras enligt riksavtalet. Samma åtgärd vid ett visst sjukhus får inte ges olika pris beroende på varifrån patienten kommer såvida detta inte har sin grund i ”mängdrabatter” eller anslagsfinansierade kostnadsslag.

En fastställd regional prislista skall snarast delges alla samverkansnämnder och Landstingsförbundet. Prislistan gäller tidigast fr o m månaden efter det överenskommelsen träffats.

Samverkansnämnderna informerar också via sina hemsidor om de regionala prislistorna. Adresserna till dessa hemsidor är:

Stockholm-Gotland: [http://www.hsn.sll.se/samv\\_sthlm-gotland/](http://www.hsn.sll.se/samv_sthlm-gotland/)

Sydöstra: <http://e.lio.se/svn/>

Södra: <http://www.srvn.org/fakta.htm>

Västra: [www.vgregion.se/svn](http://www.vgregion.se/svn)

Uppsala/Örebro: <http://www.lul.se/svn/>

Norra: <http://www.norrlandstingen.nu/>

Om ett vårdlandsting omfattas av både en regional prislista och ett mellanlänsavtal med en prislista är det den regionala prislistan som gäller vid vård av en patient, som är folkbokförd i de landsting med vilka mellanlänsavtalet inte är tillämpligt.

För tjänsterna i kap 5 Medicinsk service, kap 6 Hjälpmedel och Kap 7 Transporter och resor med avseende på tjänsten resor, som inte omfattas av regionala prislistor gäller också regeln om skäliga priser. För resor gäller normalt den fakturerade kostnaden.

## 8.2 Förteckning E

Om utomlänsvård sker vid en vårdenhet som inte omfattas av en regional prislista eller andra prisöverenskommelser skall normalt förteckning E tillämpas för landstingsfinansierad

- \* läkarvård i primärvården
- \* läkarvård i annan öppen specialistsjukvård än primärvård
- \* sjukvårdande behandling
- \* vårddag på sjukhus
- \* vårddag på långvårdsklinik, geriatrisk klinik eller motsvarande
- \* ambulanstransporter, överflyttning- och permissionsresor med ambulans som ingår i vårdlandstingets organisation.

I förteckning E beräknas ersättningsbeloppen enligt följande. När ersättning för läkarbesök i såväl primärvård som annan öppen specialistsjukvård än primärvård faktureras, dras den avgift av som utomlänspatienten skall betala. Beloppen för läkarbesök i förteckning E anges brutto. I dessa belopp ingår ersättning för röntgen- och laboratorieundersökningar.

Beloppen för slutna vård anges netto i förteckning E. Någon patientavgift avräknas således inte från dessa belopp. Den slutna vårdens belopp beräknas utifrån att ersättning skall betalas för inskrivningsdagen, men inte utskrivningsdagen.

Vid transport med ambulans och bårbil, som regleras i kap 7, lämnas ersättning enligt förteckning E för den vägsträcka patienten har transporterats.

### 8.3 Reglering av ersättning

En huvudprincip är att en patients hemlandsting skall faktureras och inte enskilda organisatoriska enheter. I den mån ett landsting önskar att fakturorna skall skickas vidare i organisationen behövs särskild överenskommelse.

En patients hemlandsting eller det landsting som har beställt en tjänst har således kostnadsansvaret för den vård och de tjänster som ett vårdlandsting utför. Det landsting som utfärdar en remiss har kostnadsansvaret för den vård som lämnas på grundval av remissen. En remiss enligt riksavtalet har två funktioner. Den förmedlar medicinsk information till den behandlande läkaren och är samtidigt en betalningsförbindelse från det utfärdande landstinget. Detta gäller dock inte vid vidareremittering enligt kapitel 2.2, kapitel 3.2 och kapitel 5.2. I dessa fall har hemlandstinget fortfarande betalningsansvaret.

Om en utomlänspatient söker öppen vård och i anslutning därtill blir intagen för sluten vård har vårdgivande landsting rätt till ersättning för både öppen vården och slutenvårdsperioden. Föregås ett läkarbesök i den öppna vården eller sluten vård av sjukvårdande behandling har vårdlandstinget rätt till ersättning för även denna åtgärd.

I de fall en utomlänspatient är intagen för sluten vård och samtidigt söker öppen-vård, som ej har något samband med anledningen till den slutna vården, ersätter hemlandstinget vårdlandstinget även för den öppna vården.

En vårdgivare med vårdavtal, samverkansavtal och vårdgivare som enbart har taxeersättning utan avtal sänder fakturor för utomlänsvård till sitt vårdlandsting, som i sin tur fakturerar berört hemlandsting. Skulle ett vårdlandsting önska att en vårdgivare med vårdavtal skickar sina fakturor direkt till berört hemlandsting krävs att vårdlandstinget utfärdar en fullmakt till vårdgivaren. Av fullmakten skall framgå vilka vårdtjänster som är reglerade i vårdavtalet och att vårdgivaren även vid vård av utomlänspatient tillämpar vårdavtalets ersättningsbestämmelser. Denna fullmakt redovisas vid all fakturering.

Den avgift som en utomlänspatient själv skall erlägga är densamma som för en inomlänspatient om vård- och hemlandstinget inte har kommit överens om andra avgifter.

Ett vårdlandsting fakturerar det betalningsansvariga landstinget så snart vården slutförts eller en gång per månad vid vårdtid över 30 dagar. Samtliga kostnader för vården, också t ex för röntgen- och laboratorieundersökningar, skall redovisas på en och samma faktura.

Gällande system för återbetalning av mervärdeskatt till kommuner och landsting beskrivs inte i detta sammanhang.

Vårdlandstingets rätt till ersättning har förfallit om kravet inte har fakturerats sex månader efter det att vårdtjänsten avslutades. Anmärkning mot framställt krav på ersättning skall göras av hemlandstinget senast tre månader efter det att fakturan mottagits. Möjlighet till efterreglering av priser finns således inte.

Följande uppgifter skall redovisas i anslutning till fakturan:

- \* Avtal och avtalspunkt enligt vilken vården lämnats
- \* Patientens namn, personnummer och postadress
- \* Vårdenhet där vården lämnats
- \* Tidpunkt när vården ägt rum
- \* Antal vårddagar och uppgifter om öppen- respektive slutenvård, besök, transport e dyl samt pris per tjänst och summa ersättning.

Observera att både fakturerande och betalande landsting har att beakta gällande sekretessbestämmelser.

## **Sammanfattning av nyheterna i förslaget till nytt riksavtal och framförda remissynpunkter**

### **Sammanfattning av nyheterna**

Riksavtalet för utomlänsvård innehåller regler om vad som gäller när en person får vård utanför sitt hemlandsting. Nuvarande riksavtal gäller sedan den 1 januari 1997. I det följande kommenteras några av de viktigaste nyheterna i förslaget till nytt riksavtal.

Förslaget innebär att riksavtalets bestämmelser om när en patient själv väljer vård i andra landsting, kap 4, får exakt samma formulering och innebörd som Landstingsförbundets rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården. Denna rekommendation tillämpar samtliga landsting sedan den 1 januari 2003.

I kommentarerna till riksavtalet har frågan om ”mer kostnadskrävande vårdåtgärder i öppen vård” utvecklats. Förslaget innebär att ett särskilt godkännande i förväg av patientens hemlandsting inte behövs när patienten väljer en läkare som ger vård enligt lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning.

En annan nyhet i riksavtalet rör kap 8, som reglerar frågor om ersättningen mellan landstingen. Förslaget innebär ett förtydligande av samverkansnämndernas uppgift, som i detta sammanhang är att fastställa regionala prislistor över de tjänster som regleras i riksavtalet. Dessa prislistor finns tillgängliga via samverkansnämndernas hemsidor. Frågor som rör regleringen av ersättningen har precisats i en rad avseenden, t ex att vård som ges av vårdgivare med vårdavtal skall ersättas av hemlandstinget enligt vårdavtalets ersättningsbestämmelser. Ett annat exempel på en precisering är att om en utomlänspatient söker öppen vård och i anslutning därtill blir intagen för slutna vård har vårdgivande landsting rätt till ersättning för både öppen vården och slutenvårdsperioden.

Kapitel 7 Transporter och resor har fått en mer överskådlig och logisk kapitelindelning. Detta kapitel reglerar, enligt förslaget, också transporter med ambulanshelikopter och ambulansflyg. Det är en kodifiering av redan gällande praxis.

Kapitel 2 Hälso- och sjukvård efter remiss från hemlandstinget, kapitel 3 Akut- och förlossningsvård, kapitel 5 Medicinsk service och kapitel 6 Hjälpmedel har endast blivit föremål för vissa smärre språkliga justeringar.

I översynen av riksavtalet har det också ingått att uppdatera olika faktauppgifter samt språkligt och redaktionellt förbättra texterna.

### **Förteckning E**

Förteckning E tillämpas som en reservprislista för att ersätta ett vårdlandsting för utomlänsvård om det saknas en regional prislista. Landstingsförbundets styrelse fastställer förteckning E för tre år i sänder.

Sedan början av 1990-talet gäller principen att ersättning för utomlänsvård beräknas enligt den regionala prislistan i vårdlandstingets region. Därmed lades en god grund för att fastställa relevanta priser på den regionala nivån och ett minskat behov av den nationellt fastställda förteckning E. Denna utveckling har under många år stimulerats av förbundsstyrelsen genom sina beslut att inte höja priserna i förteckningen. I enlighet med detta synsätt beslutade förbundsstyrelsen vid den senaste fastställelsen, november 2002, av förteckningen att samtliga prisbelopp skulle vara oförändrade även under den kommande treårsperioden som vid det tillfället sträckte sig fram t o m den 31 december 2005.

Riksavtalet föreslås gälla till den 31 december 2006 och om det inte sägs upp senast ett år före avtalstidens utgång förlängs det med ett år i sänder. För att tidsmässigt synkronisera riksavtalet med förteckning E föreslås att förteckningens nuvarande prisbelopp fastställs att också gälla till den 31 december 2006.

### **Remissbehandlingen av riksavtalet**

Förbundskansliet har berett samtliga landsting och samverkansnämnder att inkomma med synpunkter på förslaget till nytt riksavtal. Av de 21 landstingen har 20 yttrat sig, medan ett landsting har avstått. Tre av de sex samverkansnämnderna har inkommit med yttranden. I det följande lämnas en sammanfattande redovisning av remissvaren med kommentarer från förbundet.

**Stockholms läns landsting** och **Gotlands kommun** har i sin **Samverkansnämnd Stockholm – Gotland** upprättat ett gemensamt yttrande. I detta yttrande anges att det nya riksavtalet har tillförts ett antal viktiga komponenter för att stärka både patientens ställning samt landstingens förhållande till varandra. Vidare framhålls fördelarna med det förslag i riksavtalet, som innebär att vårdgivare med vårdavtal skall ersättas av vårdlandstinget enligt vårdavtalets ersättningsbestämmelser. ”Detta innebär att samtliga landsting och kommuner ersätter vården till samma ersättningsnivå som våra avtal föreskriver.”

I det gemensamma yttrandet föreslås följande två kompletteringar av riksavtalet. Av avtalet bör det för det första framgå att möjligheterna att välja vårdgivare inte gäller vid vård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. I avtalet finns redan en skrivning om att valmöjligheterna inte gäller vid vård enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. Förbundskansliet har kompletterat riksavtalet enligt detta förslag.

Det andra förslaget är att det underlag som redovisas i anslutning till den faktura som skickas till patientens hemlandsting skall utvidgas till att även omfatta upp-

gifter om remissens/betalningsförbindelsens administrativa identitet. Motivet för detta förslag är de ökade kraven på uppföljning av utomlänsvården. Förbundskansliet instämmer i uppfattningen att utomlänsvården är av intresse att följa upp. Samtidigt får denna strävan emellertid inte medföra en allför stor omfattning av de administrativa uppgifter som förmedlas från vårdlandstinget till hemlandstinget vid utomlänsvård. Dessutom är det av vikt att de uppgifter om remissens administrativa identitet som, enligt förslaget, skulle förmedlas i anslutning till faktureringen är användbara även för övriga landsting i arbetet med att följa utomlänsvården. Kansliet är inte berett att tillmötesgå detta förslag, då det förutsätter en mer ingående analys av behovet av vilket eventuellt stöd i nationella regler, som landstingen behöver för att följa upp utomlänsvården. En sådan behovsanlys ingick inte i planeringen av översynen av riksavtalet.

**Landstinget i Uppsala län** framhåller angelägenheten av att Landstingsförbundet även fortsättningsvis har en kapacitet och kompetens som stöd till landstingen när det gäller tillämpningen av riksavtalet.

Landstinget anser att förbundet borde ha en nationell sammanställning av samtliga vårdavtal med uppgifter om priser för avtalade tjänster. Den sammanställningen skulle vara tillgänglig för samtliga landsting. Förbundskansliet bedömer emellertid att arbetsinsatsen på nationell nivå med att tillhandahålla de begärda uppgifterna inte torde stå i proportion till landstingens nytta av dessa uppgifter. Kansliet vill erinra om att vid utomlänsvård, enligt förslaget till nytt riksavtal, ersätts en vårdgivare med vårdavtal av hemlandstinget enligt vårdavtalets ersättningsbestämmelser. Av detta förslag framgår också att om ett vårdlandsting skulle önska att en vårdgivare med vårdavtal skickar sina fakturor direkt till berört hemlandsting krävs att vårdlandstinget utfärdar en fullmakt till vårdgivaren. ”Av fullmakten skall framgå vilka vårdtjänster som är reglerade i vårdavtalet och att vårdgivaren även vid vård av utomlänspatient tillämpar vårdavtalets ersättningsbestämmelser. Denna fullmakt redovisas vid all fakturering.” Förbundskansliet bedömer att dessa föreslagna rutiner tillgodoser kraven på en förbättrad kontroll vid utomlänsvård över vilka vårdtjänster som är reglerade i vårdavtalet och tillämpade ersättningsbestämmelser. Mot bakgrund av det anförda är förbundskansliet inte berett på att tillmötesgå önskan om att upprätta en nationell sammanställning över samtliga vårdavtal.

I remissyttrandet föreslås att förteckning E borde mer avspegla de verkliga kostnaderna. Kansliet bedömer emellertid att en uppräknig av dessa prisbelopp skulle strida mot den syn, som närmare har presenterats ovan under rubriken ”Förteckning E”. Landstinget efterlyser också en närmare definition av ”kostnadskrävande vårdåtgärd”. Förbundskansliet har därför i kommentarerna till riksavtalet utvecklat frågan om ”mer kostnadskrävande vårdåtgärder i öppen vård”. Förslaget innebär att ett särskilt godkännande i förväg av patientens hemlandsting inte behövs när patienten väljer en läkare som ger vård enligt lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning.

Landstinget önskar att riksavtalet reglerar vårdavtalen vad gäller t ex att vårdlandstinget ska följa upp att avtalets ersättningsbestämmelser tillämpas även gentemot utomlänspatienter. Uppföljningen ska även omfatta vårdvolym och eventuella begränsningar av dessa som finns reglerade i vårdavtalet. Förbundskansliets bedömning är att en reglering av frågor som rör uppföljning av vårdavtal bör ske i annan form än i riksavtalet.

**Landstinget Sörmland** bejakar Landstingsförbundets förslag till nytt riksavtal.

**Landstinget i Östergötland** tillstyrker förslaget till nytt riksavtal utan några invändningar.

**Landstinget i Jönköpings län** avstår från att yttra sig.

**Landstinget i Kalmar län** tillstyrker i stort förslaget till nytt riksavtal. Landstinget föreslår emellertid att kapitel 6 Hjälpmedel får följande lydelse. ”En funktionshindrades hemlandsting ersätter ett vårdlandsting som förskriver och lämnar ut hjälpmedel. *Förskrivningen bör ske utifrån hemlandstingets anvisningar och sortiment.* De hjälpmedel som fordrar någon form av service och underhåll *skall förskrivas av hemlandstinget. Detta gäller även de hjälpmedel som kräver installation som måste anpassas med hänsyn till den funktionshindrades bostadsförhållanden eller vardagliga miljö i övrigt.* I de fall ett hjälpmedel till en utomlänspatient beräknas överstiga det belopp som anges i förteckning E skall förskrivningen ske i samråd med hemlandstinget, *beloppet ska omfatta den totala kostnaden för hjälpmedlet dvs. även nödvändiga tillbehör. Hemlandstinget äger de hjälpmedel som förskrivas av vårdlandstinget.*”

Förbundskansliet har förtydligat kapitel 6 Hjälpmedel med utgångspunkt från landstingets förslag. Kansliet har emellertid inte beaktat förslaget att *förskrivningen bör ske utifrån hemlandstingets anvisningar och sortiment.* Motivet för detta ställningstagande är att ett sådant förslag, att alla hjälpmedel ska förskrivas utifrån hemlandstingets sortiment, inte skulle underlätta arbetet med att tillgodose de funktionshindrades hjälpmedelsbehov. Om ett vårdlandsting saknar ett hjälpmedel som bara finns i patientens hemlandsting blir konsekvensen, av landstingets förslag, att detta hjälpmedel skulle behöva transporteras både till och från vårdlandstinget. Förslaget ställer dessutom ökade krav på utbildning av personalen, då de även måste ha kompetens som rör alla hjälpmedel som finns i samtliga landsting. Vidare ställer förslaget krav på ett system med lätt tillgängliga förteckningar över de hjälpmedelssortiment som används av alla landsting. Förslaget får således en rad ekonomiska, praktiska och administrativa konsekvenser för landstingen utan att det, enligt kansliets bedömning, skulle medföra en stärkning av de funktionshindrades ställning. Förbundskansliets erfarenhet är dessutom att kapitel 6 Hjälpmedel i praktiken fungerar väl och är smidigt att tillämpa.

**Landstinget Kronoberg, Landstinget Blekinge, Region Skåne och Landstinget Halland** avger som sina egna yttranden det utlåtande som har upprättats av **Södra Regionvårdsnämnden**. Av yttrandena framgår att landstingen i allt väsentligt ställer sig bakom förslaget. I yttrandena föreslås dock att avtalstexten bör integreras med ”bestämmelser om en vårdgaranti”. Förbundskansliet ser inte något behov av att komplettera avtalet i detta avseende, eftersom frågan redan är reglerad i kommentarerna, kap 2.1, med följande formulering. ”Ett landsting kan remittera en person till ett annat landsting för specialistvård, vård enligt olika vårdgarantiåtaganden...” Kansliet erfar också att denna reglering fungerar väl vid tillämpningen av både den nationella besöksgarantin och de lokala behandlingssgarantierna.

I yttrandena föreslås även att riksavtalet kompletteras med regler, som innebär att vårdkostnader för utomlänspatienter med sekretesskydd debiteras patientens hemlandsting endast i de fall patienten har remitterats. Förbundskansliet beskriver i det följande två av de metoder som tillämpas för att stärka det personliga skyddet för en person som är förföljd eller trakasserad. I hälso- och sjukvårdslagen (HSL), 3 §, anges att varje landsting skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Detsamma gäller dem som är kvarskrivna enligt folkbokföringslagen och stadigvarande vistas inom landstinget. Sådana personer, några hundratal i landet, står således efter en flyttning kvar som folkbokförda på den tidigare folkbokföringsorten. Vid vård av dessa skall patientens hemlandsting inte debiteras. En person kan också få sitt skyddsbehov tillgodosett genom folkbokföringssekretess. I sådana fall förmedlas fakturan för vård från vårdlandstinget till patientens hemlandsting via lokala skattemyndigheten. Denna hantering innebär att patientens hemadress aldrig blir synlig på fakturaunderlaget.

Förbundskansliet erfar att den praktiska hanteringen av kvarskrivning och folkbokföringssekretess fungerar bra och bedömer att en komplettering av riksavtalet i enlighet med det presenterade förslaget inte skulle medföra ett förbättrat skydd för den enskilde individen. Kansliet vill understryka att frågan om kvarskrivning redan är reglerad i HSL. I riksavtalet anges dessutom att både fakturerande och betalande landsting har att beakta gällande sekretessbestämmelser.

**Västra Götalandsregionen** framhåller att förslaget till nytt riksavtal inte får några stora konsekvenser i förhållande till nuvarande hantering av utomregionala patienter inom regionen. I yttrandet konstateras att förteckning E kan ersättas med en överenskommelse om att föregående års ersättningsnivåer gäller tills en ny överenskommelse träffats. Vidare framhålls betydelsen av att det sker en löpande anpassning och hänvisning till definitioner som fastställs i det landstingsgemensamma arbetet för att skapa tydliga begrepp.

**Landstinget i Värmland** tillstyrker förslaget till nytt riksavtal. En synpunkt är att beloppen i förteckning E ”bör vara mer realistiska”. Förbundskansliet anser

emellertid att en uppräknig av dessa prisbelopp skulle strida mot det synsätt som närmare har redovisats ovan under rubriken "Förteckning E".

**Örebro läns landsting** ställer sig i allt väsentligt bakom förslaget till nytt riksavtal. I yttrandet kommenteras bl a följande frågor. Landstinget anser att det i avtalstexten ännu tydligare skulle framgå att bestämmelserna om ersättningen i kapitel 8 är tvingande. Förbundskansliet bedömer att den bestämmelsen redan är tydligt återgiven, med en separat mening, i avtalets första kapitel.

I remissyttrandet föreslås att vissa av texterna i kapitel 8 i kommentarerna överflyttas till själva avtalstexten. Frågan om vilka texter som skall återfinnas i själva avtalet och vilka texter som skall återges i kommentarerna behandlades ingående under beredningen av förslaget till nytt riksavtal. Förbundskansliet ser inte några vägande skäl att ompröva den av arbetsgruppen föreslagna dispositionen.

En annan synpunkt i yttrandet är att prisbeloppen i förteckning E skall uppräknas. Enligt förbundskansliet skulle en uppräknig av dessa prisbelopp direkt strida emot det synsätt som närmare har redovisats ovan under rubriken "Förteckning E".

**Landstinget Västmanland** invänder mot att Landstingsförbundets rekommendation från år 2000 om valmöjligheter inarbetas i riksavtalet för utomlänsvård. Landstinget föreslår i stället att nuvarande regler om valmöjligheter i riksavtalet kvarstår. Förbundskansliet delar inte denna uppfattning, eftersom nu gällande riksavtalsregler om patienternas valmöjligheter baseras på en rekommendation om valmöjligheter som Landstingsförbundet utfärdade redan år 1989, A 89:41. I förbundsstyrelsens beslut år 2000, A 00:56, framgår att den rekommendationen, A 89:41, upphörde att gälla den 1 juli 2001. Konsekvenserna av landstingets förslag blir således att det även i fortsättningen skulle finnas två olika regelverk för patienternas valmöjligheter. Förbundskansliet anser att det nya riksavtalet ytterligare kommer att underlätta den praktiska hanteringen av valmöjligheterna mellan landstingen, eftersom reglerna i både riksavtalet och rekommendationen från år 2000 nu blir indentiska.

Västmanland efterlyser en närmare definition av "kostnadskrävande vårdåtgärd i öppen vård". Därför har förbundskansliet i kommentarerna till riksavtalet utvecklat denna definition. Förslaget innebär att ett särskilt godkännande i förväg av patientens hemlandsting inte behövs när patienten väljer en läkare som ger vård enligt lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning.

Landstinget Västmanland föreslår att meningen i kap 5.2 utgår som anger att en patients hemlandsting ersätter kostnad för medicinsk service i de fall en läkare med vårdavtal inom vårdlandstinget beställt medicinsk service för en utomlänspatient. Motivet för landstingets förslag är att denna fråga regleras i det enskilda vårdavtalet. Förbundskansliet anser emellertid att kansliets skrivning ska kvarstå, då den förtydligar reglerna för beställning och ersättning av medicinsk service

inom vårdlandstinget för patienter från andra landsting. Kansliet vill erinra om att riksavtalets bestämmelser givetvis inte tar över regleringen av enskilda vårdavtal.

**Landstinget Dalarna** tillstyrker förslaget till nytt riksavtal. En kommentar från landstinget är att beloppen i förteckning E bör vara mer realistiska. Förbundskansliet får i frågan om förteckning E hänvisa till sin uppfattning som återges under rubriken "Förteckning E" i denna sammanfattning.

**Landstinget Gävleborg** har inga avvikande synpunkter på förslaget till nytt riksavtal.

**Västerbottens läns landsting** ansluter sig till det yttrande som har presenterats av Samverkansnämnden för Norra Sjukvårdsregionen. Därutöver pekar landstinget på behovet av ytterligare förtydliganden av frågor som rör bl a gemensamma rutiner, utformningen av enskilda vårdavtal, beställning av medicinsk service från företagsläkare. Förbundskansliet delar landstingets uppfattning att dessa förtydliganden är lämpligare att återge i andra regelverk än i riksavtalet, då de berörda frågorna främst rör relationen mellan enskilda vårdgivare och vårdlandstinget.

Landstinget föreslår också ett särskilt tillägg i kap 8.3 som reglerar ersättningen mellan landstingen. Den situation som är aktuell är när en privat vårdgivare erbjuder en utomlänspatient en vårdtjänst som inte är reglerad i avtalet med vårdlandstinget. Landstinget föreslår därför att det i detta kapitel införs en skrivning med innebörden att det i dessa fall krävs en särskild överenskommelse med hemlandstinget, eftersom den återgivna situationen inte regleras i riksavtalet. Förbundskansliet vill erinra om att denna fråga är utförligt beskriven i kommentarerna till riksavtalet i kapitel "1 Riksavtalets omfattning" i enlighet med följande.

"Riksavtalet gäller vård som ges av landsting, annan vårdgivare som har avtal om en vårdtjänst med ett landsting, vårdgivare som är verksamma enligt lagen om läkarvårdsersättning (SFS 1993:1651) eller lagen om ersättning för sjukgymnastik (SFS 1993:1652) samt vårdgivare som enbart har taxeersättning utan avtal. Denna vård blir en del av landstingets vårdutbud." Mot bakgrund härav finner förbundskansliet inga skäl att i kapitel 8 upprepa skrivningarna om riksavtalets omfattning.

**Landstinget Västernorrland, Jämtlands läns landsting och Norrbottens läns landsting** ansluter sig till det yttrande som har upprättats av **Norrandstingens samverkansnämnd**. I yttrandet föreslås att riksavtalet kompletteras med regler om att ett vårdlandsting skall översända en epikris till hemlandstinget vid fakturerering av vårdkostnaden i det fall en remiss har utfärdats av hemlandstinget. I övrigt har nämnden inga erinranden.

Förbundskansliet vill informera om lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, som reglerar det personliga ansvaret för hur vårduppgifter utförs av dem som är verksamma inom hälso- och sjukvården. Lagen anger bl a att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonal skall utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. I Socialstyrelsens kungörelse om läkares ansvar för remitterade patienter m m, SOSFS 1979:77, finns specifika regler om epikris. I kungörelsen anges följande om en läkares informationsansvar vid utskrivning av patient.

Vid utskrivning från kliniken/avdelningen skall vanligtvis den remitterande läkaren skriftligen underrättas, exempelvis genom kopia av epikris, och få del av de anvisningar om den fortsatta behandlingen och den kontroll som sjukhusläkaren funnit påkallad. Liknande information bör också delges distriktssköterska, sjukgymnast m fl i den utsträckning uppgifterna är nödvändiga för dessas tjänsteutövning.

I kungörelsen behandlas också läkares ansvar för laboratorieprov. För att en sjukvårdsorganisation skall fungera effektivt, anger Socialstyrelsen, måste kommunikationerna såväl inom som mellan dess olika enheter vara goda. I ökande omfattning sker samverkan mellan vård- och behandlingsenheter och avdelningar för olika former av medicinsk service. I överensstämmelse med styrelsens råd om läkares ansvar för remitterade patienter måste därför varje läkare som utnyttjar serviceenheternas tjänster bevaka, att svar på prover, särskilda undersökningar m m kommer honom tillhanda samt granskas av kompetent personal inom medicinskt acceptabel tid. Detta är betydelsefullt även för att inte åstadkomma onödig oro och ängslan hos den berörda patienten och dennes anhöriga. Den läkare som begär prov, utlåtande m m har fortfarande kvar sitt övergripande ansvar för patienten, även om självfallet den läkare till vilken provet/patienten sänds har sitt medicinska ansvar. Vid enheter med omfattande verksamhet kan en minneslista eller liknande system behövas för kontroll och uppföljning, anger Socialstyrelsen.

Mot bakgrund av ovanstående konstaterar förbundskansliet att frågan om att remitterande läkare skriftligen skall underrättas genom kopia av epikris redan är reglerad av Socialstyrelsen. En utvidgning av riksavtalet enligt förslaget från landstingen och samverkansnämnden skulle medföra att landstingens faktureringsrutiner, som rör utomlänsvård, blandas samman med de rutiner som finns för att översända epikriser mellan landstingen. Förbundets erfarenhet är dessutom att den informationsmängd, som meddelas i anslutning till fakturering av utomlänsvård är av tillräcklig omfattning för att reglera frågorna om ersättning emellan landstingen. Förbundskansliet ser således inget behov av att utvidga riksavtalet med regler om epikris.

Ledningskontoret  
L Petersson  
Dnr KS 2000/0838-90

Kommunstyrelsen

## Rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården

- Lf 2000-12-08 A 00:56  
- HSN 2001-01-29, § 65 och 2001-04-02, § 92

Landstingsförbundet har föreslagit sjukvårdshuvudmännen att godkänna och tillämpa rubr rekommendation samt att till befolkningen aktivt sprida information om patientens valmöjligheter. Rekommendationen framgår av **bilaga 1**. I bilaga 2 beskrivs hur valmöjligheterna i vården har utvecklats under 1990-talet.

Socialstyrelsen har i en rapport ("*En behandlingsgaranti i hälso- och sjukvården - förutsättningar och konsekvenser*") föreslagit en lagfäst rätt att välja sjukhus. Regeringen har dock bedömt att ny lagstiftning inte behövs eftersom Landstingsförbundet genom Dagmaröverenskommelsen för år 2000 åtagit sig att medverka till att valmöjligheterna tydliggörs. Motivet med rekommendationen är att tydliggöra och förenkla patientens möjligheter att välja vårdgivare men också att hälso- och sjukvården ska anpassas till den enskildes behov.

Rekommendationen ska ses som en miniminivå som ska gälla för samtliga huvudmän samt vårdgivare med offentlig finansiering. Därutöver kan varje enskild huvudman själv besluta om längre gående valmöjligheter. Regionsjukvården om- fattas inte. Sjukresekostnaderna får patienten själv svara för (se undantag nedan). Rekommendationen avser planerad (*icke akut*) vård och behandling. (Enligt HSL är landstingen skyldiga att erbjuda alla individer, oavsett bosättningsort, *akut* vård vid behov). Rekommendationen reglerar inte valmöjligheter som avser att öka tillgängligheten av vård (vårdgarantier). Vårdgarantier regleras inom ramen för Dagmaröverenskommelsen (besöksgarantin) eller av respektive huvudmannen (lokal vårdgaranti).

I korthet innebär rekommendationen att patienterna ska erbjudas möjlighet att:

### *Inom det egna landstinget*

- välja vårdinrättning/vårdgivare inom primärvården

#### **Kommentar:**

Sedan 1999 gäller (HSL) att patienten har rätt att välja en fast läkarkontakt i primärvården och att denna rätt inte får begränsas till ett viss geografiskt område. Att välja *primärvård* enligt den före- slagna rekommendationen innebär en utvidgning av HSL:s regler om fritt läkarval inom primär- vården. Valmöjligheten begränsas alltså inte till fast läkarkontakt utan avser vårdinrättning/vård- givare t ex val av sjukgymnast.

- välja öppenvårdsmottagning för specialistsjukvård och sjukhus inom länssjukvården

**Kommentar:**

Patienterna ska erbjudas möjlighet att välja öppenvårdsmottagning (hos annan specialistläkare än allmänläkare) samt att välja sjukhus inom länssjukvården.

### *Inom andra landsting*

- välja primärvård

**Kommentar:**

Om inte hemlandstinget kan erbjuda vård inom de tider som definieras i 1997 års vårdgaranti har patienten rätt att söka vård i annat landsting utan extra kostnad för patienten.

- välja öppenvård för specialistsjukvård enligt hemlandstingets remissregler

**Kommentar:**

Patienterna ska erbjudas möjlighet att välja öppen specialistsjukvård i andra landsting. Med vård avses också hälso- och sjukvårdande behandling av annan än läkare. I landsting som inte har remisskrav kan patienterna, direkt och på eget initiativ, besöka vilken öppenvårdsspecialist som helst, offentlig eller privat med offentlig finansiering, i hela landet. Sedan 1998 får landstingen inte kräva remiss till läkare som uppbär ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning inom specialiteterna barnmedicin, gynekologi och psykiatri. Vid mer kostnadskrävande vårdåtgärder krävs ett godkännande i förväg av hemlandstinget.

- välja behandling i slutenvård vid sjukhus inom länssjukvården eller i öppenvård för specialistsjukvård, efter att behov fastställts i hemlandstinget

**Kommentar:**

Avser behandling efter fastställt behov i hemlandstinget. Vid mer kostnadskrävande vårdåtgärder krävs ett godkännande i förväg av hemlandstinget.

Sedan 1999 (HSL) gäller att patienter som står inför svåra medicinska ställningstaganden i vissa situationer kan ha rätt till en förnyad medicinsk bedömning (s k second opinion) var som helst i landet. I dessa fall svarar hemlandstinget för patientens resekostnader.

Sammanfattningsvis innebär rekommendationen en utvidgning av valmöjligheterna genom att patienterna föreslås få välja behandling i öppen vård i annat landsting efter det att behovet fastställts av hemlandstinget. I övrigt innebär rekommendationen ett tydliggörande av de regler som gällt sedan tidigare.

Hälso- och sjukvårdsnämnden har beslutat föreslå kommunstyrelsen att stödja rekommendationen.

### **Kommunstyrelsens förslag till kommunfullmäktige**

Godkänna rekommendationen om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården och tillhörande kommentarer att gälla från och med 1 juli 2001.

Hälso- och sjukvårdsnämnden ges i uppdrag att svara för dels informationsinsatserna dels det upphandlingsförfarande som i enlighet med reglerna i lagen om offentlig upphandling (LOU) behöver genomföras (för val av vårdgivare inom andra landsting).

Claes Kullberg  
t f kommundirektör

2000-12-08

Landstingsstyrelserna,  
regionstyrelserna i Skåne och Västra  
Götaland samt kommunstyrelsen i  
Gotlands kommun

## **Rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården**

### **Bakgrund**

Landstingsförbundet påbörjade under 1999 ett arbete med en rekommendation för att tydliggöra och förenkla patientens möjligheter att välja vårdgivare. En utgångspunkt för förbundets arbete är att hälso- och sjukvården måste anpassas till den enskildes behov. I enlighet med hälso- och sjukvårdslagen är landstingen skyldiga att erbjuda alla individer oavsett bosättningsort akut vård vid behov. Vissa individer kan också ha ett behov av att få icke akut vård och behandling utanför sitt eget landsting i samband med t ex tillfälligt arbete, studier eller annan vistelse. Sedan början av 1990-talet har också patienterna stora möjligheter att välja vårdgivare för icke akut vård i det egna landstinget och i andra landsting. Dessa valmöjligheter för patienten är reglerade i hälso- och sjukvårdslagen (HSL), rekommendationer från Landstingsförbundet, Riksavtalet för utomlänsvård, avtal inom sjukvårdsregionerna och avtal mellan landstingen. Efterhand har dessa regelverk blivit allt svårare att överblicka. De tidigare reglerna tydliggörs och förenklas därför i en rekommendation, som har anpassats till bl a förändrad lagstiftning. Rekommendationen återfinns i bilaga 1.

De oklara valmöjligheterna har också aktualiserats i HSUs delbetänkande Patienten har rätt (SOU 1997:154) och i Socialstyrelsens rapport En behandlingsgaranti i hälso- och sjukvården - förutsättningar och konsekvenser. Socialstyrelsen föreslår i sin rapport en lagfäst rätt att välja sjukhus. I Budgetpropositionen för 2000 (Regeringens proposition 1999/2000:1) bedömer regeringen att ny lagstiftning inte behövs, eftersom Landstingsförbundet genom Dagmaröverenskommelsen för år 2000 har åtagit sig att medverka till att valmöjligheterna tydliggörs, vilket även framgår av överenskommelsen för år 2001.

### **Nyheterna i rekommendationen**

Denna rekommendation innehåller, förutom enklare regler, en utvidgning av valmöjligheterna genom att patienterna kan välja behandling i öppen vård i

annat landsting efter det att behovet har fastställts i hemlandstinget. Rekommendationen är en förstärkning av patientens ställning.

Rekommendationen reglerar den enskildes möjligheter att omgående – från första dagen – välja planerad vård. Denna möjlighet att välja är således inte beroende av väntetider. Valmöjligheter som avser att öka tillgängligheten av vård (vårdgarantier) regleras inte i rekommendationen. De regleras på annat sätt, dels inom ramen för Dagmaröverenskommelsen (besöksgarantin), dels av respektive landsting (lokala vårdgarantier).

En beskrivning av hur patienternas valmöjligheter i vården har förändrats under 1990-talet återfinns i bilaga 2.

### **Information och utbildning**

Förbundet kommer under år 2001 att erbjuda landstingen, regionerna och Gotlands kommun information och utbildning i frågor som rör rekommendationen. I det sammanhanget ägnas särskild uppmärksamhet åt lagen om offentlig upphandling (LOU), eftersom rekommendationen förutsätter ett upphandlingsförfarande i enlighet med reglerna i denna lag. Vidare ägnas uppmärksamhet åt frågan om landstingets åtagande gentemot utomlänspatienter och prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

En viktig uppgift för landstingen/regionerna är att fortlöpande informera sin befolkning om valmöjligheterna inom hälso- och sjukvården. Sådan information är nödvändig att rikta både till de enskilda individer som söker sig till vården och till allmänheten.

### **Uppföljning**

I enlighet med Dagmaröverenskommelsen för år 2001 kommer behovet av att lagstifta om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården att bedömas under nästa års förhandlingar. En utgångspunkt för en sådan bedömning är i vilken utsträckning och takt som landstingen/regionerna har beslutat om att godkänna och tillämpa denna rekommendation. Mot bakgrund härav är det nödvändigt att landstingen/regionerna under år 2001 tillställer Landstingsförbundet sina beslut som rör rekommendationen.

### **Förbundsstyrelsens beslut**

Landstingsförbundets styrelse beslöt vid sammanträde den 8 december 2000

**att** godkänna bifogad rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården och tillhörande kommentarer med giltighet fr o m den 1 juli 2001 enligt förslag i bilaga 1, samt

**att** i skrivelse till landstingen, regionerna och medlemskommunen rekommendera dem att godkänna och tillämpa rekommendationen samt att aktivt sprida information om valmöjligheterna till sin befolkning.

Vid styrelsens behandling av detta ärende avgavs reservationer av företrädarna för (m) och (fp) samt särskilt yttrande av ledamöterna för (v) enligt bifogat protokollsutdrag.

LANDSTINGSFÖRBUNDET

Lars Isaksson

Bibbi Carlsson

Bilaga 1 – 2

UTDRAG UR PROTOKOLL  
fört vid sammanträde med  
Landstingsförbundets styrelse  
den 8 december 2000

Vår ref Dnr Lf 924/00

-----

§ 177

Styrelsen beslutade i enlighet med förslag i ärende 7

**att** godkänna rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården och tillhörande kommentarer med giltighet fr o m den 1 juli 2001

**samt att** i skrivelse till landstingen, regionerna och medlemskommunen rekommendera dem att godkänna och tillämpa förslaget till rekommendation.

Henrik Hammar, Ralph Lédel, Inger Källgren och Cecilia Widegren, alla (m), reserverade sig till förmån för följande förslag till yrkande.

”Vi yrkar att rekommendationen kompletteras med möjlighet att söka vård över nationsgränserna, samt att formuleringen ’i enlighet med hemlandstingets remissregler’ i p3.2. utgår och att formuleringen ’efter det att behovet har fastställts i hemlandstinget’ i p3.3 utgår.”

Birgitta Rydberg (fp) reserverade sig till förmån för yrkandet att formuleringen ”i enlighet med hemlandstingets remissregler” i p3.4.2 utgår.

Nina Fällbäck-Svensson och Björn Grip, båda (v), lämnade särskilt yttrande med följande lydelse.

” Vi ställer oss bakom förslaget till rekommendation , men vill peka på några problem som kan bli allvarliga för de grundvärderingar som är utgångspunkten för styrningen av hälso- och sjukvårdspolitiken i Sverige.

Särskilt vill vi lyfta fram valfrihetens konsekvenser för prioriteringar av vård såväl i hemlandstinget som vårdlandstinget. Det finns en risk för undanträngningseffekter för patienter med tyngre vårdbehov.

Kostnaderna för landsting med invånare som i hög utsträckning utnyttjar valfriheten riskerar att urholka bredden i vårdutbudet i hemlandstinget, och därmed vård på likvärdiga villkor. Vi vill också betona faran för en urholkning av principen vård på lika villkor när patienten själv får betala reskostnaden.

Med ovanstående som bakgrund vill vi att en uppföljning genomförs, förslagsvis efter 1-2 år, som analyserar valfrihetsreformens effekter på patientströmmar, vilka patientgrupper som utnyttjar reformen, kostnader för hemlandsting, undanträngningseffekter etc.”

-----

Vid protokollet  
Anne Christine Centerstig

Rätt utdraget intygar  
Birgitta Aspengren

Justeras  
Lars Isaksson

## **Rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården**

### **1 Förutsättningar**

Rekommendationen förutsätter att vården lämnas av landsting och andra vårdgivare med offentlig (landsting) finansiering.

### **2 Val inom det egna landstinget**

Patienterna skall erbjudas möjlighet inom det egna landstinget

- 2.1 att välja vårdinrättning/vårdgivare inom primärvården. Denna möjlighet är en utvidgning av hälso- och sjukvårdslagens regler om fritt läkarval inom primärvården.
- 2.2 att välja öppenvårdsmottagning för specialistsjukvård och sjukhus inom länssjukvården.

### **3 Val inom andra landsting**

Denna del i rekommendationen förutsätter ett upphandlingsförfarande i enlighet med reglerna i lagen om offentlig upphandling (LOU).

Patienterna skall erbjudas möjlighet i andra landsting

- 3.1 att välja primärvård.
- 3.2 att välja öppenvård för specialistsjukvård i enlighet med hemlandstingets remissregler. Ett landsting kan emellertid inte införa krav på remiss inom specialiteterna barnmedicin, gynekologi och psykiatri hos privatläkare, som ger vård enligt lag om läkarvårdsersättning.

Vid mer kostnadskrävande vårdåtgärder krävs också ett godkännande i förväg av hemlandstinget.

- 3.3 att välja behandling i slutenvård vid sjukhus inom länssjukvården eller i öppenvård för specialistsjukvård, efter det att behovet har fastställts i hemlandstinget.

Vid mer kostnadskrävande vårdåtgärder krävs också ett godkännande i förväg av hemlandstinget.

Patienten får själv stå för de resekostnader som det egna valet av vårdgivare i annat landsting kan medföra.

## **Kommentarer till rekommendationen om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården**

Syftet med kommentarerna är att de skall underlätta för landstingen att praktiskt tillämpa rekommendationen. Kommentarererna är indelade i kapitel, som utgår från rekommendationens kapitelindelning.

### **1 Förutsättningar**

Rekommendationen förutsätter att vården lämnas av landsting eller annan vårdgivare med offentlig (landsting) finansiering. All denna vård är en del av landstingets vårdutbud. Denna rekommendation avser en miniminivå som gäller i alla landsting. Därutöver kan landstingen besluta om längre gående valmöjligheter, inom en viss region eller i hela landet. Rekommendationen ersätter tidigare rekommendationer; A 89:41 samt i tillämpliga delar, A 97:32.

Denna rekommendation omfattar inte den enskildes möjligheter att välja vård enligt reglerna om "regionsjukvård", som är den allmänt använda termen för "hälso- och sjukvård som berör flera landsting" i enlighet med 9 § i hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

I rekommendationen regleras den enskildes möjligheter att omgående – från första dagen - välja planerad vård. Möjligheten att välja är således inte beroende av väntetider. Valmöjligheter som avser att öka tillgängligheten av vård (vårdgarantier) regleras inte i rekommendationen. De regleras på annat sätt, dels inom ramen för Dagmaröverenskommelsen (besöksgarantin), dels av respektive landsting (lokala vårdgarantier).

### **2 Val inom det egna landstinget**

#### **2.1 Specialistläkare i allmänmedicin m m**

I enlighet med 5 § HSL har landstingen en skyldighet att erbjuda alla patienter en fast läkarkontakt inom primärvården och denna valmöjlighet får enligt lagen inte begränsas till ett visst geografiskt område inom landstinget.

Patienterna skall inom det egna landstinget, utöver de möjligheter att fritt välja primärvårdsläkare som regleras i ovan nämnda lag, erbjudas möjlighet att välja vårdinrättning/vårdgivare inom primärvården.

Denna del i rekommendationen avser således den lagreglerade rätten till besök hos specialistläkare i allmänmedicin och även hälso- och sjukvårdande behandling av annan än specialistläkare i allmänmedicin. Landstingen kan ha krav på remiss till sjukgymnastik.

#### **2.2 Annan specialistläkare än specialistläkare i allmänmedicin**

Patienterna skall erbjudas möjlighet att inom det egna landstinget välja öppenvårdsmottagning hos annan specialistläkare än specialistläkare i allmänmedicin

och sjukhus inom länssjukvården. Vissa landsting kräver i dessa fall remiss. Landstingen kan emellertid inte införa krav på remiss inom specialiteterna barnmedicin, gynekologi och psykiatri hos privatläkare, som ger vård enligt lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning.

### **3 Val i andra landsting**

#### **3.0 Allmänna förutsättningar**

När patienterna på eget initiativ väljer vård i annat landsting är det nödvändigt att beakta bl a följande.

##### **3.0.1 Lagen om offentlig upphandling**

Denna del i rekommendationen förutsätter ett upphandlingsförfarande i enlighet med reglerna i lagen om offentlig upphandling (LOU), eftersom denna lag gäller vid ett landstings köp av tjänst från ett annat landsting.

I kommentarerna till Riksavtalet för utomlänsvård behandlas ovanstående fråga enligt följande. ”I de fall en vårdenhet inte omfattas av ett regionavtal kan en vårdenhet i stället debitera en skälig ersättning med hänsyn till andra godtagbara grunder, såsom exempelvis ett mellanlänssavtal eller ett avtal mellan de ingående parterna inom ett kommunalförbund. De två sistnämnda formerna av avtal kan behöva föregås av ett anbudsförfarande enligt lagen om offentlig upphandling (SFS 1992:1528).”

##### **3.0.2 Reglering av ersättning**

I kommentarerna till Riksavtalet för utomlänsvård regleras frågan om ersättning från ett hemlandsting till vårdgivare med bl a vårdavtal i annat landsting. En viktig princip är att vårdgivare med vårdavtal, samverkansavtal och vårdgivare som enbart har taxeersättning utan avtal sänder sina fakturor för utomlänsvård till sitt vårdlandsting, som i sin tur fakturerar berört hemlandsting. Om en vårdgivare med vårdavtal direkt skickar sina fakturor till berört hemlandsting behövs särskild överenskommelse mellan vårdlandstinget och vårdgivaren.

##### **3.0.3 Landstingets åtagande gentemot utomlänspatienter**

Ett landsting kan ta emot utomlänspatienter för planerad vård i enlighet med reglerna för valmöjligheter om landstinget samtidigt till dem som är bosatta i landstinget kan

- \* erbjuda en god hälso- och sjukvård
- \* leva upp till målet i HSL § 2 med avseende på att: ”Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården”.

HSL ger således inte stöd för att prioritera utomlänspatienter på samma sätt som inomlänspatienter. Sådana prioriteringar får dock äga rum vid akut- och region-sjukvård i enlighet med HSL.

### **3.0.4 Förnyad medicinsk bedömning i andra landsting**

I 3 a §, tredje stycket, HSL, regleras möjligheten för patienten att få en förnyad medicinsk bedömning, second opinion, även utanför det egna landstinget i det fall vetenskap och beprövad erfarenhet inte ger entydig vägledning och det medicinska ställningstagandet kan innebära särskilda risker för patienten eller har stor betydelse för dennes framtida livskvalitet. Patienten skall enligt lagen erbjudas den behandling den förnyade bedömningen kan föranleda. I dessa fall svarar hemlandstinget för patientens resekostnader.

### **3.1 Primärvård**

Patienterna skall erbjudas möjligheter att välja primärvård i andra landsting.

### **3.2 Öppen specialistsjukvård**

Patienterna skall erbjudas möjlighet att välja öppen specialistsjukvård i andra landsting. Denna vård avser också hälso- och sjukvårdande behandling av annan än läkare. I de fall valet avser vård av annan specialistläkare än specialistläkare i allmän medicin samt sjukgymnast tillämpas hemlandstingets remissregler enligt bestämmelserna i Riksavtalet för utomlänsvård. Vid mer kostnadskrävande vårdåtgärder krävs dessutom ett särskilt godkännande i förväg av hemlandstinget i enlighet med reglerna i Riksavtalet för utomlänsvård.

### **3.3 Behandling efter fastställt behov i hemlandstinget**

Patienterna skall erbjudas möjlighet att välja behandling i slutenvård vid sjukhus inom länssjukvården eller i öppenvård för specialistsjukvård, efter det att behovet har fastställts i hemlandstinget. Vid mer kostnadskrävande vårdåtgärder krävs dessutom ett särskilt godkännande i förväg av hemlandstinget i enlighet med reglerna i Riksavtalet för utomlänsvård.

Behovet av behandling fastställs av den i hemlandstinget, som är behörig att fatta sådana beslut. En remiss utfärdas. Den har till uppgift att överföra medicinsk information om bl a vårdbehovet och fungera som betalningsförbindelse för det remitterande landstinget. En reglering av dessa frågor finns i Riksavtalet för utomlänsvård.

## **Sammanfattning av utvecklingen av valmöjligheterna i vården**

### **1 Inledning**

Detta är en översiktlig sammanställning över hur valmöjligheterna i vården utvecklats under 1990-talet. Beskrivningen avser rekommendationer från Landstingsförbundets styrelse och överenskommelser mellan Landstingsförbundet och regeringen. Landstingen har genomgående beslutat i enlighet med dessa rekommendationer. Flera landsting har därutöver beslutat om ytterligare valmöjligheter.

### **2 Förbättrade möjligheter för människor att välja var de skall få hälso- och sjukvård, A-cirkulär 89:41**

År 1989 rekommenderade Landstingsförbundets styrelse landstingen att öka valmöjligheterna i vården. Samtliga landsting antog under år 1990 rekommendationen som på de flesta håll började gälla 1 januari 1991.

Rekommendationen innebar att patienterna inom det egna landstinget skulle kunna välja vårdinrättning, offentlig som privat (med landstingsfinansiering), dvs inom primärvården välja vårdcentral och inom länssjukvården välja sjukhus, både för öppen och sluten vård. Landstingen skulle underlätta för pendlare och gränsbor att välja primärvård och öppen specialistsjukvård i grannlandstingen, något som landstingen rekommenderas sluta avtal om. För behandling i sluten länssjukvård skulle patienten kunna välja sjukhus i annat landsting.

Valmöjligheterna gällde oavsett skäl och var alltså inte kopplade till hur lång väntetiden förväntades vara vid den "egna" vårdenheten. Möjligheten att välja sjukhus i annat landsting för behandling i sluten länssjukvård förutsatte att läkare i hemlandstinget fastställt vårdbehovet. Riks- och regionsjukvård ingick ej. Resekostnaderna fick patienten stå för själv.

### **3 Vårdgaranti år 1992, A-cirkulär 91:11**

Regeringen och Landstingsförbundet träffade i april år 1991 en överenskommelse om att en nationell vårdgaranti skulle införas år 1992. För tolv preciserade åtgärder skulle behandling erbjudas inom tre månader. Om behandling ej kunde erbjudas i hemlandstinget inom tre månader hade patienten möjlighet att välja att erhålla behandlingen hos vårdgivare i annat landsting.

För de åtgärder som genomfördes som sluten länssjukvård (huvuddelen av åtgärderna) innebar detta ingen utökning av rätten att välja vårdgivare i annat landsting eftersom patienten redan kunde välja sjukhus i annat landsting och det redan från första dagen. Vårdgarantin innebar däremot en utvidgning av valmöjligheterna för de åtgärder som gjordes som öppenvård.

Det bör samtidigt observeras att det huvudsakliga syftet med vårdgarantin inte var att öka valmöjligheterna. Syftet var att förbättra tillgängligheten så att alla landsting skulle klara av att ge de aktuella behandlingarna med högst tre månaders väntetid.

#### **4 Reviderat riksavtal 1997**

Riksavtalet för utomlänsvård (RIA) innebär, efter den revidering som trädde i kraft 1 januari 1997, att hemlandstinget skall betala vårdlandstinget för icke akut öppen vård givet att patienten följt hemlandstingets remissregler.

Det innebär att i landsting som inte har remisskrav kan patienterna, direkt och på eget initiativ, besöka vilken öppenvårdsspecialist som helst, offentlig eller privat med offentlig finansiering, i hela landet. Om den insats som krävs visar sig vara kostnadskrävande (preciserat i RIA) krävs godkännande från hemlandstinget. Genom den lagändring som trädde i kraft 1 januari 1998 får inte landsting kräva remiss till läkare som uppstår ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning inom specialiteterna barnmedicin, gynekologi eller psykiatri. För dessa specialiteter kan därmed invånarna i alla landsting välja vårdgivare på detta sätt.

#### **5 Vårdgaranti från 1 januari 1997**

Genom 1997 års Dagmaröverenskommelse reviderades vårdgarantin. Garantin reglerar tillgängligheten för besök inom primärvård och specialistsjukvård. Patienten skall kunna få kontakt med sin vårdcentral samma dag som kontakts söks, per telefon eller genom besök. Tid för läkarbesök skall erbjudas inom 8 dagar. Vid remiss till specialistsjukvård skall tid för besök erbjudas inom tre månader, vid oklar diagnos en månad. Om dessa tidsgränser ej kan hållas har patienten rätt att välja vårdgivare i annat län.

Dessa valmöjligheter hade dock patienterna sedan tidigare varför vårdgarantin ej innebar någon utvidgning av valmöjligheterna. Att välja vårdcentral hade man kunnat sedan 1991 och genom riksavtalet är det möjligt att söka öppen specialistsjukvård var som helst i landet, undantagandes de landsting som har krav på remiss för besök inom specialistsjukvården.

Men liksom för den tidigare vårdgarantin var huvudsyftet inte att öka patienternas valmöjligheter utan att primärvården och specialistsjukvården skulle kunna erbjuda besök inom dessa tidsgränser.

#### **6 Rekommendation om landstingens och medlemskommunernas arbete med att stärka patientens ställning (A 97:32)**

Denna rekommendation antogs av Landstingsförbundets styrelse under våren 1997 och antogs efterhand av alla landsting under år 1997.

Enligt rekommendationen har patienten rätt att inom det egna landstinget välja vårdcentral och sjukhus. Om inte hemlandstinget kan erbjuda vården inom de tider som definieras inom 1997 års vårdgaranti (se ovan) har patienten rätt att söka vård i annat landsting, utan extra kostnader för patienten.

Detta innebar ingen utökning av valmöjligheterna i förhållande till tidigare. Rekommendationen fokuserar mera på nödvändigheten av ett aktivt utvecklingsarbete för att uppnå en patientfokuserad och tillgänglig vård, som möjliggör ett ökat individuellt inflytande över vården.

2003-12-12

Landstingsstyrelserna, regionstyrelserna samt kommunstyrelsen i Gotlands kommun

## **Överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om vissa ersättningar till hälso- och sjukvården för år 2004**

Landstingsförbundets styrelse har den 12 december 2003 beslutat att för sin del godkänna den överenskommelse som träffats mellan staten och Landstingsförbundet om ersättningar till hälso- och sjukvården för år 2003 (bilaga 1). Beslutet gäller under förutsättning av regeringens beslut. Regeringen kommer att behandla ärendet den 18 december.

### **Bakgrund**

I de senaste årens överenskommelser mellan staten och Landstingsförbundet om vissa ersättningar till hälso- och sjukvården, de s.k. Dagmaröverenskommelserna, har huvudinriktningen varit en långsiktig satsning för att stärka patientens ställning inom hälso- och sjukvården. I det sammanhanget framhålls betydelsen av att förbättra såväl vårdens tillgänglighet som att öka patienternas inflytande och delaktighet. Denna inriktning ligger fast i överenskommelsen för år 2004.

Överenskommelsen för år 2003 omfattade 195 miljoner kronor. Den nu aktuella överenskommelsen omfattar totalt 179,5 miljoner kronor. Minskningen beror på att viss verksamhet såsom Centrum för patientklassifikation samt projektet Hur mår Sverige, inte längre omfattas av överenskommelsen. Vidare har en besparing på 10 miljoner kronor skett på det anslag, 13.3 *Bidrag till hälso- och sjukvård*, inom vilket medel avsätts till överenskommelsen.

År 1992 infördes inom ramen för överenskommelsen en vårdgaranti för att korta väntetiderna inom tolv områden med speciellt uttalade väntetidsproblem. Efter det att Prioriteringsutredningen i sitt slutbetänkande år 1995 konstaterat att denna vårdgaranti huvudsakligen inte avsåg de högst prioriterade vårdbehoven togs den bort. Den ersattes år 1996 av en bredare vårdgaranti, med tidsgränser angivna för väntetider till primärvård och till besök hos läkare i den specialiserade vården.

### **2004 års överenskommelse**

I 2003 års överenskommelse enades parterna om att den nationella vårdgarantin skall utökas till att också omfatta väntetid till behandling. Parterna är nu överens om att en kontrollstation skall genomföras i februari år 2004 för att stämma av hur långt förberedelserna kommit, vilka effekter som uppnåtts och eventuella behov av ytterligare åtgärder och resurser. Parterna är vidare överens om att under år 2004, i särskild ordning och utifrån resultatet av kontrollstationen, reglera förutsättningarna och tidpunkten för införandet av den utökade nationella vårdgarantin.

Nedan redovisas den vårdgaranti som parterna kommit överens om för år 2004.

Vården skall präglas av korta väntetider. Primärvården är ansvarig för de första kontakterna och patienten skall erbjudas hjälp, antingen per telefon för rådgivning eller genom besök, samma dag som vården kontaktas. Om kontakt med läkare i primärvården erfordras skall väntetiden vara högst sju dagar. Den som fått en remiss bekräftad till den specialiserade vården skall erbjudas tid med högst nittio dagars väntetid. Efter beslut om behandling i samråd med patienten skall tid för behandling erbjudas utan dröjsmål enligt vägledande principer för urval och prioritering.

I de fall besök inte kan erbjudas inom de angivna tidsgränserna har patienten rätt att, utan extra kostnader för patienten, välja att söka vård hos en vårdgivare i annat landsting. Det gäller även privata vårdgivare som får ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller enligt vårdavtal.

### **Nationellt utvecklingsarbete**

Överenskommelsen stödjer nationellt utvecklingsarbete på en rad områden. Hit hör bland annat utvecklandet av system för uppföljning och analys av väntetider, uppdrag att studera förutsättningarna för att bygga upp en nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning, arbete med att utveckla metoder för tillämpningen av riksdagsbeslutet om prioriteringar i hälso- och sjukvården, särskilda utvecklingsprojekt rörande systematiskt förbättringsarbete och tydligare indikationsgränser för besök och behandling. Vidare ingår stöd för utvecklandet av en kunskapsbaserad vård, dels genom producentobunden läkemedelsinformation, dels genom ett producentbundet multimediasystem för patientinformation med fastställda kvalitetskriterier. Här ingår vidare stöd till arbetet med att få bättre genomslag för nya forskningsresultat, information kring demenssjukdomar och nationella informationsinsatser om organdonation.

Ett viktigt sätt att förbättra samspelet mellan olika vårdnivåer, vårdgivare och vårdenheter är att underlätta för en samverkande användning av IT inom hälso- och sjukvården. Mot den bakgrunden stöder överenskommelsen arbete syftande till att utveckla gemensamma kravspecifikationer på nationell nivå exempelvis

inom områdena patientjournaler, patientadministration, läkemedelsförskrivning, m.m.

Kvalitetsregister är ett instrument för kvalitetsutveckling inom hälso- och sjukvården och överenskommelsen stöder arbete som syftar till att förbättra de ekonomiska förutsättningarna för såväl drift, vidareutveckling och användning av etablerade register, som för stöd och utveckling av nya register.

### **Förbundsstyrelsens beslut**

Förbundsstyrelsen har för sin del beslutat **att** godkänna överenskommelsen om ersättningar till hälso- och sjukvården för år 2004 samt **att** informera landstingen, regionerna och Gotlands kommun om beslutet.

LANDSTINGSFÖRBUNDET

Lars Isaksson

Ulf Wetterberg

I samband med styrelsens behandling av detta ärende lämnades reservation av m-, fp-, kd- och c-ledamöterna enligt bilaga.

SOCIALDEPARTEMENTET  
LANDSTINGSFÖRBUNDET

## Överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om vissa ersättningar till hälso- och sjukvården för år 2004

I de senaste årens överenskommelser mellan staten och Landstingsförbundet om vissa ersättningar till hälso- och sjukvården, de s.k. Dagmaröverenskommelserna, har huvudinriktningen varit en långsiktig satsning för att stärka patientens ställning inom hälso- och sjukvården. I det sammanhanget framhålls betydelsen av att förbättra såväl vårdens tillgänglighet som att öka patienternas inflytande och delaktighet. Denna inriktning ligger fast i överenskommelsen för år 2004.

Överenskommelsen för år 2003 omfattade 195 miljoner kronor. Den nu aktuella överenskommelsen omfattar totalt 179,5 miljoner kronor. Minskningen beror på att viss verksamhet såsom Centrum för patientklassifikation samt projektet Hur mår Sverige, inte längre omfattas av överenskommelsen. Vidare har en besparing på 10 miljoner kronor gjorts på det anslag, 13.3 *Bidrag till hälso- och sjukvård*, inom vilket medel avsätts till överenskommelsen.

### *Valmöjligheter och tillgänglighet*

År 1992 infördes en vårdgaranti för att korta väntetiderna inom tolv områden med speciellt uttalade väntetidsproblem. Garantin omfattade insatser som bedömdes utgöra ca 20 procent av det totala antalet operationer inom vården. Socialstyrelsen utarbetade allmänna råd som angav riktlinjer för vilka indikationer som skulle utgöra underlag för behandling. De patienter som omfattades av garantin skulle erbjudas behandling inom tre månader från den dag då beslut om behandling hade fattats.

Efter det att Prioriteringsutredningen i sitt slutbetänkande år 1995 kommit fram till att vårdgarantin huvudsakligen inte avsåg de högst prioriterade vårdbehoven togs den bort. Den ersattes år 1996 av en bredare vårdgaranti, en s.k. besöksgaranti med tidsgränser angivna för väntetider till primärvård och till besök hos läkare i den specialiserade vården.

Denna garanti gäller fortfarande och ingår i överenskommelsen för år 2003. Garantin innebär att primärvården skall erbjuda hjälp, antingen per telefon eller genom besök, samma dag som vården kontaktas. Om kontakt med läkare erfordras

skall väntetiden vara högst 7 dagar och den som fått remiss till den specialiserade vården skall erbjudas detta inom 90 dagar.

Mot bakgrund av de olika insatser som under senare år vidtagits för att förbättra tillgängligheten enades parterna i 2003 års överenskommelse om att den nationella vårdgarantin skall utökas till att också omfatta väntetid till behandling.

Under år 2003 har förberedelser skett med sikte på att kunna införa den utökade vårdgarantin.

Parterna är överens om att det finns behov av att under år 2004 vidtaga ytterligare förberedelser där hög prioritet ges åt att gå igenom väntelistor och behandla dem som väntat länge.

En kontrollstation skall genomföras i februari år 2004 för att stämma av hur långt förberedelserna kommit, vilka effekter som uppnåtts och eventuella behov av ytterligare åtgärder och resurser. Parterna är vidare överens om att under år 2004, i särskild ordning och utifrån resultatet av kontrollstationen, reglera förutsättningarna och tidpunkten för införandet av den utökade nationella vårdgarantin.

Nedan redovisas de regler för valmöjligheter och väntetider som parterna kommit överens om för år 2004.

### ***Fritt vårdval med korta väntetider***

Landstingsförbundet påbörjade med anledning av 1999 års överenskommelse ett arbete med en rekommendation för att tydliggöra och förenkla patientens möjlighet att välja vårdgivare. Landstingsförbundets styrelse beslutade under år 2000 om en ny rekommendation till landstingen om valmöjligheter i vården. Syftet med rekommendationen är att med patientens bästa för ögonen förtydliga och förenkla patientens möjlighet att söka vård i annat landsting än hemlandstinget. Samtliga landsting har nu antagit rekommendationen. Från och med den 1 januari år 2003 gäller därmed det ”fria vårdvalet” i hela Sverige.

Det fria vårdvalet gäller alltid och oavsett väntetiden. Det innebär att det inom patientens hemlandsting skall vara möjligt att välja vårdinrättning inom primärvården och sjukhus. Valmöjligheterna innebär också att patienten på samma sätt som i hemlandstinget kan söka öppen vård i ett annat landsting. Till öppen vård hör exempelvis besök hos en allmänläkare eller sjukgymnast vid en vårdcentral eller hos en gynekolog vid en specialistmottagning vid eller utanför sjukhus. Det fria vårdvalet gäller inte högspecialiserad vård. Om besöket hos en vårdgivare i ett annat landsting resulterar i ett beslut om behandling i sluten vård eller en kostnadskrävande åtgärd i öppen vård krävs ett godkännande från hemlandstinget.

Det fria vårdvalet innebär också att en patient som sökt vård i sitt hemlandsting efter beslut om behandling kan välja sjukhus, även i annat landsting, för behandlingen. Patienten behöver en remiss som bekräftar vårdbehovet och som medicinskt underlag till det sjukhus där patienten söker vård.

Genom det fria vårdvalet blir det enklare för den som av olika anledningar vistas i annat landsting att söka vård. Det gäller exempelvis den som pendlar till arbete eller studier i annat landsting eller den som har sitt sommarboende i annat landsting än hemlandstinget.

Vården skall präglas av korta väntetider. Primärvården är ansvarig för de första kontakterna och patienten skall erbjudas hjälp, antingen per telefon för rådgivning eller genom besök, samma dag som vården kontaktas. Om kontakt med läkare i primärvården erfordras skall väntetiden vara högst sju dagar. Den som fått en remiss godkänd till den specialiserade vården skall erbjudas tid med högst nittio dagars väntetid. I de fall besök inte kan erbjudas inom de angivna tidsgränserna har patienten rätt att, utan extra kostnader för patienten, välja att söka vård hos en vårdgivare i annat landsting. Det gäller även privata vårdgivare som får ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller enligt vårdavtal.

Det mottagande landstinget kan enligt hälso- och sjukvårdslagen inte låta patienter från andra landsting gå före. Det är de medicinska behoven som avgör. Ingen kan därmed ställas åt sidan eller gå före någon annan med större vårdbehov.

Det fria vårdvalet och vårdgarantin syftar till att stärka patientens ställning. Utgångspunkten är att människor skall kunna söka vård där det av olika skäl passar dem bäst och att vården i alla skeden skall präglas av hög tillgänglighet. Parterna är vidare överens om att förbättrad information och stöd till patienter är en förutsättning för att patienterna skall kunna utnyttja sina valmöjligheter.

### ***Att följa upp tillgängligheten***

I 1999 års överenskommelse fastslogs det angelägna i att kunna följa tillgängligheten i hälso- och sjukvården, men också att det saknas heltäckande och tillförlitliga uppföljningssystem. Därför avsattes resurser till ett projekt, Väntetider i Vården, som syftar till att förbättra tillgängligheten i hälso- och sjukvården genom att utveckla ett nationellt system för uppföljning och analys av väntetider. Samtliga landsting medverkar i projektet.

Under år 2000 presenterades en nationell databas för information om aktuella *förväntade väntetider* till ett urval mottagningsverksamheter och behandlingar inom den somatiska specialistvården. Såväl insamling som redovisning av uppgifterna görs med hjälp av Internet. Under år 2000 påbörjades vidare ett arbete med att komplettera databasen med uppgifter för uppföljning och analys av *faktiska väntetider*. I och med Överenskommelsen om åtgärder för ökad tillgäng-

lighet i hälso- och sjukvården, infördes ett åtagande för landstingen att fortsätta förbättra uppföljningen av tillgängligheten. Vid utgången av år 2004 skall landstingens rapportering av faktiska väntetider vara hundraprocentig.

Som ett led i uppföljningen av den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149) har landstingen, genom Landstingsförbundet, åtagit sig att två gånger per år följa upp väntetiderna till besök vid läkarmottagning i primärvården. Även dessa mätningar sker inom ramen för projektet Väntetider i vården och en speciell databas har byggts upp för detta ändamål.

Inom ramen för projektet pågår också aktiviteter för att ta fram riktlinjer för god praxis vad gäller organisation och administration av väntelistor samt för att öka kunskaperna om vårdens tillgänglighet i olika avseenden. På längre sikt syftar projektet till att implementera hela den modell för att följa tillgängligheten som Landstingsförbundet tagit fram i samverkan med den södra sjukvårdsregionen.

### ***Prioriteringar i hälso- och sjukvården***

Socialstyrelsen inledde under år 1999 ett långsiktigt arbete med att utveckla metoder för tillämpningen av riksdagsbeslutet om prioriteringar i hälso- och sjukvården. Syftet är i överensstämmelse med det mål för Socialstyrelsens arbete med dessa frågor som regeringen uttalade i propositionen *Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården* (prop. 1999/2000:149). Där sägs bl.a. att Socialstyrelsens arbete skall bidra till uppfyllandet av det långsiktiga målet att frågan om prioriteringar integreras i sjukvårdshuvudmännens planeringsarbete på alla nivåer med medvetna och öppna prioriteringar som följd. Socialstyrelsen har också från och med år 2000 i uppdrag att ta fram beslutsstöd för prioriteringar inom ramen för riktlinjerna för vård och behandling av patienter med kroniska sjukdomar.

Tyngdpunkten i Socialstyrelsens arbete med prioriteringar har under år 2003, liksom föregående år, lagts på att utarbeta kunskapsunderlag som stöd för sjukvårdshuvudmännens prioriteringar. Riktlinjer för hjärtsjukvård, vården av patienter med astma och kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) och venös tromboembolism (blodproppsjukdom) remissbehandlas för närvarande och beräknas publiceras under våren år 2004. Arbete pågår med riktlinjer för strokesjukvård och för vården av patienter med bröstcancer. Riktlinjerna för cancersjukvården skall under våren år 2004 utvidgas så att de även omfattar kolorektalcancer och prostatacancer.

PrioriteringsCentrum i Linköping har Socialstyrelsens uppdrag att följa upp implementeringen av riktlinjerna för hjärtsjukvård i fyra regioner/landsting under perioden 2003 – 2005.

Kraven på Socialstyrelsens nya riktlinjer är högt ställda. De skall så långt det är möjligt baseras på evidensbaserade och graderade systematiska översikter av den medicinska och hälsoekonomiska dokumentationen inom det aktuella området. Eftersom riktlinjerna skall ligga till grund för beslut om prioriteringar krävs att styrkan i de olika rekommendationerna baseras på en samlad bedömning som tar hänsyn till de grundläggande etiska principerna i riksdagsbeslutet om prioriteringar.

Syftet med Socialstyrelsens arbete med riktlinjer för vård och behandling är att bidra till en ökad effektivitet och rättvisa i hälso- och sjukvården både inom och mellan sjukdomsgrupper och till en mer behovsstyrd hälso- och sjukvård. Arbetet fokuserar framförallt på rangordning inom en sjukdomsgrupp (s.k. vertikal prioritering), men kan på sikt komma till användning för jämförelser mellan sjukdomsgrupper (s.k. horisontell prioritering).

Som framgår i det följande avsätts särskilda medel även i denna överenskommelse för utvecklingsarbete avseende prioriteringar.

### ***Särskilda utvecklingsprojekt***

Tillgängligheten i hälso- och sjukvården har avgörande betydelse för hela hälso- och sjukvårdssystemets trovärdighet. Många vårdcentraler och mottagningar vid sjukhus har visat att det är möjligt att organisera vården på ett sådant sätt att köer och väntetider kan kortas. Med hjälp av satsningarna inom den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården samt med hjälp av tillgänglighetspengarna pågår på många håll redan idag ett intensivt förändringsarbete i landstingen, vilket gett positiva resultat i form av kortare väntetider och bättre behandlingskapacitet. Det är viktigt att detta arbete drivs vidare.

En nationell vårdgaranti kräver tydlighet om vid vilka punkter i vårdprocessen som olika delar av garantin träder i kraft. Den medför också krav på ökad tydlighet om indikationsgränser, både för remiss till den specialiserade vården och för behandling. I några landsting pågår ett arbete med att tydliggöra indikationsgränser. Sådant arbete måste initieras i alla landsting och stöds därför genom denna överenskommelse

Mot bakgrund av detta är parterna överens om att under år 2004 avsätta 38,55 miljoner kronor för att stödja utvecklingsarbete i landstingen. Medlen skall särskilt gå till att stödja utvecklingsarbete som syftar till att säkerställa att patientens bästa står i centrum, att organisationen understödjer personalens strävan att göra ett bra jobb samt att de möjligheter som finns att kontinuerligt förbättra kvalitet, tillgänglighet och produktivitet tas tillvara.

Det är parternas intention att i framtiden finna en lämplig form för att fördela och följa upp dessa utvecklingsmedel. I avvaktan på detta är parterna överens om att dessa medel under år 2004, skall disponeras av Landstingsförbundet men

användas till utvecklingsprojekt i landstingen. Arbetet skall ske i samverkan med Socialstyrelsen.

Parterna är vidare överens om vikten av att följa upp hur pengarna används och vilka effekter som uppnås av utvecklingsprojekten. De landsting som får del av pengarna skall därför redovisa till Landstingsförbundet och Socialdepartementet hur pengarna använts och vilka resultat som uppnåtts. En avstämning av satsningen skall utifrån dessa redovisningar genomföras mellan Landstingsförbundet och Socialdepartementet under år 2005.

### *Nationella informationssystem*

För år 2003 avsattes 6 miljoner kronor för producentobunden läkemedelsinformation. Parterna avser att avsätta samma belopp för år 2004. Medlen för producentobunden läkemedelsinformation disponeras av Läkemedelsverket och skall, i samverkan med landstingen, användas för att utveckla informationen, bl.a. till landstingens läkemedelskommittéer.

Bakterier som har utvecklat resistens mot antibiotika har blivit ett mycket stort problem runt om i Europa. Även om situationen i Sverige fortfarande uppfattas som bättre än i många länder i vår omvärld finns det oroande tecken även i vårt land. Påtagliga problem finns framför allt på sjukhus, men även i andra vårdformer. Situationen förvärras snabbt internationellt vilket leder till ökad risk för import av antibiotikaresistenta bakterier.

Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens (STRAMA) har sedan år 1995 fungerat som ett forum för att sprida information i syfte att åstadkomma en rationell användning av antibiotika och därigenom begränsa utvecklingen av antibiotikaresistens i landet. Parterna kom år 1999 överens om att under tre år avsätta 3 miljoner kr årligen till STRAMA.

De tecken som finns när det gäller ökad spridning av resistenta bakterier medför att det finns behov av att fortsätta utveckla den samverkan som i dag sker mellan landsting, kommuner och myndigheter inom ramen för STRAMA. Det arbete som i dag bedrivs i syfte att öka kunskapen och medvetenheten om problemen med antibiotikaresistens och hur det kan förebyggas behöver ges fortsatt stöd. Samtidigt finns det behov av att utveckla möjligheterna att göra jämförelser mellan olika delar av landet och att bredda STRAMA:s verksamhet till att omfatta även andra vårdformer. Parterna kom därför i överenskommelsen för 2003 överens om att stödet till STRAMA bör utökas till 8 miljoner kronor årligen. Denna inriktning ligger fast även för år 2004.

Infomedica, som började utvecklas år 1997, är ett producentbundet multimediasystem för patientinformation med fastställda kvalitetskriterier. Systemet finansieras bl.a. av landstingen och Apoteket AB. Parterna är ense om

att år 2004 avsätta 9,8 miljoner kronor för att stödja Infomedicas fortsatta utveckling.

### ***Nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning***

I överenskommelsen för år 2002 betonades att en viktig del i arbetet med att öka vårdens tillgänglighet och kvalitet är att förbättra möjligheten till sjukvårdsrådgivning per telefon. Parterna tillsatte därför en utredning som fick i uppdrag att studera förutsättningarna för att bygga upp en nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning. Utredningen lämnade i maj år 2003 slutrapporten *Vårdråd direkt*.

Av utredningens slutrapport framgår att en nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning per telefon kan öka patientens trygghet i vardagen, stödja egenvård och avlasta vården besök som inte är nödvändiga. När vårdsökande som inte har behov av att träffa en läkare eller distriktssköterska, kan erbjudas kvalificerad rådgivning per telefon avlastas vården en rad besök och kan lättare ta emot de patienter som behöver få tid för vårdbesök eller behandling.

I överenskommelsen för år 2003 kom parterna överens om att för år 2003 avsätta 15 miljoner kronor till ett projekt, Vårdråd per telefon, som har till uppgift att leverera ett väl utprovat och av intressenterna accepterat sjukvårdsrådgivningssystem som är i drift och tillgängligt för alla sjukvårdshuvudmännens sjukvårdsrådgivningar. Projektet skall också leverera införandestöd i form av handböcker, utbildningspaket, förberedda avtal och annat stöd till de huvudmän som väljer att ansluta sig till den nationellt samordnade sjukvårdsrådgivningen. En utvärdering baserad på att minst tre sjukvårdsrådgivningar har använt systemet skall också genomföras. Projektet Vårdråd per telefon genomförde under första delen av år 2003 en förstudie där en översiktlig kravbild för sjukvårdsrådgivning sammanställdes och marknaden för befintliga stödsystem och kunskapsinnehåll inventerades. Projektet gick under sensommaren år 2003 in i sin andra fas, att fastställa kravspecifikation. Detta innebar att detaljerade krav specificerades som underlag för upphandling av systemets komponenter. Vid årsskiftet 2003/2004 avslutas den förberedande fasen och projektet går in i en genomförandefas med upphandling av tjänster. Lämpliga leverantörer identifieras då och två separata upphandlingar görs – en för telefonlösning och en för datorbaserat rådgivningsstöd.

Nästa steg i projektets arbete omfattar uppbyggnad av en telefonlösning som kan hantera telefonsamtal från hela landet. Ett datorbaserat rådgivningsstöd utvecklas också för sökning, bedömning och ärendehantering. Arbetet skall vara klart i slutet av år 2004. Därefter påbörjas testverksamhet i pilotlandsting. Erfarenheterna från testningen kommer att utvärderas noga och eventuella brister åtgärdas. Sjukvårdshuvudmännen kommer successivt att anslutas under år 2005 och den nationella sjukvårdsrådgivningen per telefon beräknas vara fullt

uppbyggd under andra delen av år 2005. I samband med detta kommer en permanent organisation att inrättas för den fortsatta driften och utvecklingen av systemet som därefter kommer att vara självförsörjande genom en låg fast avgift per samtal.

Utifrån de beräkningar av medelsbehov som projektet gjort, har parterna kommit överens om att för år 2004 avsätta 33,4 miljoner kronor för utveckling, upphandling, införande och testverksamhet av en nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning per telefon.

För att uppnå hög patientsäkerhet är det mycket viktigt att tjänsten kvalitetssäkras så att den vård sökande garanteras snabb kontakt och korrekta råd. En avstämning om projektets arbete, kvalitetssäkring, medelsanvändning och resultat skall därför ske mellan parterna under år 2004. Projektets vidare ledning och inriktning är avhängigt resultatet av denna avstämning.

### ***Nationellt utvecklingsarbete***

Parterna är överens om att arbetet med stöd till kunskaps- och verksamhetsutveckling inom hälso- och sjukvården bör fortsätta och vidareutvecklas. Parterna är eniga om att för år 2004 anslå 20,5 miljoner kronor för detta ändamål.

Därav avsätts 12 miljoner kronor till nationellt stöd för verksamhetsutveckling i hälso- och sjukvården. Syftet med arbetet är att utveckla ändamålsenligheten i hälso- och sjukvården ur ett patientperspektiv. Medlen disponeras av Landstingsförbundet för att användas dels för genomförande av olika insatser för att stödja verksamhetsutvecklingen i landstingen, dels för att göra det möjligt för landstingen att frikoppla personer för att aktivt delta i landstingsgemensamt utvecklingsarbete.

Projektet Väntetider i Vården samt Socialstyrelsens utvecklingsarbete rörande prioriteringar är viktiga inslag i det nationella utvecklingsarbetet. Parterna är mot denna bakgrund eniga om att för år 2004 avsätta 2 miljoner kronor för Socialstyrelsens arbete med att utveckla metoder och beslutsstöd för prioriteringar och 5 miljoner kronor för det fortsatta arbetet inom det nationella utvecklingsprojektet Väntetider i vården. Därutöver avsätts 1,5 miljoner kronor till Nyckeltalssamverkan (Nysam).

### ***Kunskapsbaserad hälso- och sjukvård***

Den snabba kunskapsutvecklingen inom hälso- och sjukvården tillsammans med ett ökat vårdbehov och knappa ekonomiska resurser accentuerar behovet av att säkra att vården baseras på vetenskapliga metoder. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har till uppdrag att utvärdera befintlig och ny

medicinsk metodik samt att förmedla resultaten till sjukvårdshuvudmännen. Slutsatserna från SBU har hög trovärdighet men likafullt finns brister i tillämpningen av dessa inom hälso- och sjukvården.

Parterna är därför eniga om att avsätta 5 miljoner kronor år 2004, i syfte att stödja arbetet med att få bättre genomslag för nya forskningsresultat. Eftersom parterna är angelägna om att få till stånd en dialog mellan SBU och landstingen om metoder för att föra ut kunskapen anser parterna att beslut om hur medlen skall disponeras skall fattas i samråd mellan Landstingsförbundet och SBU.

Mot bakgrund av att utbildning är ett av de viktigaste redskapen för förändring är parterna vidare överens om att därutöver avsätta medel till SBU för att genomföra utbildningsinsatser om evidensbaserad hälso- och sjukvård i den praktiska vården. För år 2004 avsätts 2 miljoner kronor för detta ändamål.

Regeringen beslutade den 21 februari år 2002 att tillsätta en arbetsgrupp med uppgift att sammanställa befintliga kunskaper om situationen för personer med demenssjukdomar och deras anhöriga samt identifiera utvecklingsområden där åtgärder behöver sättas in. Arbetsgruppen har i oktober år 2003 presenterat sina slutsatser i rapporten *På väg mot en god demensvård* (Ds 2003:47).

Utredningen visar att demenssjukdomarna kan räknas till folksjukdomarna. Antalet demenssjuka i Sverige är omkring 139 000 och ungefär 24 000 personer insjuknar i demens varje år och nästan lika många avlider. Antalet demenssjuka kommer att öka, speciellt efter år 2020.

Det stora antalet demenssjuka ställer stora krav på vårdorganisationen. Fortsatt forskning och kunskapsutveckling på området är nödvändig för att ytterligare öka möjligheterna att bota och lindra symptom samt öka livskvaliteten för demenssjuka och deras anhöriga. Kunskaperna om demenssjuka och deras behov behöver också spridas framförallt inom primärvården, vilken ofta är den första kontakten med sjukvården för de drabbade. Parterna är mot bakgrund av detta överens om att under år 2004 avsätta 2 miljoner kronor till en informationssatsning om demenssjukdomar.

### ***IT-utveckling i hälso- och sjukvården***

Ett viktigt sätt att förbättra samspelet mellan olika vårdnivåer, vårdgivare och vårdenheter är att underlätta för en samverkande användning av IT inom hälso- och sjukvården. En förutsättning för detta är bl.a. gemensamma kravspecifikationer på nationell nivå.

Mot den bakgrunden har ett nationellt organ för IT-strategiska frågor i vården bildats, Carelink. Carelink arbetar på uppdrag av sjukvårdshuvudmän och vårdgivare, såväl offentliga som privata, för att få till stånd en gemensam

infrastruktur eller plattform för IT i hälso- och sjukvården. I Carelinks styrelse ingår Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet, Apoteket AB och Socialstyrelsen.

Samarbetet mellan landstingen på IT-området har påbörjats men det behövs ytterligare samordning för att det skall fungera fullt ut. Parterna är därför eniga om att för år 2004 avsätta 15 miljoner till IT- utveckling i hälso- och sjukvården. Dessa medel kommer att användas av Carelink för att utveckla gemensamma kravspecifikationer på nationell nivå för viktiga och i alla landsting och regioner förekommande verksamheter och arbetsmoment, exempelvis inom områdena patientjournaler, patientadministration, läkemedelsförskrivning, remiss-svarshantering, säkerhetsfunktioner, kontakter med folkbokföringsmyndigheten och försäkringskassan m.m.

### *Nationella kvalitetsregister*

Kvalitetsregister är en viktig källa till information om vårdens kvalitet. De innehåller individbundna data om diagnoser, åtgärder och utfall. Den möjlighet till jämförelse med uppgifter på riksnivå samt trendanalyser som registren ger är ett viktigt stöd för lokal kvalitetsutveckling och uppföljning av sjukvårdens nytta för patienterna. Registren är kraftfulla instrument för kvalitetsarbetet och ett av de viktigaste syftena med dem är att bidra till kvalitetsutveckling inom hälso- och sjukvården och till utjämnande av de skillnader som finns.

Idag finns drygt 50 kvalitetsregister som är, eller utvecklas för att bli, rikstäckande. De nationella kvalitetsregistren varierar i syften liksom hur och när de kommit till, men har alla det gemensamt att de startats av representanter för den medicinska professionen och byggts upp som stöd för kvalitetsutveckling vid den egna kliniken. Registerhållarna finns spridda bland olika kliniker och landsting.

Landstingsförbundet och Socialstyrelsen samverkar på central nivå genom en beslutsgrupp och lämnar ekonomiskt och på andra sätt aktivt stöd för skapande och utveckling av de nationella kvalitetsregistren. I detta arbete medverkar också Svenska Läkaresällskapet med dess sektioner. Det administrativa arbetet på central nivå ansvarar Socialstyrelsen för.

I kvalitetsregistren hanteras stora mängder känsliga personuppgifter om enskilda patienters hälsa. Regeringen beslutade därför i april år 2003 att tillsätta en utredning (dir. 2003:42) vars huvuduppgift är att föreslå en särskild författningsreglering av nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården. Utredningen har också i uppdrag att överväga behoven av en författningsreglering av personuppgiftshanteringen i de regionala cancerregistren, Socialstyrelsens metadonregister, Socialstyrelsens donationsregister, det planerade vaccinationsregistret samt det planerade blodgivarregistret.

För att sammantaget förbättra de ekonomiska förutsättningarna för såväl drift, vidareutveckling och användning av etablerade register, som för stöd och utveckling av nya register, är parterna överens om att det finns starka skäl för att i fortsättningen landstingsgemensamt finansiellt stödja registerutvecklingen. Parterna är därför eniga om att avsätta 20 miljoner kronor för detta ändamål år 2004.

### ***Nationella informationsinsatser om organdonation***

Transplantation av organ är numera en etablerad behandlingsform i hälso- och sjukvården. För närvarande väntar närmare 700 personer på att få ett nytt organ. Samtliga har en livshotande sjukdom och transplantation är för dem den enda möjligheten till ett fortsatt normalt liv. Det råder emellertid stor brist på organdonatorer i Sverige. Under 1990-talet har antalet avlidna donatorer i Sverige minskat med en tredjedel. Många svårt sjuka avlider i transplantationskön. Det behövs åtgärder av olika slag för att öka antalet transplantationer. Det kan t.ex. handla om utbildning av personal för kontakter med närstående samt organisation för samverkan vid omhändertagande av organ. En orsak till bristen på organ är också att närmare hälften av de möjliga organdonationerna inte kommer till stånd på grund av ett nej från den avlidne eller dennes anhöriga. Detta trots att en nyligen genomförd Sifundersökning visar att 87 procent av svenskarna är positiva till att donera sina organ.

Parterna anser mot denna bakgrund att det är viktigt att genom informationsinsatser öka människors kunskap inom området och att få dem att meddela sitt ställningstagande till anhöriga. Man vet att ökad kunskap medför en mer positiv inställning och många människor kan ändra ståndpunkt när missuppfattningar klaras ut. Parterna var därför redan i överenskommelsen för år 2002 överens om att under maximalt tre år med början år 2002 avsätta 9 miljoner kronor årligen för nationella informationsinsatser om organdonation.

### ***Rett Center***

Vård för patienter med Rett syndrom bedrivs vid länsjukhuset i Östersund (Rett Center). Rett Center är upptaget som en riksspecialitet i Socialstyrelsens Vårdkatalog. Verksamheten startade med stöd av statliga stimulansbidrag åren 1995 och 1996 och har sedan dess drivits av Jämtlands läns landsting. För att underlätta en smidig övergång till självfinansiering av verksamheten kom staten och Landstingsförbundet i Dagmaröverenskommelsen för år 2001 överens om att ett övergångsbidrag på 2 miljoner kronor per år skulle utbetalas under åren 2001 och 2002.

Rett Center har dock inte lyckats skapa ett sådant patientunderlag att verksamheten kunnat bli självbärande. Det finns tecken som tyder på att de få

specialistremitteringarna mellan landstingen kan vara ett vanligt problem för små verksamheter av rikscharakter. Socialstyrelsen kunde exempelvis i sin slutredovisning av uppdraget om hur vårdbehoven tillgodoses för små och mindre kända handikappgrupper endast i få fall påvisa en önskvärd ökad remittering till rikscentra. Det är möjligt att detta problem hänger samman med brister i de nuvarande formerna för samordning av den högspecialiserade vården.

I avvaktan på regeringens beredande av det underlag som projektet om översyn av den högspecialiserade vården lämnat i november år 2003, är parterna överens om att under år 2004 avsätta 7 miljoner kronor till verksamheten vid Rett Center.

### ***Vaccinationsförsörjning***

I avtalet mellan staten och Apoteket AB om bolagets verksamhet, vilket trädde i kraft i februari år 2003, regleras att bolaget mot särskild ersättning skall ha ett nationellt ansvar för vaccinationsförsörjningen. Apoteket AB skall upprätthålla god försörjning av viktigare vacciner, dvs. sådana vacciner som ingår i Socialstyrelsens rekommendationer eller sådana där internationella krav på vaccination finns. Bolagets ansvar skall omfatta bevakning, licensförsäljning samt lagerhållning av vacciner och vissa antidoter. Parterna är överens om att under år 2004 avsätta 750 000 kronor för detta ändamål.

### ***European Observatory on Health Care Systems***

The European Observatory on Health Care Systems är ett partnerskap mellan WHO:s regionala kontor för Europa, regeringarna i Grekland, Norge och Spanien, Europeiska investeringsbanken, the Open Society Institute, Världsbanken, London School of Economics and Political Science (LSE) samt London School of Hygiene & Tropical Medicine.

Syftet med observatoriets verksamhet är att genom omfattande studier och noggrann analys av dynamiken inom hälso- och sjukvårdssystemen i Europa, stödja och främja evidensbaserat beslutsfattande och policyskapande på hälso- och sjukvårdsområdet.

Observatoriet arbetar i partnerskap med ländernas regeringar och tillvaratar erfarenheterna från de olika hälso- och sjukvårdssystemen. Det sammanför en bred skara av forskare, beslutsfattare och praktiserande hälso- och sjukvårdspersonal samt utnyttjar styrkan hos partnerorganisationerna och deras nätverk för att tillhandahålla evidensbaserade råd till nationella beslutsfattare.

Observatoriets forskning ger en värdefull möjlighet att jämföra olika länders hälso- och sjukvårdssystem och förbättrar därmed förutsättningarna att utveckla det egna hälso- och sjukvårdssystemet.

Parterna är överens om att avsätta 2,5 miljoner kronor för år 2004 med avsikt att Sverige skall bli medlem i Observatoriet. Inom Observatoriet avser Sverige att särskilt stimulera och stödja forskning som syftar till att ta fram och föra ut kunskap, erfarenhet och idéer om en solidariskt finansierad allmän sjukvård som ges efter behov på lika villkor.

## Uppföljning av överenskommelsen

Liksom tidigare år är parterna eniga om att de centrala instanser som erhåller ekonomisk ersättning enligt denna överenskommelse skall följa upp och redovisa användning och resultat av de tilldelade medlen. Redovisningen skall ha inkommit till Socialdepartementet senast den 28 februari år 2005.

## Utbetalningsregler

Den ekonomiska omfattningen av överenskommelsen och medelsfördelningen för år 2004 framgår av bilaga 1.

Ersättning enligt punkt 1. Särskilda utvecklingsprojekt, utbetalas av Socialstyrelsen efter rekvisition till Landstingsförbundet.

Ersättning enligt punkt 2.1. Producentobunden läkemedelsinformation samt 2.2. STRAMA utbetalas av Socialstyrelsen utan särskild rekvisition till Läke-medelsverket respektive Smittskyddsinstitutet. Ersättning enligt punkt 2.3. Infomedica samt 2.4. Nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning utbetalas av Socialstyrelsen utan särskild rekvisition till Landstingsförbundet.

Ersättning enligt punkt 3.1. Verksamhetsutveckling och punkt 3.3. Projektet Väntetider i vården utbetalas av Socialstyrelsen utan särskild rekvisition till Landstingsförbundet. Ersättning enligt punkt 3.2 Prioriteringar disponeras av Socialstyrelsen. Ersättning enligt punkt 3.4. Nyckeltalssamverkan (Nysam) utbetalas av Socialstyrelsen utan särskild rekvisition till Landstingsförbundet.

Ersättning enligt punkt 4.1. Kunskapsspridning utbetalas av Socialstyrelsen till SBU i enlighet med överenskommelse mellan Landstingsförbundet och SBU om medlens användning. Ersättning enligt punkt 4.2. Utbildningsinsatser utbetalas av Socialstyrelsen utan särskild rekvisition till SBU. Ersättning enligt punkt 4.3. Informationsinsatser om demenssjukdomar disponeras av Regeringskansliet.

Ersättning enligt punkt 5. IT-utveckling i hälso- och sjukvården utbetalas av Socialstyrelsen efter rekvisition till Carelink AB.

Ersättning enligt punkt 6. Nationella kvalitetsregister disponeras av Socialstyrelsen.

Ersättning enligt punkt 7. Nationella informationsinsatser om organdonation utbetalas av Socialstyrelsen utan särskild rekvisition till Landstingsförbundet.

Ersättning enligt punkt 8. Rett Center. Medlen disponeras av Socialstyrelsen och utbetalas efter rekvisition till Jämtlands läns landsting. Jämtlands läns landsting skall senast den 15 november år 2004 inkomma till Socialdepartementet med en redovisning av hur medlen använts.

Ersättning enligt punkt 9. Vaccinationsförsörjning utbetalas av Socialstyrelsen utan särskild rekvisition till Apoteket AB.

Ersättning enligt punkt 10. European Observatory on Health Care Systems ställs till Regeringskansliets förfogande.

### Godkännande av överenskommelsen

Överenskommelsen blir giltig när den godkänts av regeringen och av Landstingsförbundets styrelse samt under förutsättning att riksdagen ställer erforderliga medel till regeringens förfogande.

För staten genom  
Socialdepartementet

För Landstingsförbundet

Mikael Sjöberg

Ulf Wetterberg

**Kommunfullmäktige**  
*Sammanträdesdag*  
**2004-03-22**

Handlingar till  
**Ärende 5**

## **Ändring av reglerna om valfrihet inom hälso- och sjukvården**

### *Innehåll*

- Kommunstyrelsens förslag 2004-02-26, § 47
- Ledningskontoret 2004-02-04
- Hälso- och sjukvårdsnämnden 2003-09-29, § 92

*Bakgrundsmaterial, se ärende 4.*

**Önskas ytterligare handlingar eller uppgifter i detta ärende, v.g. ring 26 93 18**

**Ks § 47**

Au § 35

**Ändring av reglerna om valfrihet inom hälso- och sjukvården**

KS 2003/0470-91

- Hälso- och sjukvårdsnämnden 2003-09-23, § 92
- Kommunstyrelsen 2004-01-22, § 25
- Ledningskontoret 2004-02-04

Hälso- och sjukvårdsnämnden har, mot bakgrund av stigande kostnader för utomlänsvård, föreslagit att kommunfullmäktige ska upphäva valmöjligheterna vad avser utomlänsvård. Förslaget gäller kommunfullmäktiges beslut i juni 2001 att Gotlands kommun ska tillämpa landstingsförbundets rekommendation om valmöjligheter i hälso- och sjukvården. Ärendet återremitterades av kommunstyrelsen vid förra sammanträdet.

*Ledningskontoret* föreslår att valfriheten inte ska upphävas men i stället inskränkas på så sätt, att den som är folkbokförd på Gotland inte ska kunna få vård utom länet vid tidigare tidpunkt än man skulle ha fått vård här. Restriktionen föreslås avse öppen och sluten specialistsjukvård (d.v.s. inte primärvård). Ändringen föreslås avse patienter som "uppsatts på väntelista fr.o.m. 1 april 2004" och gälla ett år framåt. Därefter ska bestämmelsen utvärderas och eventuellt omprövas. Kostnaderna för de patienter som utnyttjat valmöjligheten uppges ha varit 19 500 kr 2001, ca 2,3 mnkr 2002 och ca 2,7 mnkr 2003. Eftersom val av andra vårdgivare skulle kunna ses som ett tecken på att köerna blivit längre än vad som kan accepteras för god vård föreslås hälso- och sjukvårdsnämnden få i uppdrag att följa de val som görs och överväga att omprioritera resurser till dessa verksamheter.

*Arbetsutskottet* har tillstyrkt ledningskontorets förslag.

**Anm:** LANDSTINGSFÖRBUNDETS REKOMMENDATION OM VALMÖJLIGHETER I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN (cirkulär 00:56) tillämpas i Gotlands kommun fr.o.m. 1 juli 2001. Den gäller *inte* regionsjukvården.

Valmöjligheterna gäller icke akut vård. För utomlänsvården innebär den i korthet att patienterna har möjlighet att söka öppen vård i annat landsting på samma villkor (d.v.s. remissrutiner när det gäller öppen specialistvård) som i hemlandstinget. Efter beslut om behandling i hemlandstinget är det dessutom fritt att välja sjukhus var som helst i landet. Resekostnaden får patienten själv stå för. Det finns dock vissa situationer där valfriheten inte kan inskränkas; t.ex. remisskrav ifråga om vissa specialiteter (öppen vård) och möjligheten att kontakta annan läkare för s.k. second opinion vid allvarliga sjukdomstillstånd. *forts*

**Ks § 47** forts  
Au § 35

0-7-90 syftar på de tidsgränser som angivits i överenskommelsen mellan landstingsförbundet och staten (Dagmaröverenskommelsen) för 2003 om ersättningarna till hälso- och sjukvården. I uppgörelsen ingår en vårdgaranti i form av följande besöksgaranti: Primärvården ska erbjuda hjälp – per telefon eller besök – samma dag som vården kontaktas (0). Om kontakt med läkare erfordras ska väntetiden vara högst 7 dagar. Den som fått remiss till den specialiserade vården ska erbjudas tid för besök utan dröjsmål enligt vägledande principer för urval och prioriteringar, dock senast inom 90 dagar." (0-7-90).

I de fall besök inte kan erbjudas inom dessa tidsgränser har patienten rätt att, utan extra kostnader för patienten, välja att göra besök hos en vårdgivare i annat landsting. Denna rätt inkluderar även vissa privata vårdgivare. I överenskommelsen för 2003 låg att den nationella vårdgarantin skulle utökas till att också omfatta väntetid till behandling. I överenskommelsen för 2004 är förbundet och staten överens om att vidta ytterligare förberedelser och under 2004 i särskild ordning reglera förutsättningarna och tidpunkten för införandet av den nationella vårdgarantin.

*Yrkande:*

- *Lena Celion (m)* yrkade, med instämmande av *Bror Lindahl (fp)*, att kommunstyrelsen skulle avstyrka förslaget om inskränkningar fr.o.m. 1 april 2004. Hon tillstyrkte förslaget om uppdrag till hälso- och sjukvårdsnämnden att följa hur valmöjligheterna utnyttjades m.m.

Ordföranden ställde proposition på arbetsutskottets förslag och Lena Celions yrkande och förklarade sig anse att arbetsutskottets förslag vunnit majoritet. Omröstning begärdes och kommunstyrelsen godkände följande proposition: JA för arbetsutskottets förslag. NEJ för Lena Celions yrkande. 12 ledamöter röstade ja: Sonia Landin (s), Ylva Simander (s), Carina Grönhagen (s), Björn Jansson (s), Eric Martell (s), Brittis Benzler (v), Roland Norbäck (v), Hans-Åke Norrby (mp), Eva Nypelius (c), Per-Olof Jacobsson (c), Barbro Ronsten (c) och ordföranden Jan Lundgren (s). 3 ledamöter röstade nej: Birgitta Eriksson (m), Lena Celion (m) och Bror Lindahl (fp).

**Kommunstyrelsens förslag till kommunfullmäktige**

- Hälso- och sjukvårdsnämndens förslag att avveckla möjligheten att välja vård bifalls på så sätt att valfrihet enligt kommunfullmäktiges beslut 11 juni 2001, § 73, ska gälla för val av annan vårdgivare av öppen och sluten specialistvård, men med giltighet från den tidpunkt vid vilken patienten skulle ha fått vård på Gotland.

*forts*

**Ks § 47** forts  
Au § 35

- De nya tillämpningsreglerna för valfrihet i vården gäller för patienter uppsatta på väntelista fr.o.m. 1 april 2004 och ett år framåt. Reglerna ska därefter utvärderas och vid behov omprövas.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden får i uppdrag att nogsamt följa de val som gjorts med stöd av valfrihetsreglerna som en indikation på att köerna inom dessa områden blivit längre än vad som allmänt kan accepteras som god vård och därmed överväg att omprioritera resurser till dessa verksamheter.

*Reservation:*

Mot beslutet att föreslå ändrad utformning av reglerna om valfrihet reserverade sig Lena Celion (m), Birgitta Eriksson (m) och Bror Lindahl (fp).

Kommunstyrelsen

## Ang. upphävande av bestämmelserna om valfrihet vid utomlänsvård

Mot bakgrund av delårsbokslut 2 2003 beslöt hälso- och sjukvårdsnämnden vid sammanträde 2003-09-27 att föreslå kommunfullmäktige att besluta ta bort den enligt beslutet Kf §73/2001 rekommenderade valfriheten vad gäller utomlänsvård.

### Bakgrund

Riksavtalet för utomlänsvård innehåller regler om vad som gäller när en person får vård utanför sitt hemlandsting. Nuvarande riksavtal gäller sedan den 1 januari 1997. Riksavtalet med bilagor utgör den gemensamma grund på vilken offentlig sjukvård inom Sverige kan efterfrågas, erhållas och ersättas. Förslag till reviderat riksavtal för utomlänsvård kommer att behandlas under våren 2004.

### Sammanhörande beslut

I enlighet med rekommendation från Landstingsförbundet (A 00:56) beslutade kommunfullmäktige 11 juni 2001 (§ 73) att godkänna valmöjligheter inom hälso- och sjukvården att gälla fr.o.m. 1 juli 2001. Rekommendationen innebär, i korthet, att patienten ska erbjudas möjlighet att inom andra landsting välja primärvård, välja öppenvård för specialistsjukvård enligt hemlandstingets remissregler samt välja behandling i slutenvård vid sjukhus inom länsjukvården eller i öppenvård för specialistsjukvård, efter att behov fastställts i hemlandstinget.

Den 29 september 2003 (§92) beslutade hälso- och sjukvårdsnämnden att, på grund av ökande, icke budgettäckta kostnader för utomlänsvård föreslå kommunfullmäktige att ta bort den rekommenderade valfriheten för utomlänsvård.

### **Ledningskontorets bedömning**

Hälso- och sjukvården har under många år levt i situationen att efterfrågan på vård har ökat i takt med de medicinska framstegen och patienternas allt större kunskaper. Mer medicinska insatser kan göras än de gemensamma medlen medger. Konsekvensen av denna situation blir ökande köer. Köerna uppträder framförallt till operativa åtgärder för besvär som inte är livshotande och som därmed kan ställas på väntelista.

Genom de regler för valfrihet i vården som definieras i riksavtalet samt i den av kommunfullmäktige antagna rekommendationen från Landstingsförbundet angående valfrihet i vården inträder, då patienten diagnostiserats och satts upp på väntelista, en möjlighet att få vård, antingen på hemorten eller i ett annat landsting. Möjligheten till valfrihet utnyttjas idag framförallt för att ”komma förbi” väntelistan.

Val av annan vårdgivare bör även fortsättningsvis vara möjlig men då huvudsakligen grundas på ett val av en annan vårdgivare, ej som ett medel för att få en snabbare tillgång till vården. Även om man i underlaget till valfrihetsrekommendationen beskriver att valmöjligheten bör föreligga från första dagen, d.v.s. från det tillfälle då beslut tas att en viss vård behövs, innebär detta inte att vårdåtgärden måste göras tillgänglig från samma tidpunkt. En rimlig hantering kan därför vara att remiss för vård vid annat sjukhus utfärdas med giltighet som betalningsförbindelse från den tidpunkt vid vilken patienten skulle ha fått vård på Gotland.

Med hänvisning till ovanstående föreslog ledningskontoret att föreslå kommunstyrelsen för beslut i kommunfullmäktige att hälso- och sjukvårdsnämndens förslag om att avveckla möjligheten att välja vård bifalles såtillvida att valfrihet enligt kommunfullmäktiges tidigare beslut gäller för val av annan vårdgivare, men med giltighet från den tidpunkt vid vilken patienten skulle ha fått vård på Gotland samt att de nya tillämpningsreglerna för valfrihet i vården gäller för patienter uppsatta på väntelista från och med den 1 mars 2004 och ett år framåt. Reglerna ska därefter utvärderas och vid behov omprövas.

Kommunstyrelsen (2004-01-22, § 25) beslöt att återremittera ärendet till ledningskontoret.

Ledningskontoret har efter återremittering inhämtat följande kompletterande information från hälso- och sjukvårdsförvaltningen: kostnaderna för det fria vårdvalet uppgick under år 2001 till 19,5 tkr, under 2002 till 2 364 tkr samt under 2003 till 2 703 tkr, alltså en stigande trend. Hälso- och sjukvårdsförvaltningens bedömning är att den trenden kommer att hålla i sig under 2004.

Diskussion om införande av en nationell vårdgaranti förs sedan flera år mellan regeringen och landstingsförbundet. Landstingsförbundet anser att beslut om en sådan garanti ej kan fattas innan parterna har enats om hur finansieringen av reformen ska ske. Besöksgarantin enligt den s.k. 0-7-90-regeln har, genom insatser finansierade via tillgänglighetspengar/nationella handlingsplanen, under 2003 väsentligen kunnat uppfyllas på Gotland.

## **Förslag till kommunstyrelsen för beslut i kommunfullmäktige**

- Hälsa- och sjukvårdsnämndens förslag om att avveckla möjligheten att välja vård bifalles såtillvida att valfrihet enligt kommunfullmäktiges tidigare beslut gäller för val av annan vårdgivare av öppen och sluten specialistvård, men med giltighet från den tidpunkt vid vilken patienten skulle ha fått vård på Gotland.
- De nya tillämpningsreglerna för valfrihet i vården gäller för patienter uppsatta på väntelista från och med den 1 april 2004 och ett år framåt. Reglerna ska därefter utvärderas och vid behov omprövas
- Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen får i uppdrag att nogsamt följa de val som gjorts med stöd av valfrihetsreglerna som en indikation på att köerna inom dessa områden blivit längre än vad som allmänt kan accepteras som god vård och därmed överväga att omprioritera resurser till dessa verksamheter.

LEDNINGSKONTORET

Bo Dahllöf  
*regiondirektör*

## HSN § 92. Ekonomi Delårsrapport, månadsrapport

– hs2003/0003, delårsbokslut 2, yttrande inför budgetavstämning, månadsrapport

HSN § 92 sidan 1(3)

### Hälso- och sjukvårdsnämndens beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden föreslår kommunfullmäktige att besluta ta bort den enligt beslutet Kf § 73/2001 rekommenderade valfriheten vad gäller utomlänsvård.

Hälso- och sjukvårdsnämnden ger förvaltningen i uppdrag att minska bemanning via hyrföretag med fyrtio (40) procent av nuvarande årskostnad.

### Bakgrund 2003-09-22 HSN au § 36.

Arbetsutskottet diskuterar ekonomin, prognos och system för kontroll. Delårsbokslutet har överlämnats till ledningskontoret.

### Delårsbokslut

Hälso- och sjukvårdsförvaltningens ekonomiska prognos för 2003 har dramatiskt ökat från 18 miljoner kronor och pekar nu på ett överskridande på drygt 40 miljoner kronor. Kostnaderna för utomlänsvård har stigit kraftigt - prognos för augusti visar 39 miljoner kronor över budget.

Förvaltningen har sammanställt beslutade/föreslagna besparingar 2004-2006, som diskuterats i ledningsgruppen;

### Besparingsförslag som inte direkt påverkar åtagandet:

- Minskning av läkemedelskostnaderna 2004; 3 miljoner kronor, 2005-2006; ytterligare 3 miljoner kronor.
- Avveckling av kostnader för personalrörlighetsfunktionen 2004; 1 miljon kronor, 2005-2006; ytterligare 1 miljon kronor.
- Minskning av personal inom löne- och ekonomienheten 2004; 300 tusen kronor.
- Effektivisering av patientadministrativa resurser i samband med införandet av Take Care 2004-2006; sammanlagt 3 miljoner kronor.
- Vaktmästarna avlastar vårdpersonalen med patienttransporter osäker besparing.
- Minskade laboratoriekostnader på infektionskliniken 2004; osäker kostnadsminskning
- Primärvården skall anpassa bemanningen efter basåtagandet, ca 3 miljoner kronor
- Lokalkostnader vuxenhab 2004; 110 tusen kronor

### Besparingsförslag som kan påverka åtagandet:

- Glasögonbidrag till barn begränsas 2004, kostnadsminskning osäker.
- Minskning av sjukskötersketjänst 70 procent HabRehab 2004; 245 tusen kronor

Justeringsman			Utdragsbestyrkande
---------------	--	--	--------------------

**Hälso- och sjukvårdsnämnden**

29 september 2003

HSN § 92 sidan 2(3)

- Minskning bemanning via hyrföretag 2004; 5 miljoner kronor (20 procent)
- Minskning av jourkompasaldot genom ledighet utan vikarier på medicin- och rehabkliniken 2004.
- Omstrukturering av vårdavdelningarna.
- Minska jouråtagandet för psykiatri genom ett närmare samarbete med primärvården 2004.
- Minskade kostnader för utbildningar och handledning på psykiatri 2004; 250 tusen kronor
- Indragning av vakant avdelningschefstjänst på psykiatri 2004; 350 tusen kronor
- Minska utomlänskostnaderna för psykiatri 2004; 2 miljoner kronor
- Minskning av kostnader för hyrläkare och förändrade riktlinjer för starroperationer för att minska kostnaderna för valfrihetsvården på ögonkliniken osäker kostnads minskning
- Ökad kostnadstäckning inom tandvården 2004; 0,5 miljoner kronor, 2005 ytterligare 1 miljoner kronor, 2006 ytterligare 1,5 miljoner kronor
- Höjd avgift för mammografi

**Förslag som kräver utredning:**

- Integrering barnklinik/barnhälsovård/skolhälsovård
- Besparing i kronor/kvalitet för lokalförändringar på barnkliniken efter 2005
- Samordning av primärvårdens verksamheter beroende på nämndsbeslut
- Samordning av psykiatrins verksamheter
- Samordning av tandvårdens verksamheter utöver redan beslutade

**Övrigt**

- Konsult gör översyn av utomlänsvårdskostnader
- Översyn av kostnader för ortopedtekniska hjälpmedel
- Joursamordning, schablonisering av jourersättning

**Andra åtgärder som vidtas för att få kontroll över delar av ekonomin:****Fortlöpande redovisning till ledningsgruppen**

- Antalet utfärdade specialistvårdsremisser/månad fördelat på klinik. Valfrihetsremisser redovisas separat
- Läkemedelsförskrivning/verksamhet för av läkemedelskommittén föreslagna läkemedel
- Intjänad jour under månaden och aktuellt jourkompasaldo i timmar/verksamhet
- Ekonomiredovisning

**Politisk markering**

Birgitta Eriksson, m; ”Vilka åtgärder kommer hälso- och sjukvårdsförvaltningen att vidtaga, med anledning av den kraftigt avvikande budgeten? HSN liksom andra nämnder har ett balanskrav, som måste eftersträvas. Med anled-

Justeringsman			Utdragsbestyrkande
---------------	--	--	--------------------

**Hälso- och sjukvårdsnämnden**

29 september 2003

HSN § 92 sidan 3(3)

ning av det uppkomna läget, behöver noggranna analyser göras av internkontrollsystemet. En eller flera analyser måste skyndsamt göras av verksamhet och ekonomi, för att klara den ekonomiska ramen.”

---

delges kommunstyrelsen

Justeringsman			Utdragsbestyrkande
---------------	--	--	--------------------

**Kommunfullmäktige**  
*Sammanträdesdag*  
2003-03-22

Handlingar till  
**Ärende 6**

**Tilläggsanslag för ombyggnad av fastigheten  
Grönsiskan 4, f.d. infektionskliniken i Visby**

*Innehåll*

- Kommunstyrelsens förslag 2004-02-26, § 28
- Ledningskontoret 2004-02-25
- Tekniska nämndens arbetsutskott 2004-02-11, § 17

Önskas ytterligare handlingar eller uppgifter i detta ärende, v.g. ring 26 93 18

Kommunstyrelsen  
Kommunstyrelsens arbetsutskott

2004-02-26  
2004-02-10

## **Ks § 28**

Au § 16

### **Hälso- och sjukvårdsnämndens och social- och omsorgsnämndens lokalbehov. Utredningar om lokalförsörjning**

KS2003/0513-25, KS2003/0537-29, KS2004/0094-04, KS2004/0094-04, KS 2004/0067-27

- (Kommunstyrelsen 2003-12-11, § 304)
- Ledningskontoret 2004-01-21, och 2004-02-25
- Tekniska förvaltningen 2004-02-04
- Tekniska nämnden, arbetsutskottet 2004-02-11, § 17

#### ***Lokalbehov för Gotlands vård och omsorg och hälso- och sjukvårdsförvaltningen;***

***bakgrund:*** Med anledning av försäljningen av fastigheten Järnvägen 2 presenterade tekniska nämnden i december förslag till ersättningslokaler m.m. för berörda verksamheter *dels* delar av förvaltningen Gotlands vård, *dels* de vårdcentraler som nu finns vid Söderväg (kv. Järnvägen 2) och Bredgatan (kv. Borgen). Fastigheten Järnvägen 2 inrymmer verksamhetslokaler för hälso- och sjukvårdsnämnden (vårdcentral m.m.) och social- och omsorgsnämnden (vissa enheter inom förvaltningen Gotlands vård och omsorg). För att tillgodose lokalbehoven föreslogs ombyggnad av f.d. infektionskliniken (i kv. Grönsiskan) och – för vårdcentral - förhyrning av lokaler på A 7-området. *Kommunstyrelsen* begärde ytterligare utredning och gav tekniska nämnden i uppdrag att översiktligt utreda frågan hur fastigheten Grönsiskan (med f.d. infektionskliniken och Mariahemmet) skulle kunna utnyttjas för kommunala verksamheter. Det arbetet skulle bedrivas parallellt med upprättande av lokalprogram motsv. för ombyggnad av den tidigare klinikbyggnaden för bl.a. delar av förvaltningen Gotlands vård och omsorg. Investeringskostnaden för den ombyggnaden fick uppgå till högst 20 mnkr. Frågan om hälso- och sjukvårdsnämndens förslag om förhyrning av lokaler på A7-området för vårdcentral återremitterades till nämnden och tekniska förvaltningen för att beredas tillsammans med det nämnda utredningsuppdraget.

Arbetsutskottet har nu tillstyrkt förslag för ombyggnad av f.d. infektionskliniken för 20,4 mnkr. Missbruksenheten (inom förvaltningen Gotlands vård och omsorg) skulle i förslaget vara kvar i befintliga lokaler på A7. Utskottet har också tillstyrkt att utredningen av användningen av delar av Korpen för nya lokaler för vårdcentral (dit verksamheterna vid Söderväg och Bredgatan skulle flytta) fortsätter. Periodiseringen av utgifterna mellan 2004 och 2005 var vid arbetsutskottets sammanträde inte fastställd men *tekniska nämnden (arbetsutskottet)* har därefter begärt 8,2 mnkr i tilläggsanslag 2004 och 12,2 mnkr 2005. Framställningen har tillstyrkts av *ledningskontoret*.

*forts*

**Ks § 28** forts  
Au § 16

*Allmänt om lokalplanering m.m.; bakgrund:* Arbetsutskottet fick också i uppdrag att orientera sig om den lokalplanering som pågår inom tekniska förvaltningens lokalförsörjningsgrupp och ledningskontorets utredning om effektiviserad lokalanvändning.

*Ledningskontoret* har lagt fram förslag till förbättringar av "lokalförsörjningsprocessen" av dels organisatorisk art – inrättande av lokalstrategigrupp, dels informationskaraktär - mer detaljerad och formaliserad rapportering från nämnderna om lokalbehov. Nämnderna föreslås också erinras om att kontrakt på hyrda externa objekt ska lämnas över till internhyresvärden; d.v.s. tekniska förvaltningen. *Tekniska förvaltningen* har lämnat kortfattat redogörelse för erfarenheterna m.m. av sin lokalförsörjningsgrupp.

**Kommunstyrelsens förslag till kommunfullmäktige**

- Tekniska nämnden beviljas tilläggsanslag för ombyggnad av fastigheten Grönsiskan 4 med 8,2 mnkr 2004 och 12,2 mnkr 2005. Medel anvisas genom *dels* den köpeskilling som erhålls vid försäljningen av fastigheten Järnvägen 2 till Gotlands läns allmänna försäkringskassa, 20 mnkr, *dels* 400 000 kr ur Gotlands kommuns eget kapital.

**Kommunstyrelsens beslut**

1. Under förutsättning av kommunfullmäktiges beslut om tilläggsanslag beviljas tekniska nämnden finansiellt igångsättningstillstånd för ombyggnad av f.d. infektionskliniken till förvaltningslokaler för delar av Gotlands vård och omsorg till en kostnad på totalt ca 20,4 mnkr.
2. Inriktningen på den fortsatta utredningen om att till Korpen förlägga nuvarande vårdcentraler vid Söderväg och Bredgatan godkänns.

*forts*

**Ks § 28** forts  
Au § 16

**Kommunstyrelsens beslut** med anledning av ledningskontorets förslag om förbättringar av lokalförsörjningsprocessen

3. En LOKALSTRATEGIGRUPP inrättas bestående av regiondirektören (ordförande), tekniske direktören och en planeringsstrateg vid ledningskontoret.
4. Tekniska nämnden får i uppdrag att revidera processschemat för byggprocessen och utarbeta processschema för lokalförsörjningsprocessen,
5. Nämnderna erinras om att
  - lokalsituationen med kort- och långsiktiga behov ska redovisas i samband med inlämnande av budget/flerårsplan i enlighet med anvisningar som ges av ledningskontoret,
  - begäran om lokalförändring ska från respektive facknämnd inlämnas skriftligt till tekniska nämnden,
  - avtal avseende förhyrning av externa objekt där tekniska förvaltningen ej medverkat, ska omgående överlämnas till tekniska förvaltningen (utom avtal avseende enskilda lägenheter) i enlighet med kommunfullmäktiges beslut 23 april 2001, § 52,
6. Ledningskontoret får i uppdrag att inarbeta krav på redovisning av lokalsituationen i anvisningar för budgetarbetet.

*Expedieras:*

Samtliga nämnder  
Regiondirektören och tekniske direktören (3)  
Ledningskontoret: Planeringsteamet och Ekonomiteamet.

Kommunstyrelsen

## **Tilläggsanslag för ombyggnad av Grönsiskan 4, f d infektionskliniken i Visby**

Fastigheten Järnvägen 2 i Visby har sålts till Gotlands läns allmänna försäkringskassa för en köpeskilling på 20 mkr. I fastigheten inryms f n verksamhetslokaler för hälso- och sjukvårdsnämnden ( vårdcentral) och social- och omsorgsnämnden. Kommunen har enligt köpeavtalet rätt att disponera lokalerna till den 31 maj 2005.

Tekniska förvaltningen har erhållit i uppdrag att i samarbete med hälso- och sjukvårdsnämnden och social- och omsorgsnämnden utreda hur behovet av ersättningslokaler skall tillgodoses.

I ett första förslag redovisade tekniska förvaltningen att lokalbehovet för Gotlands vård och omsorg kan tillgodoses genom en ombyggnad av Grönsiskan 4, f d infektionskliniken, för ca 30 mkr. Som ersättningslokaler för vårdcentralen föreslogs alternativet att förhyra externa lokaler på A7-området.

Kommunstyrelsen ställde sig tveksam till ombyggnadsförslaget avseende Grönsiskan 4 och ansåg vidare att Korpen som alternativa lokaler för en ny vårdcentral, som ersättning för både vårdcentralerna på Söderväg och Bredgatan, borde utredas.

Kommunstyrelsen gav uppdrag till tekniska nämnden att översiktligt utreda frågan om hur fastigheten Grönsiskan 4 kan utnyttjas för kommunala verksamheter och parallellt härmed skall ett lokalprogram för ombyggnad av f d infektionskliniken, inom en investeringsram på 20 mkr, upprättas. Vidare beslutades att frågan om lokalisering av en ny vårdcentral på Korpen ytterligare skulle utredas av tekniska nämnden och hälso- och sjukvårdsnämnden.

I kommunstyrelsens arbetsutskott 10 februari 2004 redovisade tekniska förvaltningen ett ombyggnadsförslag av Grönsiskan 4 som tillgodoser Gotlands vård och omsorgs lokalbehov och som i princip ryms inom den av kommunstyrelsen uppsatta investeringsramen på 20 mkr. Arbetsutskottet föreslår att ersättningslokaler för vårdcentralerna Söderväg och Bredgatan skall tillgodoses i Korpen.

Tekniska nämnden har i skrivelse begärt tilläggsanslag för ombyggnaden av Grönsiskan 4 med 20,4 mkr fördelat på 8,2 mkr 2004 och 12,2 mkr 2005. Nämnden har även begärt finansiellt igångsättningstillstånd.

### **Förslag till beslut i kommunstyrelsen**

Tekniska nämnden beviljas finansiellt igångsättningstillstånd för ombyggnad av fastigheten Grönsiskan 4 under förutsättning att tilläggsanslag beviljas av kommunfullmäktige

### **Kommunstyrelsens förslag till beslut i kommunfullmäktige**

Tekniska nämnden beviljas tilläggsanslag för ombyggnad av fastigheten Grönsiskan 4 med 8,2 mkr 2004 och 12,2 mkr 2005

Finansiering sker genom den köpeskilling som erhålls vid försäljningen till Gotlands läns allmänna försäkringskassa, 20 mkr, och resterande 0,4 mkr ur kommunens eget kapital.

LEDNINGSKONTORET

Bo Dahllöf  
Regiondirektör

Göran Gyllenkrok  
Ekonomidirektör

**2004 02 11**

**Tekniska nämndens arbetsutskott**

**Au § 17 Projekteringsuppdrag Grönsiskan 4,  
f d infektionskliniken i Visby**

Tekniska förvaltningen 2004 02 10

Avdchef Bertil Klintbom redovisade en förstudie beträffande ombyggnad av lokalerna i fastigheten Grönsiskan 4 till kontorslokaler för GVO.

Ärendet hade även behandlats i kommunstyrelsens arbetsutskott 2004 02 10.

Kostnadsuppskattning för ombyggnaden uppgår till 20, 4 Mkr.

**Arbetsutskottets beslut**

- Förelagd redovisning av förstudie för ombyggnad av f d infektionskliniken, godkännes och bygg- och projektavdelningen ges i uppdrag att arbeta fram underlag för en totalentreprenad samt genomföra entreprenadupphandling.
- Hos kommunstyrelsen begärs tilläggsanslag med 8,2 Mkr för 2004 samt 12,2 Mkr för 2005.
- Hos kommunstyrelsen begärs finansiellt igångsättningstillstånd.

---

Protokollsutdrag:  
TF bygg- och projektavd  
Kommunstyrelsen + handlingar

---

**Kommunfullmäktige**  
*Sammanträdesdag*  
**2004-03-22**

Handlingar till  
**Ärende 7**

## **Regler för Gotlands kommuns ungdomsledarpris**

### *Innehåll*

- Kommunstyrelsens förslag 2004-02-26, § 35
- Ledningskontoret 2004-01-21
- Kultur- och fritidsnämnden 2003-11-19, § 166

Förslag till regler för Gotlands kommuns ungdomsledarpris

**Önskas ytterligare handlingar eller uppgifter i detta ärende, v.g. ring 26 93 18**

## **Gotlands kommuns Ungdomsledarpris**

En summa av 10 000:- finns årligen att söka hos kultur- och fritidsnämnden i Gotlands kommun. Offentliggörande om möjlighet att söka priset görs av kultur- och fritidskontoret.

Priset utdelas till en ideellt arbetande ledare som verkar inom föreningsdriven ungdomsverksamhet på Gotland. Priset är avsett att stimulera denne till fortsatt ideellt ungdomsarbete.

Priset kan erhållas en gång.

Berättigad att söka är privatperson, förening eller distriktsorganisation som då söker priset för medlems räkning.

Pristagaren utses av kultur- och fritidsnämnden och priset utdelas av kommunfullmäktige vid dess vårsammanträde.

### **För att erhålla priset ska följande kvalifikationskrav vara uppfyllda:**

Kandidaten ska ha nedlagt ett omfattande ideellt arbete som ungdomsledare.

Kandidaten ska ha medverkat till att föreningen eller organisationen fått en effektivare och utökad verksamhet sett i relation till dess möjligheter.

Kandidaten ska vara ett mycket gott föredöme och ha mycket goda ledaregenskaper.

### **Jury:**

Inkomna ansökningar bedöms av en jury utsedd av kultur- och fritidsnämnden.

Enskild ledamot av juryn har rätt att utöver inkomna ansökningar nominera egen kandidat vid juryns beredningssammanträde.

Till reglerna föreslås att nedanstående information kan bifogas:

**Ansökningsförfarande.**

Ansökningsblankett finns att få på kultur- och fritidsförvaltningen, Kung Magnus väg 16, Visby och att ladda ner från kommunens hemsida [www.gotland.se/kulturfritid](http://www.gotland.se/kulturfritid). Sista dag att lämna in ansökan är den 15 april årligen.

Privatperson:	Lämnar ansökan till kultur- och fritidsförvaltningen.
Förening utan distriktsorg.tillhörighet: (söker för medlems räkning)	Föreningen lämnar ansökan till kultur- och fritidsförvaltningen.
Förening med distriktsorg.tillhörighet: (söker för medlems räkning)	Föreningen lämnar ansökan till distriktsorganisationen, som tillsammans med sitt yttrande lämnar föreningens ansökan till kultur- och fritidsförvaltningen.
Distriktsorganisation: (söker för medlems räkning)	Lämnar ansökan till kultur- och fritidsförvaltningen.

Ev. frågor kring ungdomsledarpriset ställs till Jan Alamo, tel 26 96 48 eller Fredrik Broström, tel 26 96 76.

**Ks § 35**

Au § 23

**Regler för Gotlands kommuns ungdomsledarpris**

KS2003/0502-70

- Kultur- och fritidsnämnden 2003-11-19, § 166
- Ledningskontoret 2004-01-21

Kultur- och fritidsnämnden har föreslagit att de två av kommunen inrättade stipendierna till ungdomsledare (på vardera 5 000 kr) ersätts med ett – Gotlands kommuns ungdomsledarpris – på 10 000 kr. Kultur- och fritidsnämnden, som nu delar ut stipendierna, föreslås efter jurybedömning utse innehavare och priset delas ut av kommunfullmäktige. Priset skulle utdelas till "ideellt arbetande ledare som verkar inom föreningsdriven ungdomsverksamhet på Gotland". Behöriga att söka är privatperson, samt förening eller distriktsorganisation för medlemsräkning. Kultur- och fritidsnämnden har utarbetat kvalifikationskrav.

*Ledningskontoret* föreslår att förslaget tillstyrks.

**Kommunstyrelsens förslag till kommunfullmäktige**

- Det av kultur- och fritidsnämnden föreslagna årliga Ungdomsledarpriset på 10 000 kr inrättas och upprättat förslag till regelverk fastställs. Därmed upphävs kommunfullmäktiges beslut, § 26 1977, om inrättande av vidareutbildningsstipendier till förtjänta ungdomsledare.

*Kommunstyrelsen*

Kommunstyrelsen

### **Regler för Gotlands kommuns ungdomsledarpris.**

Kultur- och fritidsnämnden utdelar två årliga stipendier om vardera 5.000 kronor. Det ena stipendiet går till en ungdomsledare inom ungdomsorganisationerna och det andra går till en idrottsledare inom idrottsorganisationen. Nämnden har låtit utarbeta ett förslag till förändring av regelverket innebärande att de två stipendierna slås samman till ett stipendium med rubriken Gotlands kommuns ungdomsledarpris om 10.000 kronor gällande från år 2004.

Avsikten är att genom ett generösare regelverk, öka antalet möjliga aspiranter till priset och genom den ökade penningssumman, öka uppmärksamheten kring priset. Förslaget innebär att priset utdelas av kommunfullmäktige efter att kultur- och fritidsnämnden utsett pristagare.

#### Förslag:

Kommunstyrelsen förslår kommunfullmäktige fastställa det av Kultur- och fritidsnämnden föreslagna regelverket för Gotlands kommuns ungdomsledarpris.

**Bo Dahllöf**  
*Regiondirektör*

**Jan Larsson**  
*Verksamhetsstrateg*

Kultur- och fritidsnämnden

2003-11-19

**Kfn § 166**  
**Regler för ungdomsledarpris**

Dnr 2003/249-70  
Fritidsavdelningen 2003-10-30

Kultur- och fritidsnämnden utdelar, enligt regler som antogs 1977 av kommunfullmäktige, stipendier till ungdomsledare inom ungdomsorganisation och till idrottsledare inom idrottsorganisation. Stipendierna uppgår vardera till 5 000 kronor.

Fritidsavdelningen har utarbetat ett förslag till förändring av regelverket och föreslår att de två stipendierna från 2004 ersätts med ett ledarpris på 10 000 kronor som utdelas av kommunfullmäktige.

Alla som arbetar med ideellt ungdomsarbete skall kunna söka priset, däremot inte anställd ledare.

Förslaget har remitterats till Gotlands Idrottsförbund som förordat att endast förening eller distriktsorganisation skall kunna söka priset.

**Kultur- och fritidsnämndens beslut**

- Förslaget antas och överlämnas till kommunfullmäktige för beslut.
-

### **Regler för ungdomsledarpris.**

Översyn har gjorts av regler för stipendier till ungdomsledare inom ungdomsorganisation och idrottsledare inom idrottsorganisation. Nuvarande regler antogs av kommunfullmäktige 1977 och reviderades av kultur- och fritidsnämnden 1997.

#### De största förändringarna i det nya förslaget är:

- Två stipendier á 5 000:- ersätts med ett ledarpris på 10 000:-
- Priset utdelas av kommunfullmäktige
- Av förening/distriktsorganisation anställd ledare kan inte erhålla priset
- Alla som arbetar med ideellt ungdomsarbete kan söka.

Det innebär att:

- handikapp- och kulturföreningars ungdomsverksamhet ingår
- förening vars verksamhetsvolym inte helt uppfyller kommunens bidragsbestämmelser ingår.
- enskild grupp med ungdomsverksamhet ingår.

Gotlands Idrottsförbund har haft förslaget på remiss. För dem känns det mera rätt att bara förening och distriktsorganisation ska kunna söka priset.

För kännedom informeras att utöver nuvarande 2 ledarstipendier premierar kommunen årligen sedan 1971 ytterligare en ungdomsledare. Gotlands Idrottsförbund utser nämligen sin ”Årets ungdomsledare”, som får Gutnalias vandringspris och en minnesgåva. Vid utdelandet av detta pris (på GI:s årsmöte) får mottagaren samtidigt Gotlands kommuns resestipendium på 5 000:-. Kommunstyrelsen var bidragsutbetalare av detta pris fram till 1993.10.28 då man beslöt att anslaget och ansvaret för stipendiet och dess utdelning överförs till kultur- och fritidsnämnden från 1 januari 1994 (§ 361). De senaste åren har ledamot av kultur- och fritidsnämnden deltagit vid utdelningstillfället.

### **Förslag till beslut:**

Förslaget antages och översändes till kommunfullmäktige för beslut.

FRITIDSAVDELNINGEN

Jan Alamo

**Kommunfullmäktige**  
*Sammanträdesdag*  
2003-03-22

Handlingar till  
**Ärende 8**

**Medborgarterminaler för samhällsinformation.**  
***Motion***

*Innehåll*

- Kommunstyrelsens förslag 2004-02-26, § 43
- Motion 2001-12-17
- Ledningskontoret 2004-01-15

Önskas ytterligare handlingar eller uppgifter i detta ärende, v.g. ring 26 93 18

## **Motion till kommunfullmäktige**

### **Medborgarterminaler på Gotland**

Sedan två och ett halvt år tillbaka pågår ett försök med medborgarterminaler på 140 ställen i landet. Fem myndigheter deltar i försöket; Riksskatteverket, Arbetsmarknadsstyrelsen, Centrala studiestödsnämnden, Riksförsäkringsverket och Premiepensionsmyndigheten. På de användarvänliga terminalerna som finns utplacerade i glesbygd och tätort, på bibliotek och bensinmackar, medborgarkontor och mataffärer, kan medborgaren lätt utföra vardagens olika bestyr. På terminalerna kan man söka jobb, anmäla sjukt barn, byta premiepensionsfond, beställa personbevis, räkna ut sin skatt och mycket mer.

Den analys som är gjord av försöken visar att medborgarterminalerna är tidsbesparande för medborgaren, ger mindre jobb för myndigheterna, ger ökad demokrati och ökar andelen Internetanvändare för samhället i stort.

Förekomsten av medborgarterminaler på Gotland skulle ge invånarna en bättre service och korta avståndet mellan medborgare och myndighet.

Med hänvisning till ovanstående föreslås fullmäktige besluta ge kommunstyrelsen i uppdrag

Att           Undersöka möjligheterna för placering av medborgarterminaler på Gotland.

Dag som ovan

Björn Jansson  
SOCIALDEMOKRATERNA

**Ks § 43**

Au § 30

**Motion. Medborgarterminaler på Gotland**

KS2001/0630-00

- Motion 2001-12-17
- Ledningskontoret 2004-01-15

Björn Jansson (s) har i motion föreslagit att frågan om utplacering av s.k. medborgarterminaler ska utredas. I motionen hänvisas till försök inom fem statliga myndigheter där terminaler placerats på bensinmackar, affärer, bibliotek m.fl. ställen för kommunikation med myndigheten.

Av *ledningskontorets* utlåtande framgår att det nämnda projektet lades ner vid halvårsskiftet 2003. På biblioteken på Gotland finns datorer med Internetanslutning som allmänheten kan använda. I kommunens projekt "24-timmarsservice" beaktas frågan om hur de som inte har tillgång till egna datorer ska kunna utnyttja den del av servicen som läggs ut på Internet. Motionen föreslås för beaktande överlämnas till projektet för införande av 24-timmarsservice.

**Kommunstyrelsens förslag till kommunfullmäktige**

- Motionen överlämnas för beaktande till kommunstyrelsens projekt för införande av 24-timmarsservice.

Ledningskontoret

Kommunstyrelsen

## **Motion Medborgarterminaler på Gotland.**

I en motion daterad 2001-12-17 föreslår Björn Jansson (socialdemokraterna) att kommunfullmäktige ska ge kommunstyrelsen i uppdrag att undersöka möjligheterna för placering av medborgarterminaler på Gotland.

Motionären hänvisar till ett då pågående projekt med medborgarterminal.

### ***Försöksprojektet.***

Försöksprojektet har avslutats enligt begäran från de deltagande myndigheterna:

”Projekt Medborgarterminal (MBT-projektet) har sedan 1999 bedrivit försöksverksamhet med publika terminaler - medborgarterminaler. Bakom projektet står sju myndigheter - Arbetsmarknadsverket, Centrala studiestödsnämnden, Premiepensionsmyndigheten, Konsumentverket, Migrationsverket, Riksförsäkringsverket / Försäkringskassan och Riksskatteverket.

Försöksverksamheten med medborgarterminaler har främst syftat till att ge medborgare som inte har egen tillgång till Internet möjlighet till sådan via publika terminaler. Möjligheterna att kunna använda medborgarterminaler har varit mycket uppskattade av användarna och försöket kan betecknas som framgångsrikt.

Myndigheterna bakom projektet kan dock inte fortsätta att driva konceptet med medborgarterminaler som en försöksverksamhet. En genomförande av konceptet är en riksomfattande och sektorsövergripande angelägenhet och den är relativt omfattande. För att kunna utveckla och driva verksamheten i stor skala behövs tydliga mandat och särskilda insatser vilka inte kan åstadkommas av ett fåtal enskilda myndigheter. Det behöver också skapas lämpliga former för en långsiktig finansiering. Eftersom det inte finns tillräckliga förutsättningar för att fortsätta verksamheten med medborgarterminaler i nuvarande form har de medverkande myndigheterna beslutat att projektet ska läggas ner den 30 juni 2003.”

Medborgarterminalerna var i princip vanliga datorer med en direkt uppkoppling till en webbsida som benämndes medborgartorget där man kunde välja vilken myndighet man ville nå.

## ***Läget på Gotland.***

I dag finns datorer med internetanslutning ute i kommunens bibliotek som kan användas av kommuninvånarna.

Arbetet med att försöka komma igång med 24-timmarsservice har pågått ett bra tag i Gotlands kommun och kommunstyrelsen beslutade i december 2003 att starta ett projekt för införande av 24-timmarsservice i kommunen. Detta projekt kommer att beakta eventuella ytterligare möjligheter som behöver tillskapas för att de som inte har tillgång till egna datorer ska kunna tillgodogöra sig den del av 24-timmarsservicen som läggs på Internet. Gjorda erfarenheter från försöket med medborgarterminaler som är relevanta kommer också att tas tillvara.

## **Förslag till kommunstyrelsen för beslut i kommunfullmäktige**

Motionen anses besvarad och överlämnas för beaktande till projektet för införande av 24-timmarsservice.

Bo Dahllöf  
*Regiondirektör*

Håkan Wibom  
*IT-strateg*

**Kommunfullmäktige**  
*Sammanträdesdag*  
**2004-03-22**

Handlingar till  
**Ärende 9**

## **Inrättande av forskningsresurser inom hälso- och sjukvården**

### *Innehåll*

- Kommunstyrelsens förslag 2004-02-26, § 44
- Motion 2004-06-12
- Ledningskontoret 2004-01-28
- Hälso- och sjukvårdsnämnden 2003-08-29, § 82

**Önskas ytterligare handlingar eller uppgifter i detta ärende, v.g. ring 26 93 18**



Centerpartiet  
Solbergagatan 30  
Box 2014  
Tel 0498-21 21 04  
Fax 0498-21 71 01  
E-post:  
gotland@centerpartiet.se  
Hemsida:  
www.gotlandscentern.nu

## Motion

Till  
Kommunfullmäktige i Gotlands kommun

### **Inrättade av forskningstjänst/lektorat inom hälso- och sjukvården på Gotland**

Ett rekryteringsbehov finns idag av läkare inom flera specialiteter. Den hittills positiva trenden med god tillströmning av läkare som söker sig till Gotland för sin utbildning, AT-läkare är något vi måste värna om. De läkare som rekryterats via sin AT-tjänstgöring här har oftast kvarstannat och trivs på Gotland. Plattformen för en kompetensutveckling sker numera via forskning och detta äger rum vid olika universitet.

Underlag för forskning finns på ön, dock erfordras en forskningsanknytning till universitet. Detta samarbete behöver intensifieras och förbättras mellan Gotlands kommun och utbildningsanstalten.

Redan idag finns ett mycket bra samarbetsavtal med Huddinge sjukhus. Andra tänkbara alternativ är Karolinska institutets alla resurser eller Södertörns Universitet/högskola.

Bildandet av ett lektorat på Gotland inom någon klinik vid Visby lasarett skulle sporra till vidare studier och forskning för alla inom vården. Dels skulle befintlig personal beredas tillfälle till utveckling och dels ge attraktionskraft för vården så att läkare söker hit. Nyrekryteringen skulle underlättas.

### **Vi yrkar**

att möjlighet till lokal forskningsanknytning för sjukvården undersöks

att ge HSN uppdraget att utreda inrättandet av ett lektorat snarast

att undersöka möjligheter att erbjuda läkarstuderande, (med. kand.) handledd utbildning på Gotland

Visby den 12 juni 2003

Maria Ahlsten

Barbro Ronsten

**Ks § 44**

Au § 31

**Motion. Inrättande av forskningsresurser inom hälso- och sjukvården**

KS2003/0288-90

- Motion 2003-06-12
- Hälso- och sjukvårdsnämnden 2003-98-29, § 82
- Ledningskontoret 2004-01-28

Maria Ahlsten (c) och Barbro Ronsten (c) har i motion yrkat att möjligheten till "lokal forskningsanknytning" för sjukvården snarast ska undersökas, frågan om inrättande av ett lektorat utredas och möjligheten att erbjuda läkarstuderande handledd utbildning på Gotland undersökas.

*Hälso- och sjukvårdsnämnden* tillstyrker inrättande av lektorat med uppgift att stödja lokal medicinsk forskning och utveckling under förutsättning att erforderliga medel ställs till förfogande. När det gäller utbildning av läkarstuderande hänvisar nämnden till "den kliniska träning" som erbjuds medicine kandidater (allmäntjänstgöring, AT m.m.)

*Ledningskontoret* hänvisar till ambitioner i den lokala handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården och samarbetet med Stockholms läns landsting och anser att det är inom ramen för dessa som forsknings- och utbildningsverksamheten ska bedrivas. Motionen föreslås därmed besvarad.

**Kommunstyrelsens förslag till kommunfullmäktige**

- Motionen föreslås besvarad med ledningskontorets utlåtande.

*Kommunstyrelsen*  
Katarina Michanek

Kommunstyrelsen

## **Motion ang. inrättande av forskningstjänst/lektorat inom hälso- och sjukvården på Gotland**

HSN § 82 2003-09-29

Maria Ahlsten(c) och Barbro Ronsten(c) har till fullmäktige motionerat om inrättande av forskningstjänst/lektorat på Gotland. Motionärerna hänvisar i motionen till behovet av att kunna rekrytera läkare till Gotland och påpekar att underlag för forskning finns på ön samt att forskning är en plattform för kompetensutveckling.

Motionärerna yrkar att möjligheterna till lokal forskningsanknytning för sjukvården undersöks, att hälso- och sjukvårdsnämnden får uppdraget att utreda inrättandet av ett lektorat samt att undersöka möjligheter att erbjuda läkarstuderande handledd utbildning på Gotland.

Av hälso- och sjukvårdsnämndens yttrande framgår att medicinsk forskning genom åren har bedrivits på Gotland på alla nivåer och att det är av stort intresse för verksamheten att främja lokal forskning och utveckling samt att motionärens syfte att stimulera till utveckling och underlätta rekrytering av läkare till del kan uppfyllas av det föreslagna lektoratet. Av yttrandet framgår också att handledd utbildning för medicine kandidater har prövats i många år med goda resultat.

Hälso- och sjukvårdsnämnden föreslår kommunstyrelsen besvara motionen med att, under förutsättning av hel kostnadsteckning centralt, hälso- och sjukvårdsnämnden är positiv till inrättande av ett lektorat med uppgift att stödja medicinsk forskning och utveckling.

Hälso- och sjukvårdsnämnden fortsätter med den kliniska träning som tidigare erbjudits medicine kandidater.

### **Ledningskontorets bedömning:**

Behovet av organiserad FoU-verksamhet på Gotland, gemensam för hälso- och sjukvårdsnämnden och sociala omsorgsnämndens verksamheter samt i samarbete med bl.a. Högskolan, har betonats under flera år.

I Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården (prop 1999/2000:149) poängteras behovet av att stärka kunskapsutvecklingen inom landstingens primärvård bl.a. genom stöd till forsknings- och utveck-

2004-01-28

Dnr KS 2003/0288-90

lingsarbete samt att forskning och utveckling bör stärkas i den kommunala vården och omsorgen. I Gotlands handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvård antagen av kommunstyrelsen den 13 december 2001 konstateras att en arbetsgrupp med representanter från verksamheterna under hösten 2000 arbetat fram ett förslag på en FoU-verksamhet, i planen föreslås att en ny arbetsgrupp tillsätts med uppgift att arbeta fram förslag enligt intentionerna i nationella handlingsplanen. I uppföljning av den lokala planen för år 2003 konstateras att för närvarande finns ingen aktivitet igång för att realisera förslaget.

I samverkansavtalet mellan Stockholms läns landsting och Gotlands kommun (gällande från 1997, för närvarande under revidering och uppdatering) liksom i Ramavtalet för samverkan mellan Huddinge Universitetssjukhus AB och Visby Lasarett utpekas FoU som viktiga områden för samarbete/samverkan.

Ledningskontoret anser att det är inom ramen för arbetet med den lokala handlingsplanen för hälso- och sjukvård, i samarbetet med Stockholms läns landsting och, inom ramen för detta, specifikt med det nybildade Karolinska universitetssjukhuset, som arbetet med utveckling av former för forsknings- och utbildningsverksamhet på Gotland ska drivas vidare.

### **Förslag till kommunstyrelsen för beslut i kommunfullmäktige**

- Motionen anses med ovanstående besvarad.

LEDNINGSKONTORET

Bo Dahllöf  
*regiondirektör*

## HSN § 82. Remiss Motion Inrättande av forsknings- tjänst/lektorat inom hälso- och sjukvården på Gotland

– hs 2003/0080, yttrande

HSN § 82 sidan 1(2)

### Hälso- och sjukvårdsnämndens beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden föreslår kommunstyrelsen besvara motionen med – att, under förutsättning av hel kostnadstäckning centralt, hälso- och sjukvårdsnämnden är positiv till inrättande av ett lektorat med uppgift att stödja lokal medicinsk forskning och utveckling.

Hälso- och sjukvårdsnämnden fortsätter med den kliniska träning som tidigare erbjudits medicine kandidater.

**Bakgrund 2003-09-22 HSN au § 30.** Hälso- och sjukvårdslagen stadgar att patienterna skall behandlas enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Allt arbete inom vården har inneburit och innebär i allt större utsträckning ett lärande och därmed nödvändighet att följa medicinens utveckling.

Genom åren har medicinsk forskning bedrivits på Gotland på alla nivåer. Medarbetare har skrivit allt från doktorsavhandlingar (ex Ollman, Rutz) till fempoängsuppsatser.Handledning har hämtats från såväl universitet som våra lokala högskola.

Forskning och utvecklingsarbete inom vårt sjukvårdsområde blir av klinisk/epidemiologisk karaktär, oftast rörande vardagliga sjukdomar och tillstånd. Självklart är det av stort intresse för verksamheten att främja lokal forskning och utveckling.

En lektorstjänst inom medicinsk vetenskap skulle innebära möjligheter till ökad handledning och initiativ till vetenskapligt arbete främst för personal på mellannivå. För doktorandarbete erfordras kontinuerlig kontakt med en medicinsk fakultet.

Handledd utbildning, eller kanske snarare praktik; för medicine kandidater har prövats i många år i mindre skala med goda resultat.

Motionärernas syfte att stimulera till utveckling och underlätta rekrytering av läkare kan till en del uppfyllas av det föreslagna lektoratet.

Det är viktigt att inse att handledning och utbildning kräver stora insatser och att de inte automatiskt inordnar sig i dagens verksamhet. Tid och resurser måste avsättas! Utbildning är en investering för framtiden.

De nuvarande ekonomiska ramarna är knappa och medger inte nya verksamheter.

Justeringsman			Utdragsbestyrkande
---------------	--	--	--------------------

**Hälso- och sjukvårdsnämnden**

29 september 2003

HSN § 82 sidan 2(2)

Arbetsutskottet föreslår hälso- och sjukvårdsnämnden besluta föreslå kommunstyrelsen besvara motionen med att:

- under förutsättning av hel kostnadstäckning centralt är nämnden positiv till inrättande av ett lektorat med uppgift att stödja lokal medicinsk forskning och utveckling
- fortsätta den kliniska träning som tidigare erbjudits medicine kandidater.

---

delges kommunstyrelsen

Justeringsman			Utdragsbestyrkande
---------------	--	--	--------------------

**Kommunfullmäktige**  
*Sammanträdesdag*  
2003-03-22

Handlingar till  
**Ärende 10**

**Inrättande av Gotlands vård- och omsorgs-  
nämnd. *Motion***

*Innehåll*

- Kommunstyrelsens förslag 2004-02-26, § 45
- Motion 2003-06-18
- Ledningskontoret 2004-01-07
- Social- och omsorgsnämnden 2003-10-15, § 151

Önskas ytterligare handlingar eller uppgifter i detta ärende, v.g. ring 26 93 18

Gotlands kommun

Återinrätta Gotlands vård- och omsorgsnämnd

Kommunstyrelsen beslöt 2003-03-27, på förslag från Social och omsorgsnämnden, att den förvaltningsorganisation för vård och omsorg, som organiserades under 2002, ska fortsätta i stort oförändrad.

Kommunfullmäktige har tidigare beslutat ( KF 2002-12-16 § 27) att ändra den nämndorganisationen, som infördes samtidigt med förvaltningsorganisationen, från två till en nämnd för det viktiga vård och omsorgsområdet.

Enligt kommunfullmäktige skulle en översyn göras av förvaltningsorganisationen med anledning av att en politisk nämnd avskaffades. Denna översyn är nu genomförd och den organisation som den tidigare majoriteten införde har befunnits mest ändamålsenlig. Dock förefaller det mycket märkligt att nuvarande majoritet (s,v och mp), reducerar det demokratiska inflytandet över verksamheten genom att avskaffa en politisk nämnd.

Det syns därför högst naturligt att även återställa den nämndstruktur, som var anpassad till förvaltningsorganisationen. Det var en väl genomtänkt organisation för den politiska indelningen och berörda förvaltningarnas ansvarsområde.

Med en politisk nämnd och två förvaltningsgrenar kommer det förr eller senare att uppkomma motstående meningar. Det är fel att bygga in kända missförhållanden i en beslutsfunktion.

Det är viktigt att uppdraget för såväl den politiska nivån som förvaltningsnivån är entydig, särskilt inom detta viktiga område. Detta överensstämmer även med den nationella handlingsplanen hur verksamheten bör organiseras.

Moderata Samlingspartiet på Gotland hemställer att;

- Gotlands vård- och omsorgsnämnd återinrättas
- Social och Omsorgs ( SON ) och Gotlands vård- och omsorgsnämnd ( GVO ) återfår samma ansvarsområde som gällde under 2002
- Denna omorganisation får inte föranleda att ytterligare kommunalråd inrättas.

Inger Harlevi (m)

Göran Örtbrant (m)

Margareta Benneck (m)

Roy Hansson (m)

**Ks § 45**

Au § 32

**Motion. Inrättande av Gotlands vård- och omsorgsnämnd**

KS2003/0289-00

- Motion 2003-06-18
- Social- och omsorgsnämnden 2003-10-15, § 151
- Ledningskontoret 2004-01-07

Inger Harlevi m.fl. (m) har i motion bl.a. hemställt att Gotlands vård- och omsorgsnämnd (då benämnd Styrelsen för Gotlands vård och omsorg) ska återinrättas med både för den och social- och omsorgsnämnden oförändrade ansvarsområden. Därmed skulle nämndorganisationen anpassas till förvaltningsorganisationen.

*Social- och omsorgsnämnden* har avstyrkt motionen med hänvisning till den av kommunstyrelsen beslutade översynen. *Ledningskontoret* hänvisar också till uppföljningen av förvaltningsorganisationen och föreslår att motionen avstyrks. *Arbetsutskottet* har avstyrkt motionen.

*An m*: Styrelsen för Gotlands vård och omsorg upphörde genom kommunfullmäktiges beslut i och med utgången av 2002. Social- och omsorgsnämnden fick i uppdrag att, tillsammans med ledningskontoret, utarbeta en ändamålsenlig förvaltningsorganisation. (§ 27/2002-12-16). Kommunstyrelsen godkände organisationsstrukturen 27 mars 2003, § 100, förordnade förvaltningschefer, och uppdrog åt ledningskontoret att, i samråd med social- och omsorgsnämnden följa upp organisationen under våren 2004.

*Yrkanden:*

- *Per-Olof Jacobsson (c)* yrkade att kommunstyrelsen skulle föreslå att motionen skulle överlämnas till uppföljningen av förvaltningsorganisationen.
- *Lena Celion (m)* yrkade att kommunstyrelsen skulle tillstyrka motionen.
- *Bror Lindahl (fp)* tillstyrkte i första hand Per-Olof Jacobssons yrkande och i andra hand Lena Celions.
- *Björn Jansson (s)* yrkade att motionen skulle avstyrkas och hänvisade till att den av kommunstyrelsen beslutade och nu inledda – och snart färdigställda översynen – gällde förvaltningsorganisation; inte nämndorganisation.

*Omröstning:*

Ordföranden ställde proposition på arbetsutskottets förslag och Per-Olof Jacobssons, Lena Celions och Björn Janssons yrkanden och förklarade sig anse att arbetsutskottets förslag vunnit majoritet. Omröstning begärdes.

*forts*

**Ks § 45 forts**  
Au § 32

Ordföranden ställde proposition på Per-Olof Jacobssons och Lena Celions yrkanden och förklarade sig anse att Lena Celions yrkande antagits som motförslag.

Vid omröstningen röstade 9 ledamöter för arbetsutskottets förslag: Sonia Landin (s), Ylva Simander (s), Carina Grönhagen (s), Björn Jansson (s), Eric Martell (s), Brittis Benzler (v), Roland Norbäck (v), Hans-Åke Norrby (mp) och ordföranden Jan Lundgren (s). 3 ledamöter röstade för Lena Celions yrkande: Birgitta Eriksson (m), Lena Celion (m) och Bror Lindahl (fp). 3 ledamöter avstod från att delta i omröstningen: Eva Nypelius (c), Per-Olof Jacobsson (c) och Barbro Ronsten (c). *Kommunstyrelsen hade således beslutat bifalla arbetsutskottets förslag.*

**Kommunstyrelsens förslag till kommunfullmäktige**

- Motionen avslås.

---

*Ledningskontoret*  
Claes Kullberg

Kommunstyrelsen

### ***Motion – återinrätta Gotlands vård- och omsorgsnämnd***

Inger Harlevi m fl har i en motion föreslagit att

- Gotlands vård- och omsorgsnämnd återinrättas
- SON och GVO återfår samma ansvarsområde som gällde under 2002
- Denna omorganisation får inte föranleda att ytterligare kommunalråd inrättas.

Social- och omsorgsnämnden har 2003-10-15 föreslagit att motionen avslås.

Kommunfullmäktige beslutade 2002-12-16, § 27, att styrelsen för GVO skulle upphöra fr o m 2003-01-01 och att SON skulle få det samlade ansvaret för verksamhetsområdet. Vidare beslutade KF att uppdra åt SON att - i samarbete med ledningskontoret - utarbeta en ändamålsenlig förvaltningsorganisation.

Kommunstyrelsen behandlade 2003-03-27, § 100, ett förslag till organisation som innebar att båda förvaltningarna bibehölls. KS godkände organisationens huvudstruktur samt uppdrog åt ledningskontoret att - i samråd med SON - följa upp organisationen under våren 2004. Denna uppföljning påbörjades under hösten 2003 och beräknas vara klar under första kvartalet 2004. Syftet är att särskilt beakta ledningsorganisationen av de två förvaltningarna och - om behov finns - föreslå justeringar i ledningsorganisationen.

Ledningskontoret gör bedömningen att den uppföljning KS beslutat om skall genomföras och värderas innan beslut fattas om ev förändrad organisation. Ledningskontoret föreslår att motionen avslås.

Bo Dahllöf  
*regiondirektör*

**SON § 151****Motion om att återinrätta Gotlands vård och omsorgsnämnd**

---

- SON 2003/0115-00
- SON/Au § 65, 2003-09-29

***Ärendebeskrivning***

Moderata samlingspartiet har genom Inger Harlevi, Göran Örtbrant, Margareta Benneck och Roy Hansson, till kommunfullmäktige inkommit med en motion om att återinrätta Gotlands vård och omsorgsnämnd. Motionen har översänts till social- och omsorgsnämnden för yttrande.

Moderata samlingspartiet hemställer i sin motion att

- Gotlands vård- och omsorgsnämnd återinrättas
- Social och Omsorgs ( SON) och Gotlands vård- och omsorgsnämnd ( GVO ) återfår samma ansvarsområde som gällde under 2002
- Denna omorganisation får inte föranleda att ytterligare kommunalråd inrättas.

**Yrkanden**

- *Ordförande Björn Jansson (s)* yrkar att nämnden skall avslå motionen med hänvisning till att uppföljning av nuvarande organisation skall ske enligt kommunstyrelsens beslut från 2003-03-27, Ks § 100.
- *Bror Lindahl (fp)* yrkar att nämnden skall bifalla motionen, med instämmande från Maria Ahlsten (c).

Ordföranden ställer proposition på de båda yrkandena och finner att majoritet vunnits för sitt eget yrkande. Arbetsutskottet antar ordförandens yrkande.

**Arbetsutskottets förslag till nämnden**

Social- och omsorgsnämnden avslår motionen med hänvisning till att uppföljning av nuvarande organisation skall ske enligt kommunstyrelsens beslut från 2003-03-27, Ks § 100.

—

Följande upptas vid nämndens behandling av ärendet:

**Yrkanden**

- *Ordförande Björn Jansson (s)* yrkar bifall till arbetsutskottets förslag.
- *Inger Harlevi (m)* yrkar att nämnden skall bifalla motionen, med instämmande från Bror Lindahl (fp).

*forts*

Forts SON § 151

**Propositionsordning**

Ordföranden ställer proposition på arbetsutskottets förslag och Harlevis yrkande och finner att majoritet vunnits för arbetsutskottets förslag.

Efter begäran om votering, godkänner social- och omsorgsnämnden följande propositionsordning:

Ja-röst för bifall till arbetsutskottets förslag.

Nej-röst för bifall till Harlevis yrkande.

Med 7 ja-röster för arbetsutskottets förslag mot 6 nej-röster för Harlevis yrkande, antar social- och omsorgsnämnden arbetsutskottets förslag.

Följande ledamöter röstade ja: Lars Norman, Leif Andréasson, Anna Enström, Roland Olofsson, Gudrun Wallin, Roland Norbäck och Björn Jansson.

Följande ledamöter röstade nej: Bror Lindahl, Allan Kolmodin, Inga-Lill Ringbom, Britt-Marie Klintström, Inger Harlevi och Göran Örtbrant.

**Social- och omsorgsnämndens beslut**

Social- och omsorgsnämnden föreslår kommunfullmäktige att avslå motionen med hänvisning till att uppföljning av nuvarande organisation skall ske enligt kommunstyrelsens beslut från 2003-03-27, Ks § 100.

*Protokollsutdrag:*  
Kommunstyrelsen

## Val och fyllnadsval

### *Innehåll*

- a-e Fyllnadsval efter Roy Hansson (m) och Christer Söderlund (s). (*Bordlagt vid föregående sammanträde*)
- f Rune Fahlströms (s) avsägelse 2004-03-04 från uppdraget som ledamot i styrelsen för konsult- och servicekontoret
- g Skatteverkets skrivelse 2004-01-30 om val av en ledamot i skattenämnden 2004-2006.  
**Anm:** Ersätter inte tidigare val till Skattenämnden för skattekontor Riks.
- h Fyllnadsval av ett ombud till representantskapsmötena till Föreningen Östersjöns Författar- och Översättarcentrum (efter Sonia Landin, s som invalts som ledamot i styrelsen).

Sekretariatet  
Lars Renmyr  
08-764 8838

Datum 2004-01-30 Dnr 1 30 161352-04/121

Gotlands kommun  
621 81 Visby

### Val av ledamöter i skattenämnden 2004 - 2006

Skatteverket har den 26 januari 2004 fattat beslut om att antalet valda ledamöter i skattenämnden för det nyinrättade storföretagsskattekontoret ska uppgå till sammanlagt 115. Av det totala antalet ledamöter i skattenämnden belöper 1 st på Gotlands kommun.

En kopia av beslutet jämte en sammanställning av fördelningen av ledamöter mellan de olika landstingen och Gotlands kommun bifogas som bilaga 1.

En PM med viss bakgrundsinformation bifogas som bilaga 2.

Skatteverket hemställer att kommunen förrättar val av ledamöter till skattenämnden samt att verket om möjligt senast den 1 april 2004 får skriftligt besked om de personer som valts.

Eventuella frågor med anledning av denna skrivelse ställs till Lars Renmyr, tel 08-764 8838, e-post [lars.renmyr@skatteverket.se](mailto:lars.renmyr@skatteverket.se)

SKATTEVERKET

Anna-Lena Österborg

Lars Renmyr

Sekretariatet  
Lars Renmyr  
08-764 8838

**BESLUT**

Datum 2004-01-26 Dnr 10957-03/830

**Beslut om avdelningsindelning, antal vice ordförande  
och antal valda ledamöter i skattenämnden för  
storföretagsskattekontoret för åren 2004-2006**

Skatteverket beslutar med stöd av 20 § förordningen (2003:1106) med instruktion för Skatteverket att det vid skattenämnden vid storföretagsskattekontoret under åren 2004-2006 ska finnas sammanlagt 115 valda ledamöter och 16 vice ordförande samt att skattenämnden ska bestå av tre avdelningar, varav en med placering i Stockholm, en i Göteborg och en i Malmö.

Anna-Lena Österborg

Lars Renmyr

Arbetsgruppen  
för stora företag**PM**Datum  
2004-01-14**Valda ledamöter i skattenämnden för SFSK (beräknat  
på 115 ledamöter)**

<b>Landsting</b>	<b>Befolkn 1/11 03</b>	<b>Andel</b>	<b>Antal</b>	<b>Avrundat</b>
Stockholm	1 860 247	20.73	23.8	24
Uppsala	300 379	3.34	3.8	4
Södermanl	260 208	2.89	3.3	3
Östergötl	414 894	4.62	5.3	5
Jönköping	328 668	3.66	4.2	4
Kronoberg	177 476	1.97	2.2	2
Kalmar	234 938	2.61	3.0	3
Blekinge	149 934	1.67	1.9	2
Skåne	1 151 736	12.83	14.7	15
Halland	281 177	3.13	3.59	4
V:a Götal	1 514 507	16.87	19.4	19
Värmland	273 605	3.04	3.49	3
Örebro	273 958	3.05	3.50	4
Västmanl	259 973	2.89	3.32	3
Dalarna	276 539	3.08	3.54	4
Gävleborg	276 866	3.08	3.54	4
Vä.norrl	244 283	2.72	3.12	3
Jämtland	127 589	1.42	1.63	2
Vä.botten	256 016	2.85	3.27	3
No.botten	252 957	2.81	3.23	3

Sekretariatet  
Lars Renmyr  
08-764 8838

**PM**

Datum  
2004-01-13

Gotland	57 532	0.64	0.73	1
---------	--------	------	------	---

**Summa antal valda ledamöter således: 115 st**

Arbetsgruppen  
för stora företag  
Lars Renmyr  
08-7648838

Datum  
2004-01-21

Dnr  
10958-03/830

## Val av ledamöter i skattenämnd 2004 -2006

### Bakgrund

Den 1 januari 2004 bildades en ny myndighet, Skatteverket, med hela landet som verksamhetsområde. Skatteverket ersatte Riksskatteverket och de tidigare tio skattemyndigheterna.

Samtidigt bildades ett nytt skattekontor, Storföretagsskattekontoret, för hanteringen av de största koncernerna i landet. Inledningsvis ingår cirka 13 300 företag i det nya skattekontoret, som har arbetsenheter i Stockholm, Göteborg och Malmö.

Storföretagsskattekontoret inrättades vid årsskiftet men kommer att vara bemannat och fungera fr o m den 1 april 2004.

En arbetsgrupp tillsattes för att förbereda och genomföra inrättandet av Storföretagsskattekontoret.

En grundläggande princip för arbetsgruppen var att en koncern ska hanteras vid den arbetsenhet där moderbolaget har sitt säte. En strikt tillämpning av denna princip ger emellertid vid handen att Stockholmsenheten skulle bli alltför stor. Det har därför beslutats att Stockholmsenhetens andel av företagen på sikt ska utgöra ca 55 % av företagen och resten fördelas jämnt mellan Göteborgs- och Malmöenheterna. Detta föranleder vissa avvikelser från den nyss nämnda moderbolagsprincipen.

För 2004 har beslutats att till Stockholmsenheten föra de koncerner vars moderbolag har sitt säte inom nuvarande Stockholmsregionen och Västeråsregionen.

Arbetsgruppen  
för stora företag

Datum  
2004-01-21

Dnr  
10958-03/830

Till Göteborgsenheten hänförs, förutom regionens egna koncerner, också de i Linköpings-, Örebro- och Luleåregionerna.

Till Malmöenheten hänförs koncerner i Malmö-, Växjö-, Östersunds- och Gävleregionerna.

Varje arbetsenhet omfattar således flera landsting.

Indelningen kan komma att ändras framöver; dock inte förrän tidigast 2005.

#### **Val av ledamöter i skattenämnden m m**

Någon skattenämnd finns inte utsedd för det nya skattekontoret. En sådan måste därför förordnas. Skattenämnden i det nya riksomfattande skattekontoret ska delas in i tre avdelningar; en för varje arbetsenhet.

Bestämmelserna om val till skattenämnd finns i 7 kap. 5-7 §§ taxeringslagen (1990:324).

Av 5 § framgår att val av skattenämnd förrättas av landstingsfullmäktige. I Gotlands län förrättas valet av kommunfullmäktige i Gotlands kommun. Om en skattenämnds verksamhetsområde omfattar flera landsting eller ett landsting jämte Gotlands kommun, ska ledamöter väljas av dessa i proportion till folkmängden i landstinget respektive kommunen.

Bestämmelsen innebär, med hänsyn till att Storföretagsskattekontoret har hela landet som verksamhetsområde, att samtliga landsting jämte Gotlands kommun berörs av valet av ledamöter i skattenämnden.

Av 5 § framgår vidare att det vid val av ledamöter ska eftersträvas att lekmanakåren får en allsidig sammansättning med hänsyn till ledamöternas ålder, kön och yrke.

I 22 § förordningen (2003:1106) med instruktion för Skatteverket sägs bl a att Skatteverket bestämmer

Arbetsgruppen  
för stora företag

Datum  
2004-01-21

Dnr  
10958-03/830

tjänstgöringen i skattenämnden. Fördelningen av de valda ledamöternas tjänstgöring sker dock efter samråd med dem.

Ersättning till valda ledamöter som deltagit i sammanträde med nämnden betalas av Skatteverket enligt vad som framgår av 24 § förordningen (2003:1106) med instruktion för Skatteverket.

#### **Antal ledamöter i skattenämnden**

Skatteverket har beslutat att antalet ledamöter i den nya skattenämnden ska uppgå till sammanlagt 115. Beslutet bifogas för kännedom.

En sammanställning där ledamöterna proportionerats på de olika landstingen och Gotlands kommun bifogas också.

#### **Övrigt**

Landstingsförbundet har informerats i ärendet.

Sekretariatet  
Lars Renmyr  
08-764 8838

**PM**

Datum  
2004-03-03

**Ersättning till ledamot i skattenämnd**

Till alla ledamöter utgår ett grundarvode om 300 kr per sammanträdesdag jämte 300 kr för förberedelsearbete (se förordning (1982:814) om ersättning till nämndemän och vissa andra uppdragstagare inom domstolsväsendet m m - ändrad senast genom SFS 2003:526).

Till den som fått vidkännas löneavdrag eller annan inkomstförlust överstigande 300 kr per dag kan dessutom utgå ett tilläggsbelopp. Tilläggsbeloppet fastställs individuellt för varje ledamot med ledning av lämnade uppgifter om löneavdrag eller inkomstförlust. För ledamot som har anställning bör uppgift om förväntad årsinkomst kunna lämnas av arbetsgivaren. Ledamot, som är egen företagare eller motsvarande, får lämna uppgift om beräknad årsinkomst. Uppgiften bör kunna styrkas genom någon handling, t ex besked om sjukpenningsgrundande inkomst.

Tilläggsbelopp utgår endast för sammanträdesdag när ledamot åsamkats verkligt löneavdrag eller inkomstbortfall.

Resor till och från sammanträdena är att betrakta som tjänsteresor. Bostaden anses som tjänsteställe för ledamöter i skattenämnd.

## Interpellationer

### *Innehåll*

12. *Inger Harlevis (m)* interpellation till hälso- och sjukvårdsnämndens ordförande om fysisk aktivitet på recept
13. *Lena Celions (m)* interpellation till kommunstyrelsens ordförande om Spillingsskattens unika möjligheter
14. *Lilian Edwards (m)* interpellation till barn- och utbildningsnämndens ordförande om simundervisning bland gotländska skolbarn
15. *Mats E:son Hjorths (kd)* interpellation till hälso- och sjukvårdsnämndens ordförande om kostnader föranledda av utomlänssjukvården
16. *Barbro Ronstens (c)* interpellation till social- och omsorgsnämndens ordförande om särskilda boenden i framtiden
17. *Mats E:son Hjorths (kd)* interpellation till kommunstyrelsens ordförande om hur kommunen tillvaratar sina intressen i Östersjöområdet
18. *Bodil Rosengrens (v)* interpellationer till hälso- och sjukvårdsnämndens ordförandens samt social- och omsorgsnämndens ordförande om vård och stöd till män/pojkar som slår och hotar. (Interpellationerna är identiska).
19. *Barbro Ronstens (c)* interpellation till hälso- och sjukvårdsnämndens ordförande om remisser till bröstmottagningen vid Visby lasarett

**Anm:** *Lena Celions (m)* interpellation om kommunens jämställdhetsplan tas upp vid nästa sammanträde eftersom kommunalrådet *Sonia Landin* inte är närvarande vid detta sammanträde.

Moderata Samlingspartiet  
GOTLAND

**INTERPELLATION**  
2003-12-15

Till  
Ordföranden i Hälso- och Sjukvårdsnämnden

### **Fysisk aktivitet på recept**

Runt om i landet erbjuds nu fysisk aktivitet på recept. Några landsting har kommit en bra bit på väg med detta. En s.k. FYSS (Fysisk aktivitet i Sjukdomsprevention och Sjukdomsbehandling) har sänts till landets samtliga vårdcentraler.

Mina frågor är:

Hur långt har Gotlands Kommun kommit i arbetet med att erbjuda fysisk aktivitet?

Hur många vårdcentraler skriver idag ut FYSS-recept?

Visby 2003-12-15

Inger Harlevi (m)

---

Moderata Samlingspartiet  
GOTLAND

**INTERPELLATION**  
2004-02-16

Till  
Kommunstyrelsens ordförande Jan Lundgren

### Spillingsskattens unika möjligheter

Spillingsskatten, världens största vikingatida silverskatt, samt platsen Spillings i Othems socken, där fyndet gjordes och där ägarna till skatten bodde, ger underlag för unika möjligheter för den gotländska besöksnäringen och norra Gotland. Kultur och historia runt deras resor österut skapar en fantastisk möjlighet för upplevelseturismen på ön.

Alltsedan fyndet av denna unika skatt gjordes, har intresserade lokala krafter arbetat för att sprida information om den och finna vägar för att utveckla turismverksamhet kring denna skatt. Vi vet att skatten lyckligtvis kommer att få stanna på Gotland och visas på Läns museet.

Redan inför Vikingaåret 2005 finns goda möjligheter att erbjuda ett spännande och attraktivt besöksmål i Slite, för att på ort och ställe se hur vikingarna levde just här.

Därför undrar jag

- På vilket sätt har kommunen hittills verkat för att ge allmänheten möjligheter att ta del av Spillingsskattens spännande historia på norra Gotland.

- Finns det intresse från kommunen att i större skala stödja eller medverka till att utveckla denna möjlighet till etablering av ett nytt besöksmål på norr?

Slite dag som ovan

Lena Celion (m)

---

Moderata samlingspartiet  
GOTLAND

**INTERPELLATION**  
2004-02-16

Till  
Kommunalrådet Brittis Benzler

Ang. simundervisning bland gotländska skolbarn.

Under våren ska Skolverket inleda en rikstäckande undersökning av hur skolorna arbetar med simundervisning.

Bakgrunden är att många skolor i spartider bara erbjuder ett minimum av simundervisning eller har valt bort den helt och hållet.

I de gotländska medierna har vi kunnat läsa att simkunnigheten bland gotländska elever är låg. I läroplanen finns mål för simkunnighet både i årskurs fem och nio. För boende på en ö är simkunnighet en baskunskap och möjligheterna för alla elever bör vara likvärdiga för att kunna nå uppsatta mål.

Mina frågor är:

Har alla elever samma möjligheter i de gotländska skolorna att lära sig simma?

Hur ser simkunnigheten ut för de gotländska eleverna?

Uppnås målen?

Om inte, vad tänker kommunalrådet göra för att förbättra dagens situation?

Visby dag som ovan

Lilian Edwards (m)

---

**Interpellation**

Till  
Ordförande i Hälso- och Sjukvårdsnämnden.

Utömlänssjukvårdens kostnader har ökat dramatiskt varför Scandinavian Care Projekts AB anlitas för att undersöka varför kostnaderna blir så höga. Konsulterna kom bland annat fram till att sjukvården på Gotland saknade strukturer för att kunna följa upp både medicinskt och ekonomiskt. Är konsulternas slutsatser riktiga så är det allvarligt!

Mina fyra frågor till nämndordförande blir följande:

- 1) Varför anlita ett konsultbolag. Bör inte den uppföljningen kunna göras inom förvaltningen?
- 2) Hur fungerar egentligen förvaltningens ekonomiska styrsystem?

- 3) Görs det en produktkalkyl till exempel vad kostar en höftledsoperation?
- 4) Vore det inte idé att ha en beställarfunktion och en upphandlingsfunktion och därmed kunna följa upp kostnaderna på ett bättre sätt?
- 5) Hur stor kostnad betingade konsulten?

Alva prästgård den 6 februari 2004  
Mats E:son Hjorth, kristdemokrat

---

Interpellation

Till

Ordförande i Gotlands vård och omsorgsnämnd

### **Planering av särskilda boenden i framtiden**

Enligt senaste tillgängliga statistik har köerna till särskilda boende återigen ökat. Vi står inför öppnandet av äldreboendet på kvarteret Pjäsen som är ett ersättningsboende för tre skilda hus som stängs. Således inget tillskott. Ekängen har stängts, Tingsbrogården kommer att minska sitt platsantal efter ombyggnaden. Ett antal personer med olika funktionshinder skulle behöva avlastning eller inneha en tryggare bostad än sitt hem. Ca 185 personer har idag hemtjänst mer än fem gånger per dygn.

Enligt hemtjänstpersonalen känner sig många av de äldre med stort omvårdnadsbehov, otrygga mellan besöken.

Min fråga:

Hur ser planeringen för särskilda boenden ut med tanke på den senaste tidens utveckling av kön?

Hur planerar SON för att klara situationen med korttidsboende?

Visby den 16 februari 2004

Barbro Ronsten ©

---

### **Interpellation.**

#### **Till kommunstyrelsens ordförande, Jan Lundgren.**

Nutek skriver om Östersjöområdet följande: "Östersjöområdet är en av de snabbast växande regionerna i världen. Svenskt näringsliv befinner sig i en mycket expanderande marknad där de svenska företagen har möjlighet att växa"

För att öka svenska företags möjligheter på Östersjömarknaden har svenska staten bland annat startat följande program: Baltic 21 och Östersjömiljarden 2.

Nutek har gjort en inventering av IT- aktörer och IT- aktiviteter i Östersjöområdet. Nutek har fördelat pengar på företag med livsmedelsinriktning och miljöfrågor. Med andra ord är det en stor aktivitet vad gäller Östersjöregionens tillväxtpöjligheter.

Med anledning av ovanstående blir mina frågor till kommunstyrelsens ordförande:

- 1) Hur tillvaratas Gotlands intressen för att involveras som en del i denna tillväxtregion?
- 2) Anses Gotlands kunnande i till exempel IT eller ekologiskt jordbruk vara en tillgång för regionen och hur märks det i så fall?

Alva den 6 februari 2004

Mats E:son Hjorth, kristdemokrat

---

**Interpellation till Hälso- och sjukvårdsnämndens ordförande angående vård/stöd till män/pojkar som slår och hotar.**

År 2004 är proklamerat som kvinnofridsår. Att kvinnors/flickors situation behöver belysas är självklart, men hur ser situationen ut för männen/pojkarna som slår och hotar. Vi vet att det bara är en bråkdel av våldet som anmäls och leder till åtal. Socialtjänsten och sjukvården är de som idag konfronteras med problematiken.

Mina frågor är:

- Hur blir dessa män/pojkar synliga inom sjukvården?
- Vilken specifik utbildning har sjukvården att möta denna problematik?
- Vad finns det för vård/stöd att erbjuda till våldsamma män/pojkar inom sjukvården?

Visby den 16 februari 2004

---

Bodil Rosengren (v)

---

**Interpellation till Social- och omsorgsnämndens ordförande angående vård/stöd till män/pojkar som slår och hotar.**

År 2004 är proklamerat som kvinnofridsår. Att kvinnors/flickors situation behöver belysas är självklart, men hur ser situationen ut för männen/pojkarna som slår och hotar. Vi vet att det bara är en bråkdel av våldet som anmäls och leder till åtal. Socialtjänsten och sjukvården är de som idag konfronteras med problematiken.

Mina frågor är:

- Hur blir dessa män/pojkar synliga?
- Vilken specifik utbildning har socialtjänsten att möta män/pojkars problematik?
- Vad finns det för vård/stöd att erbjuda till våldsamma män/pojkar inom socialtjänsten?

Visby den 16 februari 2004

---

Bodil Rosengren (v)

---

Interpellation

Till

Hälso- och sjukvårdsnämndens  
ordförande

### **Angående remisser till bröstmottagningen Visby Lasarett**

År 2003 öppnade en särskild mottagning för kvinnor med speciella bröstdiagnoser vilken är mycket värdefull och bra. Mottagningen tar emot patienter från primärvården via remiss. Primärvårdsläkaren skriver dubbla remisser vid första besöket, en remiss till röntgen för mammografiundersökning samt parallellt en remiss till bröstmottagningen. Ett besök kan därmed innefatta både röntgen och läkarbesök inom en och samma dag. Det är bra. Många kvinnor är akut väldigt oroliga för knölar i bröstet och för dessa skulle en mottagning utan remisstvång vara ovärderligt. Dessutom leder snabb diagnos till en tidigare behandling.

Mina frågor är:

Vad är skälet till att akuta besök måste gå via primärvården?

Finns det planer på att ta bort remisstvånget till bröstmottagningen?

Kommer HSN att ta upp frågan för omprövning inom en snar framtid?

Visby den 16 februari 2004

Barbro Ronsten

---

## Information

### *Innehåll*

- a) Uppföljning av lokal handlingsplan för hälso- och sjukvården
  - Kommunstyrelsen 2004-02-26, § 41
  - Ledningskontoret 2004-01-30
  - Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och social- och omsorgskontoret 2004-01-16
  - Rapporten "Uppföljning av den lokala planen för utveckling av hälso- och sjukvården på Gotland 2003"
- b) Åtgärder 2004 års budget
  - Kommunstyrelsen 2004-02-26, § 39
  - Ledningskontoret 2004-02-26

**Ks § 41**

Au § 28

**Uppföljning av lokal handlingsplan för hälso- och sjukvården**

KS2004/0050-90

- Rapport uppföljning 2004-01-16
- Ledningskontoret 2004-01-30
- Sammanfattning ur Socialstyrelsens rapport för 2002 och bilaga med nyckeltalstabeller

*Hälso- och sjukvårdsnämnden och social- och omsorgsnämnden* har lämnat den årliga rapporten över uppföljning av den lokala handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården. Även om den nationella uppföljningen inte avser primärkommunal verksamhet omfattar Gotlands kommuns redovisning även den. Rapporten kompletteras med Socialstyrelsens frågeformulär och den lokala checklistan över åtgärder. *Ledningskontoret* sammanfattar erfarenheterna av arbetet under 2003 och konstaterar att det lokala uppföljningsarbetet behöver utvecklas, även om det förbättrats, och då närmast redovisningen av resultat. *Rapporten föreslås* godkännas och överlämnas till Socialstyrelsen.

*Bakgrund:* Kommunstyrelsen har godkänt en preliminär handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården (§ 330/2001-12-13). Bakgrunden var Riksdagens beslut och avtal mellan kommunförbunden och staten. Riksdagen har antagit en *Nationell handlingsplan* för utveckling av hälso- och sjukvårdens grundläggande struktur. Huvudinriktningen i planen är att stimulera utvecklingsinsatser inom primärvård, vård och omsorg om äldre, psykiatri, samt tillgänglighet och mångfald. Syftet är att lösa de problem som finns i skarven mellan framför allt sjukhus och primärvården. Landstingsförbundet, Kommunförbundet och staten träffade våren 2000 ett *avtal om utvecklingsinsatser* inom vården och omsorgen under åren 2002 – 2004. Avsikten är att dessa dokument och de medel som staten tillför, ska bidra till att skapa en välfungerande, tillgänglig och nära vård. Med primärvården som bas ska vården ha patienten i fokus, baseras på kunskap och vara kostnads-effektiv. Staten tillför 8 mdkr 2002-2004. Medlen ska ingå i det generella statsbidraget till landsting och kommuner och fördelas med 70% till landstingen och 30% till kommunerna. Gotlands kommun erhåller 6,4, 19,2 resp. 25,6 mnkr under perioden. Landstingen ska under år 2001 utarbeta lokala handlingsplaner för utvecklingen av hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen ansvarar för uppföljningen på nationell nivå.

**Kommunstyrelsens beslut**

- Uppföljningen av den lokala handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården godkänns.

*Expedieras:*

Ledningskontoret/verksamhetsteamet för expediering av rapport till Socialstyrelsen, Hälso- och sjukvårdsnämnden och Social- och omsorgsnämnden

2004-01-30

*Ledningskontoret*  
Dnr: KS 2004/0050-90  
Eva Sellberg  
Katarina Michanek  
Åke Wennerberg

Kommunstyrelsen

## **Uppföljning av lokal handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården 2003**

*Avseende primärvård, psykiatri, hälso- och sjukvård för äldre samt utveckling av olika samverkansformer*

### **Bakgrund**

En nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården beslutades av riksdagen november 2000. Som stöd för utvecklingsinriktningen tillförs landstingen och kommunerna medel i det generella statsbidraget under perioden 2002 – 2004 enligt försvarsuppgårelsen som fördelas med 70% till landstingen och 30% till kommunerna.

Kommunstyrelsen har beslutat att hälso- och sjukvårdsnämnden och social- och omsorgsnämnden årligen i samband med budgetarbetet ska precisera de utvecklingsinsatser som de önskar genomföra med finansiering ur det generella statsbidraget. Dessutom ska nämnderna varje år till kommunstyrelsen redovisa resultatet av utvecklingsinsatserna.

En första uppföljning lämnades till socialstyrelsen för år 2002 i februari 2003.

### **Uppföljning**

#### *Nationellt*

Socialstyrelsen ansvarar för uppföljning och utvärdering av arbetet med intentionerna i nationella handlingsplanen under åren 2002-2005. Den 30 juni årligen redovisas till regeringen en samlad bedömning av hur utvecklingen i landsting och kommuner stämmer överens med intentionerna i utvecklingsavtalet. Redovisningen baseras på landstingens lokala uppföljningar och baselinestudier (nyckeltalsuppföljningar inom respektive landsting) som initierats av Socialstyrelsen. Syftet med uppföljningen och utvärderingen är ökad kunskap och lärande vilket ger underlag för att bedöma vilka ytterligare åtgärder som kan behövas för att nå avsedda mål. Socialstyrelsen ska till regeringen juni 2005 redovisa en slutrapport.

---

Postadress	Besöksadress	Telefon	Internet/e-post	Bankgiro	Postgiro
621 81 VISBY	Klosterplan 2 Visby	0498-26 90 00 (växel) 0498-21 55 20 (telefax)	<a href="http://www.gotland.se">www.gotland.se</a> <a href="mailto:gotlands.kommun@gotland.se">gotlands.kommun@gotland.se</a>	339-8328	18 97 50-3

Det finns inga krav på nationell uppföljning av primärkommunernas arbete med handlingsplanen ej heller finns någon gemensam nationell mall för det som ska redovisas från landstingen. Gotlands kommun har ändå valt att följa upp den mellan hälso- och sjukvårdsnämnden och social- och omsorgsnämnden gemensamma lokala handlingsplanen.

Uppföljningen ska redovisas till Socialstyrelsen den 1 mars årligen 2003 – 2005.

Socialstyrelsen har för uppföljningen av 2003, arbetat fram ett antal indikatorer i ett frågeformulär för områdena primärvård, samverkan vid vård och omsorg om äldre, psykisk ohälsa, FOU-verksamhet och alternativa driftsformer. Gotlands kommuns svar på frågorna bifogas den lokala uppföljningen. Motsvarande uppföljning med indikatorer finns inte för det primärkommunala området.

#### Vad har hänt lokalt under 2003?

Arbetsgruppen för arbetet med lokala handlingsplanen, med representanter från HSF, SOK, GVO och LK, har i januari 2004 presenterat uppföljning av arbetet under 2003 till hälso- och sjukvårdsnämnden och social- och omsorgsnämnden (behandlas under februari 2004). Uppföljningen redovisar genomförda eller planerade insatser under 2003. I bilaga redovisas en övergripande checklista med koppling till flertalet åtgärder i lokala handlingsplanen.

En sammanfattande bild av uppföljningen av arbetet med lokala handlingsplanen visar att:

Inom *primärvården* (avsnitt 3) har arbetet präglats av anpassning av verksamheterna till det nya familjeläkärsystemet, fortsatt arbete med att rekrytera allmänläkare, fem nya ST-läkare har anställts, mätning av telefonframkomligheten har visat på förbättrad framkomlighet, landstingsförbundets väntetidsmätningar har visat att målen för besökstillgänglighet uppnås, vårdlagen har tillförts beteendevetarkompetens (2,5 tjänster).

Inom *samverkan* (avsnitt 4) har arbetet främst inriktats på att implementera övergripande överenskommelser och att precisera och dokumentera överenskommelser för bl.a. läkarmedverkan i särskilt boende, informationsöverföring och gemensam vårdplanering med patienten och närstående i centrum.

Inom *psykiatri* (avsnitt 5) har arbetet inom området psykisk ohälsa hos barn och ungdomar inneburit en utökning av resurser för konsultarbetet med vårdgrannar samt genom sammanslagning av barn-ungdomskliniken och vuxenpsykiatriska kliniken ett utökat samarbete kring gruppen unga vuxna. Samarbete har inletts mellan den nya psykiatriska kliniken och socialtjänsten för att utveckla arbetet kring ungdomar med missbruksproblematik.

För området äldre med psykisk ohälsa har en inventering av patientgruppen påbörjats, en kartläggning har genomförts bland personal inom äldreomsorgen angående behov av kompetensutveckling och handledning.

För området psykiskt funktionshindrade har insatserna främst inneburit fortsatt planering av för förbättrad samverkan, gemensam vårdplanering, specialisering av handläggare och hemtjänstpersonal.

Inom *kommunal vård och omsorg om äldre* (avsnitt 6) har för den kommunala hälso- och sjukvården implementeringar skett av olika rutiner för ansvarsfördelning, delegering, information och handledning. En kvalitetsplan har arbetats fram. Kartläggning av grund- och påbyggnadsutbildning har genomförts. Omvårdnadsprogram med validering för vårdbiträden har startats under hösten 2003. Fortsatt utvecklingsarbete av anhörigstöd med exempelvis införande av trygghetsplatser.

Inom området *Vård i livets slutskede* (avsnitt 7) har de gemensamma riktlinjerna inom social- och omsorgsnämnden reviderats, arbete har pågått med att planera för den palliativa vården och under våren 2004 kommer 6-8 platser att öppnas på Visby lasarett med inriktning cancervård samt vård i livets slutskede.

Inom området *FOU* pågår för närvarande inget aktivt arbete på grund av bristande ekonomiska resurser. Förslag till FOU-verksamhet finns sedan 2001.

### **Ekonomi**

Till Gotlands kommun har i generella statsbidraget uppskattningsvis betalats ut (åren 2001 – 2004) enligt nedanstående fördelning. Belopp enligt fördelningen har ingått i ramökningen till nämnderna. Inom parentes i tabellen redovisas nivåhöjningen respektive år. Fördelningen har beräknats med 70% till hälso- och sjukvårdsnämnden och 30% till social- och omsorgsnämnden.

År	Totalt till Gotlands kommun (mkr)	Varav till HSN (mkr)	Varav till SON (mkr)
2001	6,4 (6,4)	4,5 (4,5)	1,9 (1,9)
2002	6,4 (0)	4,5 (0)	1,9 (0)
2003	19,2 (12,8)	13,4 (8,9)	5,8 (3,9)
2004	26,0 (6,8)	18,2 (4,8)	7,8 (2,0)

*Hälso- och sjukvårdsnämnden* har fördelat 8,9 mkr för år 2003 enligt följande: 7,8 mkr till primärvården efter beslut om förtydligat ansvar för inom hemsjukvården, 1 mkr till barn- och ungdomspsykiatri för att tillskapa ett konsultationsteam. Resterande medel har förts till primärvården.

*Social- och omsorgsnämnden* har fördelat 3,9 mkr för år 2003 enligt följande: Anhörigstöd 850 tkr, och 300 tkr har använts till kompetensutveckling/handledning till sjuksköterskor, vårdbiträden och undersköterskor. Resterande medel har förts till äldre- och handikappomsorgen.

### **Ledningskontorets bedömning**

Ledningskontoret konstaterar att ett flertal aktiviteter har genomförts enligt lokala handlingsplanen och att aktiv planering pågår inom fler områden. Tyngdpunkt har lagts på att bygga upp former för samverkan mellan och inom berörda nämnder, förvaltningar och verksamheter. För andra aktiviteter har det handlat om behov av ekonomiska resurser för genomförande.

Ledningskontoret anser att arbetet med lokala uppföljningen har förbättrats successivt men behöver utvecklas ytterligare bland annat vad gäller redovisning av resultat. Ledningskontoret har ansvaret att leda arbetsgruppen, underlag arbetas fram inom berörda förvaltningar/nämnder.

Rapport för arbetet med lokala handlingsplanen under 2004 redovisas februari 2005. Ledningskontoret planerar att efter att Socialstyrelsens slutrapport presenterats, under hösten 2005 sammanställa en slutrapport av det lokala handlingsplanearbetet på Gotland.

Ledningskontoret föreslår att hälso- och sjukvårdens och social- och omsorgsnämndens redovisade uppföljning för 2003 godkännes och överlämnas till Socialstyrelsen.

### **Förslag till beslut i kommunstyrelsen**

Gotlands kommuns uppföljning av den lokal handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården godkännes.

Bo Dahllöf  
*regiondirektör*

16 januari 2004

Hälso- och sjukvårdsnämnden  
Social- och omsorgsnämnden

## **Uppföljning av den lokala planen för utveckling av hälso- och sjukvården på Gotland 2003**

---

I Nationella handlingsplanen markeras vikten av att följa upp resultaten av arbetet med de lokala handlingsplanerna. Uppföljning ska ske både på lokal och på nationell nivå.

Ansvar för den nationella uppföljningen har Socialstyrelsen som med preciserade frågeställningar inom varje delområde söker fånga utvecklingen i landet. Frågorna blir samtidigt markörer inom den lokala uppföljningen. Våren och hösten 2002-2005 genomförs baselinestudier i hela landet. Dessa ger möjlighet i ett nationellt och lokalt perspektiv till mätningar och jämförelser över tiden.

Gotland ska under perioden 2003-2005 per den 1 mars till Socialstyrelsen lämna en samlad rapport om utvecklingen inom de områden som den nationella handlingsplanen avser. Den 31 september 2005 ska en slutrapport presenteras.

### **Uppföljning nationell nivå**

- Årlig uppföljning per mars 2003-2005
- Slutuppföljning dec 2005
- Väntetider och besök på vårdcentral 2 ggr per år
- Vårdbarometern, Väntetider i vården mm

### **Förslag till beslut**

Bifogad skrivelse lämnas till Kommunstyrelsen som underlag för uppföljning 2003 av den lokala planen på Gotland.

Jan-Olof Henriksson  
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Mats-Ola Rödén  
Chef för Gotlands vård och omsorg

Göran Lindbom  
Chef Social och omsorgskontoret

16 januari 2004

**Uppföljning av den lokala planen  
för utveckling av  
hälso- och sjukvården  
på Gotland**

**2003**

16 januari 2004

Innehållsförteckning:

Uppföljning av den lokala planen för utveckling av hälso- och sjukvården på Gotland .....	1
Avsnitt 3 Primärvården .....	1
3.2.3 Definierat och kostnadsberäknat åtagande för primärvården.....	1
Telefonframkomlighet .....	1
Sjukvårdsupplysning per telefon .....	2
Väntetider till läkarbesök.....	2
Fast läkarkontakt.....	3
Teambaserat arbetssätt.....	4
Alternativa driftsformer .....	4
Avsnitt 4 Samverkan .....	4
Vårdprocessarbete.....	6
Avsnitt 5 Psykiatri.....	6
5.1 Psykisk ohälsa hos barn och ungdomar .....	7
5.2 Äldre med psykisk ohälsa .....	8
Avsnitt 5.3 Psykiskt funktionshindrade .....	9
Avsnitt 6 Kommunal vård och omsorg om äldre .....	9
6.1 Kommunal hälso- och sjukvård .....	9
6.2 Kompetensutveckling .....	11
6.2.2 Rekrytering av sjuksköterskor .....	12
6.2.3 Behov av samordnad utbildningsplanering.....	12
Förstärkning av rehabiliteringsresurser.....	12
6.3 Anhörigstöd .....	12
Anhörigpolicy i särskilt boende.....	13
Trygghetsplatser .....	14
Avsnitt 7 Vård i livets slutskede .....	14
Avsnitt 8 Forskning och Utveckling .....	15
Uppföljning av landstingets lokala handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvård.....	16
Frågeformulär/indikatorer verksamhetsåret 2003.....	16
Sjukvårdsrådgivning på telefon .....	16
Väntetider till läkarbesök.....	17
Fast läkarkontakt.....	17
Läkartäthet.....	19
Samverkan vid vård och omsorg om äldre.....	20
Alternativa driftsformer .....	22
Checklista för genomförande och uppföljning av lokala handlingsplanen under 2003 .....	25
Datasegment för journalföring.....	26
Omvårdnadsdokumentation i kommunal hälso- och sjukvård enligt HSL i särskilt boende .....	26
Överenskommelse om läkarmedverkan i särskilt boende.....	26
Vårdprocesser .....	26
Överenskommelse om rehabilitering för äldre och funktionshindrade.....	26
- gemensamma riktlinjer .....	30
- utbildning i etik.....	30
- palliativ vård .....	30

16 januari 2004

## Uppföljning av den lokala planen för utveckling av hälso- och sjukvården på Gotland

---

### Avsnitt 3 Primärvården

#### 3.2.3 Definierat och kostnadsberäknat åtagande för primärvården

I december 2002 genomfördes det gotländska familjeläkarsystemet. Ett basåtagande är definierat och kostnadsberäknat. Listning av befolkningen är genomförd.

2003 har präglats av anpassning av verksamheterna till det nya systemet och att hitta samverkanslösningar till de primärvårdsgemensamma åtaganden som jour, kväll/natt och helgbemannning, turistmottagning, lednings struktur, övergripande mål, policybeslut mm.

Överenskommelse är gjord mellan primärvård och äldreomsorg om ansvar för hemsjukvård. Basåtagandet har förtydligats och resurser har tillförts för hela hemsjukvårdsansvaret i ordinärt boende.

Det råder fortfarande brist på framför allt allmänläkare - ca en tredjedel av familjeläkartjänsterna är vakanta. Glädjande nog har fem nya ST-läkare anställts. Rekryteringssatsning på Tyskland har resulterat i att en familjeläkare därifrån nu arbetar på ön.

En upphandling av primärvårdsverksamhet (tre vårdlag i Visby) avbröts i början av året. Under sommaren beslutades om att genomföra en upphandling av primärvården på södra Gotland där nu anbudsgranskning pågår.

Antalet vårdcentraler/distriktssköterskemottagningar och placering av dessa har varit och är en svår politisk fråga. Beslut om flyttning av vissa verksamheter togs i slutet av 2003. Med diskussion och protester från de delar av befolkningen som är direkt berörda som följd.

I diskussionerna vägs tillgänglighet i form av enläkarmottagningar och ensamarbetande distriktssköterskor mot vårdutveckling, kvalitet och arbetsmiljöaspekter på större enheter. Det finns också andra starka argument än de som handlar om att tillgodose vårdbehov – levande samhälle med olika serviceinrättningar – symbol för en levande landsbygd – ökade resekostnader, närhet till arbetsplats med mera.

Även beslut om hyrpersonalstopp är fattat vilket får stora konsekvenser för primärvården på Gotland. Året har varit ganska turbulent.

#### Telefonframkomlighet

Under 2002 infördes ett datoriserat telesvarssystem på samtliga vårdcentraler samt på vissa mottagningar på lasarettet.

Systemet innebär att alla samtal besvaras direkt med ett datorstyrt meddelande och patienten blir sedan uppringd på utsatt tid av sjuksköterska på vårdcentra-

16 januari 2004

len. Antalet samtalstider regleras fortlöpande. Vid hård belastning där tids-schemat blir fulltecknat, utökas schemat och/eller bemanningen i telefonen. Mätning av framkomlighet gjordes före och efter införandet av ”Flex i tid” på en vårdcentral i Visby.

.....	<b>Mars 02</b>	<b>Sept. 02</b>
Framkomlighet	40%	97%
Patientenkät: Nöjd	48%	69%
Missnöjd	40%	21%

En ny patientenkät kommer att genomföras under 2004.

I ersättningssystemet för primärvården ersätts inte telefonkontakter annat än i den generella individersättningen. Synpunkter har framförts om att göra förändringar så att konsultation/rådgivning/uppföljning på telefon särskilt ersätts. En utvärdering av hela ersättningsmodellen i Familjeläkarsystemet på Gotland ska göras under 2004 då det har varit igång ett år.

### **Sjukvårdsupplysning per telefon**

På Gotland finns sedan många år tillbaka en gemensam sjukvårdsupplysning bemannad dygnet runt årets alla dagar. Den är bland annat ett viktigt komplement till den sjukvårdsrådgivning som ges på respektive vårdcentral. Sjukvårdsupplysningen finns organiserad i räddningstjänsten och arbetar i samma lokaler som SOS-alarm. Därigenom tillgodoses även SOS-Alarms krav på sjuksköterskebemanning.

Sjukvårdsupplysningen tar emot ca 46 000 samtal per år.

Ca 40 % av samtalen bokförs som egenvårdssamtal.

Ca 20 % gäller bokning till jourläkare – vårdcentral.

Ca 12 % är hänvisning till akutmottagning och akutmedicinsk rådgivning i väntan på ambulans.

Resterande mängd samtal är hänvisning till distriktssköterska, tandläkare, specialistmottagning, kvinnojour mm och samordning av insatser under jour och beredskapstider.

Sjukvårdsupplysningen är väl etablerad på Gotland. Tidigare undersökningar visar att enheten bidrar stort till att styra patienter till rätt vårdnivå.

### **Väntetider till läkarbesök**

De mål som finns formulerade för väntetider till läkarbesök är kontakt samma dag per telefon eller genom besök, läkarbesök inom sju dagar till familjeläkare, besök inom 90 dagar till den specialiserade vården.

Samtliga vårdcentraler har slutat med ”Öppen akut mottagning” och har endast bokade tider för båda akut och planerade besök. Några akuta tider på sen eftermiddag sparas för framför allt sjuka barn.

16 januari 2004

Resultaten av Landstingsförbundets väntetidsmätningar används som utgångspunkt för diskussion om eventuella förändringar. Av alla patienter som bedömts akuta eller ej akuta och som fått tid bokad eller kommit direkt till mottagningen har 80 % fått tid samma eller nästa dag, 90 % inom 7 dagar – bäst i landet.

Ersättningssystemet bygger på individersättning ca 80 % och en besöksersättning ca 20 %. Något särskilt bonussystem finns inte kopplat till att korta väntetiderna men ”hemvårdcentralen” debiteras när patienten söker under jourtid.

Vårdcentralerna på Gotland har mottagningstider 8-17 vardagar, beredskap övriga tider. En gemensam mottagning är öppen i Visby på lasarettet under lördagar söndagar och helgdagar 8-16. Under sommarperioden utökas den gemensamma mottagningen för att kunna ta emot turister.

Flera vårdcentraler har deltagit i ”bra mottagnings arbete” bland annat tillsammans med Jönköpings läns landsting. Inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen finns särskilt utbildad personal med uppgift att utveckla vårdprocesserna och stödja verksamheternas förbättringsarbete.

(En fortsättning på ett projekt som startades av Landstingsförbundet i samband med nedläggning av viss militär verksamhet. Det så kallade vårdstödsprojektet.)

Sjukgymnastikverksamheten har deltagit i genombrottsprojekt vilket har inneburit att väntetiderna drastiskt har kortats.

### **Fast läkarkontakt**

Listning hos en särskild läkare innebär att patienten i största möjliga utsträckning skall möta samma läkare vid besök. Minst 80 % av de patienter som besökt läkare på vårdcentralerna skall ha träffat sin allmänläkare vid minst två av de tre senaste besöken. Denna ”kontinuitet” redovisas för respektive läkare och enhet till hälso- och sjukvårdsnämnden.

På Gotland har det under flera år varit ett kärvt rekryteringsläge för framför allt allmänläkare. Av 31 tjänster är ca 20 tillsatta med ordinarie läkare. För att täcka vakanserna har 6-7 så kallade hyrläkare eller vikarier anlitats. Under de två senaste åren har dessutom fem nya ST- läkare rekryterats till primärvården.

Sammantaget innebär det att ca 30 % av befolkningen är hänvisad till icke ordinarie anställda läkare vilket försvårar möjligheterna till kontinuitet i läkar- kontakterna.

Ca 10 % av befolkningen har aktivt valt annan familjeläkare med team än den som föreslagits. På fem av vårdcentralerna finns kö till byte av läkare - totalt 630 personer.

Satsningar har gjorts för att rekrytera ordinarie läkare. Rekryteringskampanj har genomförts i Tyskland

16 januari 2004

### **Teambaserat arbetssätt**

I Familjeläkarsystemet på Gotland är en av grundförutsättningarna att verksamheten bygger på vårdlagstanken. Familjeläkaren är ”markören” för befolkningens val men med läkaren följer ett vårdlag. Under 2003 har vårdlagen förstärkts med beteendevetarkompetens – enligt den lokala handlingsplanen, totalt 2,5 tjänst samtliga är tillsatta.

### **Alternativa driftsformer**

Ett konkurrensutsättningsprogram togs fram under förra mandatperioden. I den angavs att 5-30 % av den samlade verksamheten planderades drivas i alternativa driftsformer

Familjeläkarprogrammet är konstruerat så att ersättningen till verksamheterna är lika oavsett driftsform.

Under 2002 genomfördes en upphandling av primärvårdsverksamhet – tre vårdlag – i Visby. Upphandlingen avbröts efter politisk diskussion.

Ny upphandling har genomförts under 2003, anbudsgranskning pågår. Denna gång gäller det primärvård på södra Gotland.

På Gotland finns inga privat verksamma allmänläkare med vårdavtal eller ersättning enligt nationella taxan.

### **Avsnitt 4 Samverkan**

Beslut om en övergripande överenskommelse är fattat avseende hälso- och sjukvård för äldre och funktionshindrade personer i särskilt boende och i bostad med särskild service. Överenskommelsen beskriver fördelning av ansvar och roller mellan hälso- och sjukvårdsnämnden och social- och omsorgsnämnden.

Utöver den övergripande överenskommelsen har fördjupade överenskommelser arbetats fram under 2003 för följande områden:

#### **Informationsöverföring och samordnad vårdplanering**

Nya rutiner för informationsöverföring mellan slutenvården – primärvården – äldreomsorgen och omsorger om funktionshindrade finns klara från 2003-11-01.

En tvärprofessionell arbetsgrupp har tagit fram rutiner som även omfattar äldre med psykisk ohälsa och psykiskt funktionshindrade (enligt avsnitt 5.2 och 5.3).

Rutinerna fokuserar på vikten av den gemensamma vårdplaneringen med patienten och närstående i centrum. Ömsesidig kunskap om och förståelse för varandras roller och skyldigheter diskuteras i en serie dialogmöten mellan samtliga personal inblandade i vårdplaneringsarbetet det vill säga sjuksköterskor, handläggare, läkare mfl. under januari- februari 2004.

16 januari 2004

Fr.o.m.våren 2003 finns en biståndshandläggare med ansvar (norra och södra Gotland) för att gemensamma vårdplaneringar för inneliggande patienter snabbt kommer till stånd. Motsvarande uppgift har biståndshandläggarna i Visby. Under 2004 planeras för att utöka till två biståndshandläggare som kommer att ansvara för vårdplanering för hela äldreomsorgen.

Projektmedel har tilldelats från KK-stiftelsen för att skapa datorstöd för informationsöverföring och en samlad gemensam medicinsk vårddokumentation för primärvård, slutenvård äldreomsorg och omsorger om funktionshindrade. Projektet drivs tillsammans med Huddinge sjukhus.

### **Överenskommelse om läkar-medverkan**

Överenskommelse om läkarmedverkan i särskilt boende finns från januari 2003. Hälso- och sjukvårdsnämnden ansvarar för att tillhandahålla läkarinsatser med adekvat kompetens och att det för varje boende finns namngiven patientansvarig läkare (PAL). Vid läkarbyte meddelas namn på den nya läkaren senast en vecka innan. De medicinska insatserna sker i samverkan med omvårdnadsansvarig sjuksköterska inom särskilt boende.

En läkartjänst ska finnas för 250 boende, vilket innebär 8 tim/boende/år eller 9 min/boende/vecka. Läkaren har ett fortlöpande ansvar för patientens medicinska vård och behandling samt att berörd vård- och omsorgspersonal får den handledning som krävs för att utföra ordinerade uppgifter. Varje boende erbjuds läkarbesök vid minst ett tillfälle/år, för uppdatering av vårdplanering och genomgång av läkemedelsordinationer – i samråd med patient och/eller dennes anhöriga/närstående. För akuta insatser ansvarar primärvårdens läkare i jour/beredskap. Dokumentation finns tillgänglig för omvårdnadsansvarig sjuksköterska i särskilt boende.

Primärvården genomförde v 19 och v 20 en mätning av den faktiska läkartiden i de särskilda boendena. Mätningen visade en genomsnittstid på 8,1 minut/boende/vecka.

Läkarkontinuitet för patienten är mycket svårt att uppnå eftersom läkarsituationen i nuläget ser ut som den gör – få ordinarie läkare- många hyrläkare. Kvaliteten i mötet med läkaren behöver inte därför vara dåligt, men uppföljning av ordinationer, behandlingar och dokumentation kan försvåras.

Utvärdering av överenskommelsen sker årligen, dels av utföraren och dels av beställaren. Rutiner för detta finns framtaget.

En skriftlig sammanställning av utvärdering/uppföljning kommer att redovisas under 1: a kvartalet 2004.

I överenskommelserna belyses särskilt hur handledning och utbildning ska ske fortlöpande.

Ny överenskommelse om rehabiliteringsinsatser på gång

16 januari 2004

I den kommunala hälso- och sjukvården ingår även habilitering, rehabilitering och hjälpmedel för äldre och funktionshindrade. Resurser för detta finns inom Hälso- och sjukvårdsnämnden. Samarbeta har inletts mellan berörda förvaltningar för att kartlägga behov av insatser samt att arbeta fram en övergripande överenskommelse. Arbetet beräknas vara klart under våren 2004.

### Vårdprocessarbete

Arbetet med att utveckla vårdprocesserna ska leda till:

- Vidareutveckling av arbetsmetoderna så att verksamheterna systematiskt och fortlöpande arbetar med processinriktat förbättringsarbete. Detta förbättringsarbete ska ske såväl inom de enskilda verksamheterna som i gränssnittet mellan olika verksamheter och med angränsande förvaltningar. Arbetet ska ske utifrån ett patientfokus.
- Ökad kunskap hos personalen om systematiskt förbättringsarbete

### Följande vårdprocesser har utvecklats under 2003

#### Perifer Benischemi (dålig blodcirkulation i underbenen)

Resultatet från patientprocessen "Perifer benischemi" implementeras i år över hela Gotland. Processarbetet resulterade i en larminstruktion med ett larmnummer direkt till hudmottagningen. Larmnumret är till för att både patienter och vårdgivare ska kunna ringa för konsultation och vid behov få träffa ett multidisciplinärt team inom en vecka.

#### Akut förvirringstillstånd (konfusion) hos äldre

Det var oklart om var i organisationen man på ett tillfredställande sätt kunde ta emot, utreda samt vårda äldre akut förvirrade patienterna. Resultatet av processarbetet blev ett virtuellt resursteam med intresserad och utbildad personal som kunde sättas in vid behov. Personalen i teamet kommer både från sjukvården och från äldreomsorgen. Arbetet fortgår med att rekrytera och utbilda personal till resursteamet så att det blir operativt 2004.

#### Akut ortopedisk rehabilitering

Arbetet med denna process startade i början av 2003 och kommer att fortgå 2004. Ledningsteam och Processteam har kommit överens om att fortsätta att arbeta utifrån hypotesen att: "Brist på samordning av kommunikation, rutiner och befintliga resurser förlänger patients vård och rehabiliteringstid." Processen är ett samarbete mellan flera olika verksamheter. I processteamet ingår personal från medicin-rehabkliniken, ortopedkliniken, primärvården, äldreomsorg och äldreomsorgen.

### Avsnitt 5 Psykiatri

En ny organisation för psykiatrin genomfördes under 2003. Förändringen innebär en sammanslagning av Barn- och Ungdomspsykiatriska kliniken och Vuxenpsykiatriska kliniken.

16 januari 2004

En handlingsplan upprättades och under 2002 rekryterades en ny verksamhetschef för den nya organisationen. Ny verksamhetsledning tillträdde 2003-01-01. I ledningsgruppen finns representanter från olika professioner och från de båda specialistverksamheterna. Gemensam administration är tillskapad. Arbete pågår med att förändra jourmottagningen och öppenvårdsteamet för att öka tillgängligheten. En gemensam reception och kassa för hela kliniken är tillskapad. Alla inkommande samtal och remisser kommer till jourmottagningen, telefonsamtal kopplas i första hand till sjuksköterska i telefonrådgivningen som har öppet alla dagar mellan 8 och 16.

Remisskonferensen med representanter från samtliga enheter har till uppgift att göra prioriteringar och att leda patienterna till rätt vårdinsats. Öppenvårdsteamet arbetar för att förkorta behandlingstiderna till ett till tre. orienterande samtal inom fyra veckor. Väntetiderna har förkortats för unga vuxna patienter. Patienter med suicid- och ätstörningsproblematik, depressionssyndrom och svåra personlighetsstörningar prioriteras.

Kliniken samverkade sommaren 2003 med socialtjänstens ungdomsgrupp för att förbättra vården och omhändertagandet av ungdomar – även från fastlandet. En ungdomsavdelning för tillnyktring och avgiftning tillskapades.

Under hösten –03 har kliniken och missbruksvårdsenheten inom socialtjänsten fått i uppdrag att tillskapa en avgiftningsavdelning för vuxna och ungdomar. Denna är nu under uppbyggnad.

Vad gäller psykiatrisk slutenvård arbetar kliniken med att ytterligare utveckla vårdkedjor och behandlingsprogram.

Psykiatriska kliniken har sedan flera år stor brist på framför allt läkare. Ett omfattande rekryteringsarbete pågår ständigt.

Den nya vårdorganisationen med en åldersintegrerad verksamhet är nu verkställd, kliniken befinner sig i ett spännande förändrings- och utvecklingsskede som gagnar befolkningen genom ökad tillgänglighet och kortare väntetider.

### **5.1 Psykisk ohälsa hos barn och ungdomar**

Barn- och ungdomspsykiatrik vänder sig till barn och ungdomar 0-18 år (och unga vuxna 16-25 år), med samtliga barn och ungdomspsykiatriska diagnoser.

Resurser motsvarande ett nytt team har tillförts kliniken. Konsulttiden för arbete med ungdomsmottagning, barnkliniken, socialtjänst och skola har utökats vilket har medfört snabbare handläggning och bättre styrning till rätt vårdinsats.

Sammanläggningen av Barn- och ungdomspsykiatrik och vuxenpsykiatrik har lett till ett utökat samarbete särskilt kring patientgruppen unga vuxna.

Nya arbetsmetoder har utvecklats.

Väntetiderna till Barn- och ungdomspsykiatrik var 2003 ca en vecka – alla

16 januari 2004

akuta patienter tas emot direkt. Väntetiden för neuropsykiatrisk utredning var ca tre månader.

Arbete pågår med att utveckla samarbetsformerna mellan Barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänsten kring barn och ungdomar med missbruksproblematik. En särskild avgiftningsplats för ungdomar kommer att tillskapas i den nya avgiftningsenheten som planeras starta under våren 2004.

## 5.2 Äldre med psykisk ohälsa

Antalet äldre med psykisk ohälsa ökar. Nationella undersökningar tyder på att det med stor sannolikhet finns dolda vårdbehov och behov av att utveckla diagnostik och insatser.

En inventering av patientgruppen har påbörjats. Dessa patienter har ofta flera diagnoser, funktionshinder och demenssjukdomar vilket försvårar psykiatrisk diagnostisering. En geropsykiatrisk enhet stängdes för några år sedan och patientgruppen vårdas nu på olika kliniker beroende på övriga sjukdomar.

En djupanalys för att få en uppfattning om dolda vårdbehov planeras att genomföras på en begränsad enhet.

En arbetsgrupp med företrädare från berörda förvaltningar bildades hösten 2002. Ett av arbetsgruppens uppdrag var att identifiera behovet av kompetensutveckling hos äldreomsorgens personal och en kartläggning genomfördes. Anställda inom äldreomsorgen fick besvara en enkät där kunskap om psykisk ohälsa, behovet av kompetensutveckling, tidigare utbildningar/ erfarenheter samt vilka kontaktvägar för hjälp i detta problemområde efterfrågades.

- ca 60% har tillräckliga teoretiska kunskaper,
- ca 60% får handledning i någon form
- endast ca 30% uppger att de vet vart de ska vända sig för att få stöd i sitt arbete med äldre personer med psykisk ohälsa (ex. psykiatri, omvårdnadsansvarig sjuksköterska).

Arbetsgruppen skall våren 2004 upprätta utbildningsplan inom området psykisk ohälsa.

Inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen finns arbetsmetoder framtagna för att utveckla vårdprocesserna. En processkartläggning av vården av äldre med psykisk ohälsa är angelägen och kommer att föreslås för styrgrupp/ledningsgrupp.

Genomgång av vårdprocesserna för patientgruppen äldre med akut förvirringstillstånd har lett fram till bildandet av ett resursteam för det akuta omhändertagandet av dessa patienter under den initiala utredningstiden på medicinkliniken. (se Avsnitt 4 Samverkan) Se även under rubriken Samverkan.

16 januari 2004

### **Avsnitt 5.3 Psykiskt funktionshindrade**

#### **Samverkan - Övergripande överenskommelser**

Under hösten 2003 har kontakterna på ledningsnivå stärkts mellan psykiatri och socialtjänst. Ett övergripande samverkansavtal ska arbetas fram

#### **Ökad tillgänglighet**

Psykiatrin har tilldelats medel för att förstärka jourmottagningen. Förstärkningen ska leda till att enskilda lättare ska få kontakt med psykiatrin, och att socialtjänstens personal lättare får tillgång till psykiatrisk kompetens och stöd.

#### **Bostad med särskild service och särskilt boende**

Ett antal personer som vårdats genom psykiatrin inom enskilda verksamheter (ex. Solkusten, Nygårds Garda) kommer att skrivas ut från psykiatrin och få sitt behov av boende och annat stöd prövat enligt Socialtjänstlagen eller LSS.

#### **Handledning och fortbildning**

Psykiatrin har erhållit medel för att i ökad utsträckning ge handledning och fortbildning till socialtjänstens personal.

#### **Specialisering av handläggning**

En planerad förstärkning av handläggargruppen är genomförd och arbetsgrupper har fördelats om. Det finns idag tre handläggare med ansvar för insatser – huvudsak enligt socialtjänstlagen – till vuxna funktionshindrade (< 65 år), bland annat personer med psykiska funktionshinder. Fortsatt kompetensutveckling och översyn av arbetet kommer att ske under 2004.

#### **Specialisering av hemtjänst**

I Visby finns en hemtjänstgrupp med specifikt ansvar för insatser till psykiskt funktionshindrade under 65 år. Fortsatta resonemang förs med målsättning att göra en motsvarande organisation även på övriga Gotland. Förändringen beräknas vara genomförd under första halvåret 2004.

### **Avsnitt 6 Kommunal vård och omsorg om äldre**

#### **6.1 Kommunal hälso- och sjukvård**

Social- och omsorgsnämnden har idag ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser t.o.m. sjuksköterskenivå inom särskilda boenden, bostad med särskild service samt korttidsboende (SoL, LSS). Sjuksköterskeresurser finns tillgängliga dygnet runt.

Kvarboendepincipen gäller utifrån den enskildes behov och önskemål. Principen har fått genomslag och allt fler väljer att få vara hemma i sin ordinarie bostad livet ut. Behov av insatser från hemtjänsten har ökat och nya nattpatruller har organiserats. Stödet till anhöriga har förbättrats för att öka tryggheten och möjligheterna för anhöriga att få avlösning har också byggts ut. Det har skett genom fler korttids trygghetsplatser, kostnadsfri avlösning mm.

16 januari 2004

Genom förbättrad boendestandard inom särskilt boende (om- och nybyggnation) har möjligheterna för kvarboende ökat i dessa.

Tillgång till en god hälso- och sjukvård i särskilt boende skall finnas på samma villkor som för alla andra.

Vård och omsorg i livets slutskede skall prioriteras och vara individuellt anpassad. Akutsjukvården har blivit allt effektivare med korta vårdtider, vilket ställer omfattande krav på äldreomsorgens verksamhet.

Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter är kunskaps- och tidskrävande för alla inblandade. Rutin för delegeringsförfarande finns. Uppföljningen visar på följande förbättringsområden; vårdpersonalens brister i baskunskap, förbättrad samverkan mellan sjuksköterska och vårdpersonal, förbättrad samverkan mellan verksamhetschef och sjuksköterska, samt prioriterad tid för sjuksköterska att utbilda, handleda samt följa upp givna delegeringar. En av anledningarna till bristerna har varit vakanser i sjuksköterskebemanningen. I dagsläget finns dock en stabilitet i sjuksköterskegruppen. Ytterligare orsaker har varit otydlighet i roller och delvis avsaknande av samverkan mellan sjuksköterskor – verksamhetschefer och baspersonal. ”Ansvarsfördelning” – ett flödesschema som tydliggör ansvar och befogenheter mellan medicinskt ansvarig sjuksköterska – verksamhetschef med HSL-ansvar – omvårdnadsansvarig sjuksköterska – baspersonal har upprättats. Medarbetarkontrakt för sjuksköterska har upprättats utifrån ansvarsfördelningen.

Omvårdnadsdokumentation för kommunal hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen med IT-stöd kommer att tas i bruk under 2004.

Kvalitetssystem enligt SoL och HSL som uppfyller kraven i Socialstyrelsens föreskrifter finns i nuläget inte. Kvalitetssystem som uppfyller ovannämnda krav är under uppbyggnad och beräknas vara klart under 1:a halvåret 2004. En särskild kvalitetsplan finns dokumenterad med ett flertal åtgärder under 2003-2004.

Som ett led i att höja kvalitet och säkerhet har ett kvalitetsråd, bestående av verksamhetschefer, sjuksköterskor, driftchef och Mas, arbetat fram en plan för prioriterade förbättringsområden. Fyra kvalitetsnätverk, verksamhetschefer och sjuksköterskor, har sedan ansvaret för att genomföra dessa förbättringsområden i den egna verksamheten. Kvalitetsråd och kvalitetsnätverk arbetar sedan hösten 2002 med detta kvalitetssäkringsarbete.

Kvalitetssystemet kommer att innehålla principer och aktiviteter som styr verksamheten i att göra vardagsarbetet tydligt och effektivt mot uppsatta mål.

Driftchef för äldreomsorg och medicinskt ansvarig sjuksköterska har i december 2003, och på eget initiativ, träffat företrädare för Socialstyrelsens regionala enhet för att få råd och stöd i det fortsatta utvecklings- och kvalitetssäkringsar-

16 januari 2004

bete av den kommunala hälso- och sjukvården. Mötet var mycket utvecklande och för oss en bekräftelse på att vi är på ”rätt väg”.

## 6.2 Kompetensutveckling

### **Grundutbildning för vårdbiträden, undersköterskor, boendeassistenter och vårdare inom äldre och handikappomsorgen.**

Under 1999 gjordes en kartläggning av utbildningsnivån på tillsvidareanställd personal inom äldreomsorgen. Den grundutbildning som eftersträvas är utbildning motsvarande omvårdnadsprogrammet. Under våren 2003 har en ny kartläggning genomförts, kartläggningen visar att 375 vårdbiträden av 1500 medarbetare saknar adekvat utbildning. Motsvarande siffra för 1999 var 440 personer.

Under hösten 2003 har en omvårdnadsutbildning genom Lernia med inslag av validering startat för 60 vårdbiträden inom äldreomsorgen. 14 medarbetare med tillsvidareanställning har gått 42 veckors omvårdnadsprogram under året. Samtliga har erbjudits utbildning med heltidslön under studietiden.

### **Påbyggnadsutbildning**

Påbyggnadsutbildning för vårdbiträden/undersköterskor har genomförts för personal inom demensvården där behovet av kompetensutveckling varit störst. Det gäller inte minst utveckling av den medicinska kompetensen inom demensvården. Särskild utbildningsplan skall utformas.

### **Kompetensutveckling för personal som arbetar med personer med psykiskt funktionshinder.**

Under hösten 2003 har gjorts en kartläggning av utbildningsnivån för all tillsvidareanställd personal även inom Omsorg om funktionshindrade. Totalt saknar 17 % av vårdare, vårdbiträden och personliga assistenter adekvat grundutbildning.

När det gäller personal som arbetar specifikt med insatser till personer med psykiskt funktionshinder inom Omsorg om funktionshindrade, hemtjänstgrupp i Visby och bostad med särskild service för personer med psykiskt funktionshinder, c:a 20 medarbetare, är det endast några få som saknar adekvat grundutbildning. Det har inte bedömts vara aktuellt anordna någon riktad grundutbildning av denna personalkategori.

Med utgångspunkt från de behov som framkommit i kartläggningen planeras påbyggnadsutbildning i samarbete med psykiatri (se avsnitt 5.3Handledning och fortbildning) och i samarbete med IFO när det gäller frågor kring missbruk. Under 2003 har några av berörd personal deltagit i påbyggnadsutbildning som riktas till all personal i form av tre utbildningsdagar kring etik och bemötande, lagstiftning, dokumentation, avvikelshantering, lyftteknik, första hjälpen och hjärt-lungräddning.

### **Plan för fortbildning sjuksköterskor särskilt boende**

En komplett kompetensutvecklingsplan för 2003 finns inte upprättad. Två chefer för sjuksköterskeheten slutade sin anställning till sommaren vilket gjorde

16 januari 2004

att arbetet med kompetensutveckling inom enheten avstannande. Två nya chefer tillträder 1 april 2004 med uppdrag att prioritera kompetensutvecklingsfrågorna .

En sjuksköterska påbörjade under 2003 specialistutbildning med fördjupade kunskaper i geriatrik. Utbildningen sker på distans och beräknas vara avslutad 2005. Under 2003 har 7 sjuksköterskor erbjudits 5 poängs utbildning i inkontinens, vilket bedöms motsvara nuvarande behov.

### **6.2.2 Rekrytering av sjuksköterskor**

Inom äldreomsorgen har rekryteringsläget förbättrats avsevärt. I dagsläget finns inga hyrsjuksköterskor i verksamheten. Verksamheten har klarat att rekrytera egna sjuksköterskor. Under 2003 har 4 sjukskötersketjänster tillsatts med uppdrag att ersätta ordinarie sjuksköterska vid dennes frånvaro.

### **6.2.3 Behov av samordnad utbildningsplanering**

Gotlands vård och omsorg har under 2003 utsett en ansvarig person inom staben med särskilt ansvar för att planera, samordna och genomföra grundutbildningar och påbyggnadsutbildningar. Uppdraget är inte ett heltidsuppdrag utan utgör del av ordinarie stabstjänst.

### **6.2.4 Förstärkning av andra hälso- sjukvårdsresurser**

#### **Beteendevetare**

Gotlands vård och omsorg har inte under 2003 ansett att det funnits skäl att särskilt prioritera behovet av beteendevetare i verksamheten. För att inrätta en psykologtjänst med uppdrag att stödja boende, personal och anhöriga krävs en mer omfattande utredning av behovet.

#### **Förstärkning av rehabiliteringsresurser**

Förstärkning av rehabiliteringsresurser har inte skett under 2004 p.g.a. bristande ekonomiska resurser. Arbete har påbörjat med en överenskommelse (se vidare avsnitt 4 Samverkan).

## **6.3 Anhörigstöd**

Utvecklingsarbetet för perioden 2004-2006 redovisas i en handlingsplan. Syftet är att tillsammans med anhöriga/närstående i breddad samverkan med frivilligorganisationer, äldre- och handikappomsorgen och hälso- och sjukvården utveckla och förbättra olika stödformer till de som vårdar en närstående. Planen omfattar en fortsättning och successiv utökning av de uppbyggda stödformerna. För att utveckla ett mer individuellt anpassat anhörigstöd inrättas från 2004 en tjänst som anhörigkonsulent och en successiv utökning av tjänsterna som anhörigombud för tre områden för hela Gotland.

Arbetet med att bygga upp olika stödformer för anhöriga bedrivs processinriktat med en central arbetsgrupp och lokala arbetsgrupper på norra och södra Gotland och i Visby. En liten organisation med lokal förankring har byggts upp

16 januari 2004

med syfte att vara lättillgänglig för anhöriga/närstående på hela Gotland och för att främja samverkan. Omfattande arbete har lagts ned på att hitta samverkansformer med frivilligorganisationerna på Gotland.

En huvudmålsättning för ett välfungerande anhörigstöd är att skapa förutsättningar för att ge bättre möjlighet till kvarboende i det egna hemmet. Målet för anhörigstödet på Gotland är att lyfta fram de anhörigas/närståendes situation, ge dem avlösning och stöd, erkännande, någon att anförtro sig åt, samt lägga grunden för en väl fungerande samverkan kring anhörigstöd i framtiden. Stödformerna syftar till att ge anhöriga bättre livskvalitet och underlätta deras situation. Övriga mål har varit att öka kunskapen i samhället om anhörigas/närståendes situation, sprida information om vilka stödformer som finns och förbättra bemötandet av anhöriga. För att i framtiden kunna utveckla och förbättra stödet till anhöriga och närstående behöver olika personalgrupper inom omsorgen om äldre och funktionshindrade samt hälso- och sjukvården bli mer delaktiga i arbetet. Det handlar om bemötandet av anhöriga, anhörigas delaktighet i vård och omsorg samt att känna ansvar för att ge information om de stödformer som finns.

Varierade former av stöd och nätverk har byggts upp:

- anhörigträffar
- anhörigcenter/mötesplatser i samverkan med frivilligorganisationer
- kostnadsfri avlösning
- trygghetsplatser
- anhörigdagar och nätverksträffar
- tema- och utbildningstillfällen för anhöriga
- individuellt stöd

### **Anhörigpolicy i särskilt boende**

För den anhörige/närstående kan det vara svårt att hitta sin roll i ett särskilt boende. Omställningen från att vara den som bär huvudansvaret för den närståendes vård och omsorg till den förändring som det innebär att andra tar över. Personalens ansvar i förhållande till den anhöriges önsknings, vilja och förmåga till delaktighet i vården kräver samtal, förtroende och metoder för arbetet. Inom ramen för arbetet med anhörigpolicy ingår också anhörigstöd vid vård i livets slutskede.

Arbetet med att ta fram en anhörigpolicy påbörjades våren 2003. Syftet är att skapa anhörigvänligare särskilda boenden. Anhöriga och delar av personalgrupper från Fältgatan i Visby, Eken och Iliansgården i Hemse korttidsboendet

16 januari 2004

Regnbågen i Visby kommer delta i intervjuer under hösten 2003. Urvalet representerar boenden som kan erbjuda fullvärdigt boende, icke fullvärdigt samt korttidsboende. Urvalet representerar både boendeformer på landsbygden och i Visby. Policydokumentet beräknas vara färdigt senast 31 december, 2003. Våren 2004 skall ägnas åt att implementera policyn i de särskilda boendena.

### **Trygghetsplatser**

I april 2003 inrättades fyra trygghetsplatser inom Social- och omsorgsnämndens ansvarsområde. Två platser finns vid Regnbågen i Visby och två på korttidsboendet i Hemse. De första trygghetsplatserna började användas i maj 2003. Om behovet är stort kan platserna utökas med ytterligare två från 2004. Trygghetsplatserna innebär att anhöriga och närstående vid akuta situationer kan erhålla avlösning maximalt 1 vecka. Anhöriga/närstående kan dygnet runt ringa direkt till enheten när behovet uppstår. Uppföljning och utvärdering av trygghetsplatserna sker under hösten 2003. Det är fortfarande för tidigt att säga hur det egentliga behovet av trygghetsplatser ser ut. Platserna har fram till oktober 2003 inte utnyttjats i den grad som varit möjlig. Det finns olika anledningar till detta. Det återstår fortfarande behov av informationsinsatser för att göra trygghetsplatserna kända för dem som kan tänkas behöva dessa. Vidare behöver informationsinsatserna i ännu större omfattning nå ut till de som i sin profession eller på annat sätt möter anhöriga/närstående som kan tänkas behöva akut avlösning.

Trygghetsplatserna har inte varit avsedda för personer med demenssjukdomar. Eftersom nuvarande korttidsboende inte är avsedda eller lämpliga för dessa personer. Behovet av akut avlösning för anhöriga till personer med demenssjukdomar är stort vilket föranleder vidare diskussioner om utvecklingen av trygghetsplatser även för dessa personer.

### **Avsnitt 7 Vård i livets slutskede**

Att ge människor ett värdigt avsked från livet är en av de högsta prioriterade uppgifterna inom vård och omsorg. Varje människa har i livets slutskede rätt att få smärtlindring, värme och omtanke präglad av personlig omvårdnad.

#### **Gemensamma riktlinjer inom social –och omsorgsnämnden**

Reviderade riktlinjer och lokala rutiner för vård i livets slutskede finns från 2003. Skriftliga lokala rutiner finns upprättade för varje enskild verksamhet. Implementering av riktlinjer och rutiner har skett under 2003.

#### **Utbildning i etik inom social- och omsorgsnämnden**

Ingen utbildning har genomförts under 2003 – ej heller finns några utbildningsinsatser planerade.

#### **Palliativ vård**

Under 2000-2001 gjordes en utredning avseende den palliativa vården. En slutsats av utredningen var bl a att patienter som önskar att i livets slutskede vårdas

16 januari 2004

i hemmet eller i särskilda boendeformer ska vårdas med utgångspunkt från patientens och närståendes behov och önskemål. Man konstaterade att då det inte finns någon organisation som har ett övergripande ansvar för denna del av vården kan samarbetet ibland fallera.

Man pekade på vikten av att distriktsläkarna och distriktssköterskorna är basen i denna vård och föreslår att ett palliativt rådgivnings- och resursteam som arbetar både kliniskt och rådgivande bildas

En plattform till stöd för utveckling av den palliativa vården, oavsett boendeform, mot en bättre sjukvård i hemmet ansågs nödvändig. Utredningen föreslog en organisation där en välfungerande vårdplanering på sjukhusavdelning innan patienten skrivs hem görs samt att patienten har en ”öppen retur” till sin sjukhusavdelning. Man betonar också vikten av att patientens behandlande läkare på sjukhuset deltar i vårdplaneringen.

Sex till åtta nya vårdplatser kommer att öppnas på Visby lasarett 2004 med inriktning cancervård och övrig vård i livets slutskede.

På sikt ska det specialistteam som skapas på avdelningen även fungera som handledare och konsulter för den vård i livets slutskede som sker i den enskildes hem.

## **Avsnitt 8 Forskning och Utveckling**

Budgetberedningen behandlade frågan om tillskapande av en FoU-enhet senast maj 2001 och beslutade att ej bevilja medel på grund av bristande resurser. I den lokala handlingsplanen finns förslaget presenterat för att tillskapa en FoU-enhet på Gotland. För närvarande finns ingen aktivitet igång för att realisera förslaget.

16 januari 2004

## Uppföljning av landstingets lokala handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvård

### Frågeformulär/indikatorer verksamhetsåret 2003.

Landsting/region:...Gotland.....

Kontaktperson/uppgiftslämnare.....Ann-Christin Olsson Kullberg .....

Telefon/e-mail.....0498/291326,  
ann\_christin.olsson@hsf.gotland.se.....

#### Telefonframkomlighet till vårdcentral

1. Har landstinget satt upp mätbara mål för telefonframkomlighet? (t.ex. att 90 procent av inkommande samtal ska komma fram till vårdcentralen inom 3 minuter)

- X Nej
- Ja, gemensamma mål för hela landstinget
- Ja, men olika mål för olika områden/distrikt
- Ja, men enbart i vissa områden/distrikt
- Ja, annat.....

Vilka satsningar har gjorts för att förbättra telefonframkomligheten?

Om mätbara mål satts upp för telefonframkomlighet:

- Vilka mål har satts upp?
- Vilka insatser har vidtagits för att nå målen?
- Hur har de följts upp?
- Vilka resultat gav uppföljningen?
- Har särskilt ersättnings/bonussystem kopplats till resultaten och hur det i så fall påverkat telefonframkomligheten?

### Sjukvårdsrådgivning på telefon

- Beskriv hur sjukvårdsrådgivningen är organiserad (t.ex. baserat på vårdcentral, gemensam i landstinget, gemensamt telefonnummer, dagtid/kvällar/helger)
- Vilka planer finns för år 2004-2005?
- Hur använder befolkningen sjukvårdsrådgivningen?
- Hur har sjukvårdsrådgivningen påverkat övrig verksamhet (t.ex. antal läkarbesök)?

16 januari 2004

**Väntetider till läkarbesök**

2. Har landstinget satt upp egna mål för besökstillgänglighet utöver att patienterna ska kunna få läkarbesök inom sju dagar?

- X Nej
- Ja, gemensamma mål för hela landstinget
- Ja, men olika mål för olika områden/distrikt
- Ja, men enbart i vissa områden/distrikt
- Ja, annat.....

2a. Om ja vad innebär målen?

- Skärpning av sjudagarsregeln (t.ex. läkarbesök inom 5 dagar)
- Komplettering (t.ex. 95% av läkarbesöken inom 10 dagar)

- Om mätbara mål finns, vilka har satts upp?
- Hur har de följts upp?
- Vilka resultat gav uppföljningen?
- Hur används Landstingsförbundets väntetidsmätning i den reguljära uppföljningen inom primärvården/landstinget?
- Har särskilt ersättnings/bonussystem kopplats till resultaten och hur det i så fall påverkat väntetiderna?
- Har vårdcentralerna anpassade väntetider (t.ex. kvällsöppet, helgöppet, för punktinsatser)
- I vilken utsträckning har vårdcentralerna deltagit i riktade insatser i genombrottsprojekt "Bra mottagning"/motsvarande eller annat systematiskt sätt för att bl.a. förkorta väntetiderna?
- Vilka andra åtgärder vidtas för att förkorta väntetiderna?
- Hur har väntetiderna påverkats på de vårdcentraler, som gjort riktade insatser i genombrottsprojekt och andra motsvarande systematiska förbättringsarbeten?

**Fast läkarkontakt**

3. Har landstinget satt upp mål för fast läkarkontakt utöver vad som stadgas i HSL 5§?

- Nej
- X Ja, för kontinuitet mellan patient och läkare (t.ex. Vid 70% av besöken ska patienten träffa sin fasta läkare)
- Ja, för annat:.....

16 januari 2004

4. Hur enhetlig inom landstinget är tillämpningen för listning?

- X I huvudsak gemensam tillämpning
- Olika för olika områden/distrikt i landstinget
- Olika för privata och offentliga vårdcentraler

Om det i huvudsak är gemensam tillämpning, hur sker listningen?

a

- Enbart aktiv listning
- X Både aktiv och passiv

b

- X Listning enbart på läkare
- Listning på både läkare och vårdcentral

c

- Enbart listning/notering på den enskilda vårdcentralen utan koppling till centralt register i landstinget
- Enbart listningsregister centralt i landstinget
- X Listningsregister centralt i landstinget i kombination med register på den enskilda vårdcentralen
- Listningsregister centralt/enskild vårdcentral som ovan kopplat till kapitationsersättning/motsv

5. Om det finns centralt listningsregister, hur många var listade år 2002 och 2003 (Jämförande tidpunkter, t.ex. december månad. Om det endast finns uppgift för 2003, ange antalet)

a. Antal år 2002.....

b. Antal år 2003...57 490.....

Vilka satsningar har gjorts för att öka andelen invånare med fast läkarkontakt?

Om mätbara mål satts upp för fast läkarkontakt:

- Vilka mål har satts upp?
- Vilka insatser har vidtagits för att nå målen?
- Hur har de följts upp?
- Vilka resultat gav uppföljningen?

16 januari 2004

**Läkartäthet**

6. Har landstinget satt upp normtal för antal invånare per allmänläkare?

- Nej
- Ja, för landstinget som helhet
- Ja, men olika för olika områden/distrikt

Om normtal finns, ange talet samt eventuell tid när talet ska uppnås:

.....1850 viktpoäng/familjeläkare med team

Om landstinget inte använder normtal, hur uttrycker landstinget sin ambitionsnivå för läkartätheten?

7. Hur var möjligheten att rekrytera allmänläkare till "fasta tjänster" sammantaget i landstinget hösten 2003 jämfört med för ett år sedan?

- Mycket sämre
- Lite sämre
- Samma läge
- Lite bättre
- Mycket bättre

Vilka åtgärder vidtas för att rekrytera allmänläkare?

8. Har landstinget vidtagit åtgärder för att öka antalet ST-läkare?

- Nej
- Ja, utökat antal tjänster
- Ja, rekryteringsbefrämjande insatser

Om det vidtas rekryteringsbefrämjande insatser, vilka är dessa?

9. Hur var möjligheten att rekrytera ST-läkare hösten 2003 jämfört med för ett år sedan?

- Mycket sämre
- Lite sämre
- Samma läge
- Lite bättre
- Mycket bättre

16 januari 2004

**Samverkan vid vård och omsorg om äldre**

10. Finns beslut i landstinget om att det ska finnas avtal/överenskommelse om läkarmedverkan i särskilt boende mellan vårdcentral/primärvård och kommun?

- Nej
- Ja, för landstinget som helhet
- Ja, men enbart i vissa områden/distrikt

11. Finns det geriatriker som ansvarar för läkarmedverkan i särskilt boende?

- Nej
- Ja, anställda inom primärvården
- Ja, anställda på sjukhus

11a. Om ja, antal uttryckt i antalet heltidstjänster eller läkare:.....

Har uppföljning gjorts inom landstinget hur läkarmedverkan i det särskilda boendet har utvecklats? Resultat?

Avancerad hemsjukvård

Definition: "Avancerad sjukvård i hemmet bedrivs av ett multiprofessionellt team. Möjligheter till planerade och akuta insatser måste finnas alla tider på dygnet med relativt kort inställelsetid. Verksamheten är läkarledd och i teamet ingår sjuksköterskor m.fl. Patienterna har cancersjukdomar eller andra elakartade sjukdomar (palliativ vård), kroniska sjukdomstillstånd eller tillfälliga medicinska tillstånd som kräver intensiv behandling (övrig avancerad hemsjukvård)"

12. Finns det inom landstinget vårdformer/vårdorganisation för avancerad hemsjukvård enligt definitionen ovan?

- Nej
- Ja

Om ja:

a. Hur är vårdformen organiserad? (flera svarsalternativ kan anges)

- Inom primärvård (PAH/motsv)
- Inom sjukhus (LAH/SAH/motsv)

b. Hur stor andel av befolkningen inom landstinget täcker den avancerade hemsjukvården?

- Mer än 80 procent
- Mellan 50-79 procent
- Mindre än 50 procent

c. Hur många hembesök i det ordinära boendet gjordes under året av läkare?

16 januari 2004

..... Antal

d. Hur många patienter var under året inskrivna i den avancerade hemsjukvården?

..... Antal

e. Hur många patienter avled under året i sitt eget ordinära hem skött av team inom avancerad hemsjukvård?

.....Antal

**Psykisk ohälsa****13. Barn och ungdomar med psykiska problem****a. Vilka diagnoser/ individgrupper inkluderar landstinget vid sin satsning inom detta område?**

b. Vilka specifika satsningar/insatser (utbildningar, nya tjänster, ekonomiskt mm), har landstinget genomfört under 2002 och 2003 för att uppfylla målet att:

- barn och ungdomar som visar tecken på psykiska problem erbjuds tidigt och adekvat stöd.
- vårdinnehållet utvecklas för barn och ungdomar med psykiska problem och samtidigt missbruk.
- vårdbehoven hos ungdomar i åldersgruppen 16-25 år tillgodoses genom samordnade insatser mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri.

c. Finns avtal mellan landsting och kommuner om samverkan kring aktuella målgrupper? Om så är fallet mellan vilka parter och på vilka områden?

d. Fanns ambitioner i landstingets ursprungliga handlingsplan som landstinget ej har kunnat genomföra - i så fall inom vilka områden? Orsak?

e. På vilket sätt följer landstinget upp att intentionerna i nationella handlingsplanen fullföljs (på verksamhetsnivå respektive övergripande nivå)?

**14. Psykiskt funktionshinder****a. Vilka diagnoser/ individgrupper inkluderar landstinget vid sin satsning inom detta område?**

b. Vilka specifika satsningar/insatser (utbildningar, nya tjänster, ekonomiskt mm), har landstinget genomfört under 2002 och 2003 för att uppfylla målet att psykiskt funktionshinder särskilt uppmärksammas så att deras psykiatriska och somatiska vårdbehov blir tillgodosedda genom en utvecklad samverkan mellan landstingens primärvård, psykiatri och socialtjänsten?

c. Finns avtal mellan landsting och kommuner om samverkan kring aktuella målgrupper? Om så är fallet mellan vilka parter och på vilka områden?

d. Fanns ambitioner i landstingets ursprungliga handlingsplan som landstinget ej har kunnat genomföra - i så fall inom vilka områden? Orsak?

e. På vilket sätt följer landstinget upp att intentionerna i nationella handlingsplanen fullföljs (på verksamhetsnivå respektive övergripande nivå)?

16 januari 2004

## 15. Äldre med psykiatriska vårdbehov

- a. Vilka diagnoser/ individgrupper inkluderar landstinget vid sin satsning inom detta område?
- b. Vilka specifika satsningar/insatser (utbildningar, nya tjänster, ekonomiskt mm), har landstinget genomfört under 2002 och 2003 för att uppfylla målet att äldre med psykiatriska vårdbehov identifieras och erbjuds behandling.
- c. Finns avtal mellan landsting och kommuner om samverkan kring aktuella målgrupper ? Om så är fallet mellan vilka parter och på vilka områden?
- d. Fanns ambitioner i landstingets ursprungliga handlingsplan som landstinget ej har kunnat genomföra - i så fall inom vilka områden? Orsak?
- e. På vilket sätt följer landstinget upp att intentionerna i nationella handlingsplanen fullföljs (på verksamhetsnivå respektive övergripande nivå) ?

## FoU

16. Finns särskilt organiserade FoU-enheter i landstinget?

 X Nej Ja

16. a Om ja, i vilken omfattning

 Primärvård, budget/alternativt bokslut:.....mkr Psykiatri, budget/alternativt bokslut: .....mkr Äldrevård, budget/alternativt bokslut: .....mkr Kombination, budget/alternativt bokslut:..... mkr,

Ange kombination:.....

Beskriv hur FoU-enheterna är organiserade, hur många de är inom olika verksamhetsområden och om de har olika inriktningar

**Alternativa driftsformer**

17. Har landstinget fattat beslut om målsättningen när det gäller privata/alternativägda vårdcentraler/läkarmottagningar?

 Nej X Ja

17a. Om ja, vad innebär landstingets beslut?

 X Andelen ska öka Andelen ska vara oförändrad

16 januari 2004

- Inga nya ska etableras
- Andelen ska minska
- Annat.....

18. Har landstinget vidtagit åtgärder för att främja utvecklingen av mångfalden?

- Nej
- Ja, det finns mångfaldsprogram
- Ja, det finns särskild funktion/personellt stöd
- X Ja, annat.....Ersättningssystemet i primärvården är producentneutralt.....

19. Har landstinget genomfört eller försökt genomföra upphandling?

- Nej
- Ja, ingått nya avtal
- Ja, genomfört omförhandling av tidigare ingångna avtal
- X Ja, gjort upphandling men inte lyckats ingå nya avtal

Beskriv omfattning, möjligheter och problem vid landstingets upphandling

Läkarbesök i landstinget på jourcentral, akutmottagning och i hemmet

*De ifyllda uppgifterna ska vara jämförbara över tid. Uppgifter från 2000-2003 finns sist i enkäten. Om det är justeringar som behöver göras så gör dessa.*

20. Hur många läkarbesök gjordes under 2003?

a. På jourcentral, antal 2003.....3278 (primärvårdens jourbesök).....

Om jämförbara uppgifter finns även för något eller några av åren 2000-2003, så ange dessa:

Antal 2000.....

Antal 2001.....

Antal 2002.....3043.....

b. På akutmottagning, antal 2003.....15856.....

*Om det finns studier gjorda i landstinget om patienter som kommer "rätt eller fel" till akutmottagningen, bifoga gärna sådana studier.*

c. I hemmet, antal 2003.....1807.....

Gäller hembesök+hemsjukvårdsbesök av läkare i primärvård (alternativt Geriatriker från sjukhus enligt frågan ovan), både i särskilt och ordinärt boende, dock ej inom avancerad hemsjukvård i ordinärt boende (redovisas under tidigare fråga). Om uppdelning kan göras på särskilt och ordinärt boende, ange då antal på dessa boendeformer.

16 januari 2004

	<b>Hur många hembesök + hemsjukvårdsbesök gjordes av läkare i primärvård?</b>		
	Antal år 2000	Antal år 2001	Antal år 2002
Blekinge	5091	5114	5792
Dalarna		10475	14568
Gotland	1073	1466	1889
Gävleborg	5702	6140	6600
Halland	4552	4176	4777
Jämtland	4051	3751	4017
Jönköping		9777	16248
Kalmar			7008
Kronoberg	5656	6400	6295
Norrbottn	13992	14637	12533
Skåne	42424	51648	55698
Stockholm			
Sörmland			
Uppsala	8965	10771	12776
Värmland	9714		
Västerbotten	5242	5320	5136
Västernorrland			
Västmanland	8942	8868	9044
Västra Götaland			
Örebro			
Östergötland	12181	10692	10655

	<b>Hur många läkarbesök gjordes på akutmottagningarna?</b>		
	Antal år 2000	Antal år 2001	Antal år 2002
Blekinge	25969	26790	26887
Dalarna	43098	47613	50004
Gotland	16490	16019	15943
Gävleborg	28596	30199	28932
Halland	52208	53931	55138
Jämtland	25452	26861	27992
Jönköping	75683	72241	71338
Kalmar		52841	50506
Kronoberg	10048	9636	10106
Norrbottn	39430	43049	44185
Skåne	330168	339979	337484
Stockholm	523985	543361	542079
Sörmland	64 779	64 704	64 398
Uppsala	60940	63834	61094
Värmland	67815		
Västerbotten	44500	46550	45600
Västernorrland	61074	58858	57412
Västmanland		56946	60619
Västra Götaland			
Örebro	78663	83844	82037
Östergötland	30172	30941	30402

16 januari 2004

## Checklista för genomförande och uppföljning av lokala handlingsplanen under 2003

**20040112 ES-LK**

Avsnitt 3 Primärvårdens uppdrag	Ansvar	Planerat och/eller genomfört 2001-02	Genomfört 2003/ Planering
Familjeläkarsystem	HSN		Genomfört 2003. Uppföljning under 2004.
Mätning av telefonframkomlighet till vårdcentralerna	HSN	Ska genomföras 2003.	Planeras att genomföras 2004.
Mångfald alternativa driftformer	HSN	Upphandling pågår	Upphandling avbruten våren 2003. Ny upphandling under hösten 2003.
Tillgänglighet till sjukvårdsupplysning	HSN/Räddningstjänsten	Finns dygnet runt.	Oförändrat.
Enkät om befolkningens uppfattning om besökstillgänglighet	HSN	Ska genomföras 2003	Använder socialstyrelsens baselineundersökning.
Dygnet runt tillgänglighet	HSN	Beskrivs i bas-åtagandet	
Teambaserat arbetssätt	HSN	Beskrivs i basåtagandet	Förstärkning med betendevetare. Tjänsterna tillsatta under 2003.
Fast läkarkontakt	HSN		Ingen lokal uppföljning har gjorts. Uppgifterna finns i socialstyrelsens baselineuppföljning.
Patient-läkarkontinuitet	HSN		Ingen lokal uppföljning har gjorts. Uppgifterna finns i socialstyrelsens baselineuppföljning.
Antal läkartjänster (utveckling)	HSN	Bemanningsplan under arbete.	Bemanningsplan finns.
Antal ST-tjänster (utveckling)	HSN	Som ovan	Utökat antal tjänster.
Information till befolkningen	HSN		Förbättrad information via hemsida på Internet.

16 januari 2004

<b>Avsnitt 4 Samverkan</b>	<b>Ansvar</b>	<b>Planerat och/eller genomfört 2001-02</b>	<b>Genomfört 2003/ Plane- ring</b>
Dokumenterade övergripande överenskommelser.	HSN, SON	Förslag till övergripande överenskommelser för samverkan mellan HSN och SON finns dokumenterat.	Övergripande överenskommelse finns antagen 2003 mellan HSN och SON.
Informationsöverföring och samordnad vårdplanering	HSN, SON	Finns arbetsgrupp klart 30.6-2003.	Rutiner finns från 2003-11-01. Gäller även för äldre med psykisk ohälsa och för psykiskt funktionshindrade.
<b>Datasystem för journalföring</b>	HSN, SON	Pågår	Primärvården deltar i införandet av datoriserat journalsystem på sjukhuset. Målet är ett gemensamt journalsystem i hela vårdkedjan.
Omvårdnadsdokumentation i kommunal hälso- och sjukvård enligt HSL i särskilt boende	SON	Arbete pågår, infört 30.6-2003.	Införande av system för omvårdnadsdokumentation kommer aktivt att påbörjas januari 2004.
Överenskommelse om läkarmedverkan i särskilt boende	HSN, SON	Arbete pågår, klart 31.1-2003.	Överenskommelse finns. Rutiner för uppföljning finns framtagna. Resultat kommer att redovisas 1:a kvartalet 2004.
Handledning/utbildning och annat stöd bl.a. i samband med verksamhetsförändringar	HSN, SON	Arbete pågår. Förslag under 2003.	Arbetsgrupper finns (avsnitt 4, 5.2, 5.3). Har beaktats i framtagna överenskommelser och avtal.
Vårdprocesser	HSN (ansvarig) SON	Avslutade: benischema, förvirringstillstånd	Pågående: rehabiliteringsprocess, hjärtsjukvård. Representanter medverkar från hela vårdkedjan.
Överenskommelse om rehabilitering för äldre och funktionshindrade	HSN SON		Påbörjat arbete med överenskommelse. Beräknas klart våren 2004.

16 januari 2004

<b>Avsnitt 5 Psykiatri</b>	<b>Ansvar</b>	<b>Planerat och/eller genomfört 2001-02</b>	<b>Genomfört 2003/ Plane- ring</b>
<i>5.1 Psykisk ohälsa hos barn och ungdomar</i>			
- Utveckling av vårdinnehållet när det gäller ungdomar med psykisk störning och samtidigt missbruk. - Utveckling av ett åldersöverskridande ungdomspsykiatriskt projekt (16-25 år) i samarbete med psykiatriska kliniken - Tidiga konsultationer och allmänt förebyggande insatser i samverkan med vårdgrannarna.	HSN	Påbörjat arbete.	- Sammanslagning av barn- och ungdoms- /vuxenpsykiatri. - Konsultationsteam som arbetar tillsammans med: * barn- och ungdomskliniken, *socialtjänsten, *ungdomsmottagningen, *skolan. - BUP:s neuroteam arbetar också med vuxenpsykiatri. Under 2004 planeras en ungdomsplats vid avgiftningsenheten.
<i>5.2 Äldre med psykisk ohälsa</i>			
- partssammansatt grupp	HSN, SON	Arbetsgrupp bildad	Finns
- inventering	HSN, SON	Påbörjat	SON- enkät till personal i särskilt boende och hemtjänst ang. behov av kompetensutveckling.  Processkartläggning kommer att föreslås under 2004.
- utbildningsinsatser	HSN, SON	Skall planeras	Utbildningsplan under 2004.
- tidig intervention	HSN	Skall planeras	Processkartläggning föreslås under 2004.
- dokumenterade rutiner för informationsöverföring och vårdplanering.	HSN, SON	Se punkt 4 Samverkan	Se avsnitt 4 Samverkan . Rutiner finns från och med 2003-11-01.

16 januari 2004

<i>5.3 Psykiskt funktionshindrade</i>			
Samverkan socialtjänst/primärvård/psykiatri: - övergripande överenskommelse - dokumenterade rutiner för informationsöverföring och vårdplanering.	HSN, SON	Se punkt 4 Samverkan Särskild arbetsgrupp	- Samverkansavtal upprättas under 2004. - Klart 2003-11-01.
Ökad tillgänglighet till psykiatrin	HSN		Förstärkning av jourmottagning inom psykiatrin. (Tillägg under 2003)
Kartläggning - särskilt boende - bostad med särskild service	SON	Kartläggning av behov under 2003.	Vårdplanering pågår för boende vid Nygårds Garda och Solkusten.
Handledning/fortbildning	HSN, SON	Se punkt 4 Samverkan	Utbildningsplan 2004. Utökade resurser.
Specialisering av handläggning	SON	Planering pågår	Genomfört 2003. Finns rekryteringsvårigheter.
Specialisering av hemtjänst	SON	Vidareutveckling av hemtjänstgrupp i Visby. För övriga Gotland kommer diskussioner att föras under 2003.	Diskussion pågår om lämplig organisation för genomförande inom norra och södra Gotland.

<b>Avsnitt 6 Kommunal vård och omsorg om äldre</b>	<b>Ansvar</b>	<b>Planerat och/eller genomfört 2001-02</b>	<b>Genomfört 2003/ Planering</b>
<i>6.1 Kommunal hälso- och sjukvård</i>			
- ansvarsfördelning	SON	Rutin finns framtagen	Reviderad ansvarsfördelning finns 2003-11-01.
- uppföljning av delegeringar	SON	Följs upp kontinuerligt	Uppföljning genomförs kontinuerligt.
- rutiner för information, handledning		Rutin finns framtagen	Uppföljning genomförs kontinuerligt.
- plan för kvalitetsarbete enligt HSL inom särskilt boende	SON	Plan finns framtagen	Kvalitetsplan finns.

16 januari 2004

<i>6.2 Precisering av förslag till åtgärder</i>			
- grundutbildning vårdbiträden/usk m.fl.	SON	Ny kartläggning Förslag till plan våren 2003.  Inkl. verksamhet inom Omsorger om funktionshindrade.	Kartläggning har genomförts för äldreomsorgen 2003. Omvårdnadsprogram för validering har startat hösten 2003 för 60 personer.  Kartläggning av utbildningsnivån genomförd hösten 2003.
- påbyggnadsutbildning vårdbiträden/usk m.fl.	SON	Kartläggning, förslag till plan våren 2003.  Inkl. verksamhet inom Omsorger om funktionshindrade.	Kartläggning av behoven inom äldreomsorgen genomförd våren 2003. Särskild utformad utbildningsplan ska utformas. Påbyggnadsutbildning för vårdbiträden och undersköterskor har genomförts inom området demensvård.  Påbyggnadsutbildning planeras.
- plan för fortbildning sjuksköterskor särskilt boende (kunskapsutbyte, riktad vidareutbildning i geriatrik)	SON	Plan för 2003 finns.	Saknas en övergripande plan. En sjuksköterska går vidareutbildning i geriatrik.
- rekrytering av sjuksköterskor med olika vidareutbildningar	SON	Redovisas ej	Inga rekryteringssvårigheter.
- samordnare av utbildning	SON	Redovisas ej	Del av stabstjänst inom GVO.
- Förstärkning av A- beteendevetare – ( 1.0 psykolog) B - rehabresurser (2 arbetsterapeuter, 2 sjukgymnaster)	SON	A Ej inrättad, bristande ek. resurs.  B Ej utökad, bristande ek. resurser.	Oförändrat.  Rekrytering pågår.
<i>Avsnitt 6.3 Anhörigstöd</i>			
- anhörigpolicy i särskilt boende	SON	Pågår Klart under 2003.	Anhörigpolicy färdigställd senast 2003 -12 - 31. Implementering i samtliga särskilda boenden under våren 2004.

16 januari 2004

- anhörigstöd vid vård i livets slutskede	SON	För särskilt boende ingår som en del i anhörigpolicy.	För särskilt boende ingår som del i anhörigpolicy.
	HSN	För ordinärt boende ingår i arbetet med palliativ vård.	Anhörigstöd ingår som en del i vårdplaneringen.
- trygghetsplatser	SON	Pågår planering. Klart under 2003.	Fyra platser inrättades under april 2003. För tidigt att uttala sig om det egentliga behovet. Ytterligare platser kan tillskapas under 2004.
- inom hälso- och sjukvården	SON - HSN	Skall planeras.	Inventering pågår av kura-torsresurser.

<b>Avsnitt 7 Vård i livets slutskede</b>	<b>Ansvar</b>	<b>Planerat och/eller genomfört 2001-02</b>	<b>Genomfört 2003/ Planering</b>
- gemensamma riktlinjer	SON	Finns framtagna för särskilt boende.	Övergripande riktlinjer och lokala rutiner finns. Lokala rutiner för varje enskild verksamhet finns liksom lokala råd och anvisningar i samband med dödsfall i hemmen.
- utbildning i etik	SON	Planeras 2003	Ej planerat eller genomfört.
- palliativ vård	HSN, SON	Ska planeras för 2004.	Februari 2004 öppnas 6-8 vårdplatser på sjukhuset. Fortsatt planering av vård i livets slutskede i den enskilda hem.

<b>Avsnitt 8 FOU</b>	<b>Ansvar</b>	<b>Planerat och/eller genomfört 2001-02</b>	<b>Genomfört 2003/ Planering</b>
FOU-enhet		Förslag finns.	Beslut för genomförande saknas pga bristande resurser. Budgetberedningen avslog medel maj 2001.

**Ks § 39**

**Åtgärder 2004 års budget**

- Ledningskontoret 2004-02-25

Mot bakgrund av uppgifter om lägre skatteintäkter än vad som beräknats i budget för 2004 och preliminära bedömningar från nämnderna om problem att hålla verksamheten inom de ekonomiska ramarna har ledningskontoret presenterat förslag till åtgärder. Åtgärderna avsåg *dels* fullföljande av de återstående stegen – ursprungligen 16 – till ekonomisk balans, *dels* direktiv till nämnderna att omedelbart vidta åtgärder m.m. för att eliminera befarade underskott, *dels* stopp för anställning av personal som arbetar med "administrativ service" och "kökspersonal" samt inhyrd personal, direktiv om förfarandet vid lönesättning, beviljande av övertid m.m.

**Kommunstyrelsens beslut**

- Ledningskontorets förslag till inriktning av insatser och åtgärder för att eliminera befarat underskott 2004 godkänns.

*Expedieras:*

Ekonomiteamet för vidare information

2004-02-26

---

Ledningskontoret

Förvaltningschefer,  
ekonomichefer,  
personalchefer m fl

## Det ekonomiska läget 2004

I samband med koncernmötet måndagen den 23 februari 2004 framgick att kommunen fortfarande har ett kärvt ekonomiskt år framför sig. Preliminära uppgifter tyder på att kommunen kommer att få lägre skatteintäkter i förhållande till budget med 38 mkr. Några nämnder har i samband med bedömningen av ekonomin 2004 flaggat för att det kan bli problem att klara verksamheten inom de ekonomiska ramarna.

Även om kommunens bedömning i detta läge snarare bygger på indikationer/antaganden än väl underbyggda prognoser måste uppgifterna uppfattas som så alarmerande att åtgärder redan nu måste vidtas.

## Kommunstyrelsens och nämndernas ansvar

Kommunstyrelsen har det övergripande ansvaret för den ekonomiska förvaltningen och skall se till att ekonomin är i balans för 2004. I den helhetsbedömning kommunstyrelsen gör över ekonomin för 2004 finns ingen buffert eller ekonomiskt utrymme tillgängligt utöver den budget som är beslutad.

I syfte att inte störa det strukturella förändrings- och besparingsarbete som sker i nämnderna kommer kommunstyrelsen att med olika åtgärder försöka eliminera det befarande underskottet på finansförvaltningen utan att belasta nämnderna med ytterligare besparingar.

Nämnderna, som har det yttersta ekonomiska ansvaret inom sitt verksamhetsområde, skall å sin sida hålla sin ekonomiska ram. Ekonomin är således den restriktion som sätter gränser för måluppfyllelsen och verksamhetens inriktning och omfattning.

Förutsättningarna för att klara ekonomin 2004 är således att finansförvaltningens underskott elimineras och att nämnderna redovisar minst ett nollresultat i bokslutet.

## **Gemensam inriktning för ekonomiarbetet 2004 – ”Sex steg kvar”**

För två år sedan antogs av fullmäktige 16 steg till ekonomisk balans. Målet har nu nåtts två år i rad vilket visar Gotlands kommuns handlingskraft och styrka. Av de ursprungliga stegen har de flesta tagits eller i några fall påbörjats, men inte avslutats. De kortsiktiga stoppaketen är avslutade och har haft sin effekt. Ekonomi- och verksamhetsstyrningen är förändrad och nämnderna har påbörjat arbetet med strukturella besparingar. Några punkter återstår dock och har utvecklats. Det skulle kunna uttryckas som att vi har tagit tio steg och att sex steg återstår. Inriktningen av ekonomiarbetet det närmaste året är därför att fullfölja dessa sex steg:

### **1. Fullfölj nämndernas strukturella besparingar.**

Fullfölj arbetet med att få mål och ambitioner att stämma med de ekonomiska ramarna. Koncentrera förvaltningarnas arbete på kärnverksamheterna och gör prioriteringar! De ekonomiska strukturella sparbetningen ska genomföras fullt ut t o m 2006.

### **2. Utveckla ekonomi- och verksamhetsstyrningen.**

Flera steg har tagits för att utveckla ekonomi- och verksamhetsstyrningen. Nu ska inriktningen i det nya styrdokumentet genomföras. Viktiga punkter att utveckla är nu:

- det balanserade styrkortet,
- ekonomiska drivkrafter och incitament för resultatenheterna,
- förutsättningar för våra chefer, både en markering av frihetsgrader och konsekvens.

### **3. Samordnad och effektiviserad administration och försörjning.**

Genomför projekt för att samordna och effektivisera gemensam administration, samlad mathållning och logistik. Målet är att minska våra administrativa omkostnader radikalt med hjälp av IT och stordrift.

### **4. Gemensamma serviceorter**

Effektivisering och samordning mellan förvaltningar och verksamheter ska göras så långt som möjligt. Kommunens eget lokalbestånd ska utnyttjas så långt som möjligt. För att upprätthålla en god service över hela ön skall verksamheten så långt möjligt samordnas i några gemensamma serviceorter.

### **5. Strategisk upphandling**

Det strategiska upphandlingsrådet ska initiera och ta initiativ till konkurrensutsättning av delar av vår service där det kan ha stor ekonomisk påverkan. Rådet ska formulera en plan för de närmaste tre åren.

### **6. Personalpolitiskt fokus**

Påfrestningar på kommunens ekonomi såväl som demografiska faktorer ökar kravet på omställning av kompetens, nyrekrytering och intern rörlighet. Hälsoläget med höga sjuktal och många med behov av rehabilitering lyfter vårt behov av hälsofrämjande arbete. Initiativen som har tagits via Komjobb och omställningskommissionen ska fullföljas med utgångspunkt från de personalpolitiska målen.

## Åtgärder 2004

### Samtliga nämnder, gäller hela 2004

1. Nämnd och förvaltningsledning beslutar omedelbart om vilka åtgärder och restriktioner som skall vidtas inom nämndens ansvarsområde för att eliminera befärade underskott. De personalpolitiska målen om att minska antalet årsarbetare med 200 samt minska sjuktagen skall beaktas och följas upp. Åtgärderna skall vara kraftfulla och verkningsfulla, det får inte råda något tvivel om att balans kommer att uppnås vid årets slut.
2. Omedelbart anställningsstopp för hela 2004 gäller för personal som arbetar med administrativ service och kökspersonal.
3. Lönesättningsbeslut vid nyanställning skall alltid underställas överordnad nivå i organisationen, s k farfarsprincip.
4. Stopp för inhyrd personal (läkare, sjuksköterskor etc)
5. Stor restriktivitet betr anställning av vikarier samt beviljande av övertid och fyllnadstid
6. För att minska semesterlöneskulden skall ledighet i första hand beviljas i form av semester. Övertidsersättning skall utbetalas eller tas ut som ledighet i nära anslutning till intjänandet
7. Beslutade åtgärder kommer att följas upp i dialoger mellan kommunstyrelsens ordförande och regiondirektören/ekonomidirektören och respektive ordförande/förvaltningschef samt i delårsrapport nr 1. Dialogerna kommer att genomföras med berörda nämnder under mars månad.

### LEDNINGSKONTORET

Bo Dahllöf  
*regiondirektör*

Göran Gyllenkrok  
*ekonomidirektör*