Kallelse/föredragningslista
Regionstyrelsen
2017-05-31

Tid: kl. 08:30-17:00

Plats: Se program

Ordförande
Ann-Marie Johansson (S)

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

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

Övriga

1. Program för regionstyrelsen 30-31 maj 2017

Beslutsunderlag

- Program för styrelsen 30-31 maj 2017 NY

2. Val av justerare och tid för justering

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

Ärendebeskrivning

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

Förslag till beslut

Preliminär föredragningslista fastställs som slutlig föredragningslista.

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

Ärendebeskrivning

- Bemanningsprojektet
- Planering inför sommaren
- Redovisning av Öppna Jämförelser - Säker vård
- Lägesrapport Mobila närvårdsteamet
- Styrmodellen - ny uppföljningsprocess
- Resultatförbättrande åtgärder
- Tillgänglighetssiffror för Region Jämtland Härjedalen och Landstinget Västernorrland
- Information om vindkraftverket

Förslag till beslut

Regionstyrelsen har tagit del av informationen, ställt frågor och fått svar.

5. Tertialrapport april 2017 (RS/1006/2017)

Ärendebeskrivning

En tertialrapport per april 2017 om Region Jämtland Härjedalens verksamhet, ekonomi, räkenskaper och måluppfyllelse har upprättats.

Rapporten visar att det ekonomiska resultatet per april 2017 uppgick till -32,3 miljoner kronor. Nettokostnadsökningen till och med april var 5,5 procent, vilket är en försämring jämfört med utfallet i mars som då var 3,4 procent.

Bruttokostnaderna för perioden januari till och med april 2017 har ökat med 4,1 procent jämfört med samma period föregående år, då främst kostnader för bemanningsföretag och läkemedel. Kostnadsökningen är i princip oförändrade sedan mars månad. Intäkterna totalt sett har minskat med 2,3 procent jämfört med samma period föregående år. Det är minskade intäkter för försäljning av hälso- sjukvård som sänker totalen, då både patientavgifter exklusive tandvård och specialdestinerade statsbidrag ökat något.

Helårsprognosen har förbättrats till -170 miljoner kronor, efter besked om ökade läkemedelsbidrag på totalt 26,4 miljoner kronor. Likviditeten har förbättrats med 33,1 miljoner kronor sedan årsskiftet. Region har tagit upp lån på 40 miljoner kronor under denna period. Nyttjandet av bemanningsföretag fortsätter att öka för sjuksköterskor men har minskat marginellt för läkare jämfört med samma period föregående år.

Sjukfrånvaron hos medarbetarna ligger ackumulerat lägre än tidigare år.

Av regionstyrelsens aktiva mål inom område Samhälle har målet för minskning av sjukpenningtal uppnåtts men inte målet att barn och unga ska få ett första besök inom 30 dagar. För Patient har andelen vårdskador minskat och resultatet är bättre än uppsatt mål medan återinskrivningarna inte riktigt når målet. För Medarbetare har sjukfrånvaron minskat sedan föregående år och är nära uppsatt mål. Beroendet av bemanningsföretag fortsätter att öka. För Verksamhetsresultat uppnås varken målet för nettokostnadsförändringen eller vårdgarantin.

Förslag till beslut

1. Tertialrapport april 2017 godkänns.

2. Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

   Information om Tertialrapport april 2017 läggs till handlingarna.

Expedieras till

Ekonomidirektör

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse om tertialrapport per april 2017
- Tertialrapport april 2017 2
- Bilaga 1 Uppföljning av framgångsfaktorer för regionstyrelse och regional utvecklingsnämnd
- Bilaga 2 Uppföljning av regionövergripande handlingsplaner per april 2017
- Bilaga 3 Tertialrapport vårdvalsnämnd april 2017

6. Delårsrapport över tillgångs- och skuldförvaltningen (RS/1074/2017)

Ärendebeskrivning

Delårsrapport över tillgångs- och skuldförvaltningen är motsvarigheten till likviditetsrapporten med undantaget att likviditeten inte längre redovisas i denna rapport. Likviditeten rapporteras istället direkt i månadsrapporter, delårsbokslut och

årsbokslut.

Syfte med rapporten är att följa upp regionens placeringar och skulder gällande avkastning mot uppsatta mål, tillgångsfördelning och följsamhet mot ”Reglemente avseende finansiering och skuldförvaltning samt förvaltning av likviditet och pensionsmedel”. Delårsrapport över tillgångs- och skuldförvaltningen innehåller uppföljning av mål, innehavsförteckningar, avstämning mot givna limiter samt uppföljning av dynamiska riskprincipen.

På grund av den rådande likviditetssituationen i regionen är likviditetsportföljen under avveckling. Detta görs genom att värdepapper som förfaller inte återinvesteras, vilket gör att de kvarvarande värdepapperen inte kommer kunna ligga inom kreditlimiterna för att de får för stor andel av den totala portföljen.

Under perioden som rapporten avser har Region Jämtland Härjedalen tagit upp ett lån på 40 miljonerkronor från Kommuninvest.

Förslag till beslut
Delårsrapport över tillgångs- och skuldförvaltningen godkänns.

Expedieras till
Ekonomidirektör
Finansekonom

Beslutsunderlag
- Tjänsteskrivelse Delårsrapport över tillgångsförvaltningen
- Delårsrapport över tillgångs- och skuldförvaltningen

7. Regionstyrelsens uppsiktsplikt 2017 om Stiftelsen Jamtli (RS/1065/2017)

Ärendebeskrivning
Enligt kommunallagen (KL) 6 kap. 1 § ska styrelsen leda och samordna förvaltningen landstingets angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnders verksamhet. Regionstyrelsen ska också ha uppsikt över kommunal verksamhet som bedrivs i sådana juridiska personer (exempelvis kommunala bolag) som avses i 3 kap. 16a – 18b §§ och sådana kommunalförbund som kommunen eller landstinget är medlem i.

I regionstyrelsens uppföljningsplan för 2017 ingår bland annat att följa upp verksamheten inom ett antal bolag som regionen helt eller delvis äger eller på annat sätt har intresse i. Ett av de bolagen som Region Jämtland Härjedalen ska följa upp är Stiftelsen Jamtli.

Resultatet av uppföljningen redovisas genom en uppföljningsrapport. Som underlag till rapporten har en endast en preliminär årsredovisning samt information från styrgruppen för Nationalmuseum studerats. Sammantaget visar uppföljningen att Stiftelsen Jamtli redovisar en god måluppfyllelse men ett negativt ekonomisk resultat.

Preliminär årsredovisning per sista december 2017 visar på ett negativt resultat med – 1,5 Mnkr. Stora projekt och investeringar pågår inom Stiftelsen Jamtli. Därmed har även likviditeten varit pressad på grund av de stora byggprojekten med konstmuseiflygeln, de nya bostäderna samt Nationalmuseum. Det finns en checkräkningskredit som är utnyttjad till ett belopp av 6,7 miljoner kronor samt en långfristig skuld på 1,9 miljoner kronor. Enligt styrgruppen för nationalmuseum visar byggprojektet på vissa brister. Eftersom Stiftelsen Jamtli under 2017 troligen kommer att ha stor likviditetspåverkan i samband med byggprojekt Nationalmuseum, så finns ett behov av att byggprojektet följs upp under 2017. Dels för att se att byggnationen fortlöper enligt plan men även i syfte att visa om projektbudgeten håller eller om ytterligare likviditetsbehov kommer att behövas.

Förslag till beslut

1. Styrelsen för Stiftelsen Jamtli uppmanas att kraftfullt agera för att följa styrgruppens rekommendationer avseende uppdrag kring Nationalmuseum Norr.

2. En ny granskning avseende byggprojekt ska göras under hösten 2017.

3. Redovisningen om Stiftelsen Jamtli utifrån regionstyrelsens uppsiktsplikt godkänns.

Expedieras till

Stiftelsen Jamtli
Regionala utvecklingsnämnden

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse - uppsiktsplikt Jamtli
- Rapport om Stiftelsen Jamtli

8. Regionstyrelsens uppsiktplikt om Samordningsförbundet Jämtlands län (RS/1064/2017)

Ärendebeskrivning

Enligt kommunallagen (KL) 6 kap. 1 § ska styrelsen leda och samordna förvaltningen landstingets angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnders verksamhet. Regionstyrelsen ska också ha uppsikt över kommunal verksamhet som bedrivs i sådana juridiska personer (exempelvis kommunala bolag) som avses i 3 kap. 16a – 18b §§ och sådana kommunalförbund som kommunen eller landstinget är medlem i.

I regionstyrelsens uppföljningsplan för 2017 ingår bland annat att följa upp verksamheten inom ett antal bolag som regionen helt eller delvis äger eller på annat sätt har intresse i. Ett av de bolagen som Region Jämtland Härjedalen ska följa upp är Samordningsförbundet Jämtlands län.

Resultatet av uppföljningen redovisas genom en uppföljningsrapport. Som underlag till rapporten har en endast en preliminär årsredovisning studerats. Sammantaget visar uppföljningen att Samordningsförbundet Jämtlands län redovisar en god

måluppfyllelse och en god ekonomi.

Preliminär årsredovisning per sista december 2017 visar på ett positivt resultat med 2,6 Mnkr.

Förslag till beslut
Redovisningen om Samordningsförbundet utifrån regionstyrelsens uppsiktsplikt godkänns.

Beslutsunderlag
- Tjänsteskrivelse - Uppsiktsplikt Samordningsförbundet Jämtlands län
- Rapport uppsiktsplikt Samordningsförbundet

9. Regionstyrelsens uppföljning 2017 om miljö, Miljöbokslut 2016 (RS/1034/2017)

Ärendebeskrivning
Miljöbokslut upprättas årligen utifrån kraven i EMAS-förordningen samt fastställt kontrollprogram för Östersunds sjukhus.

Förutom uppföljning av målen i övergripande handlingsplan för miljö så redovisas även data utifrån de obligatoriska miljöindikatorerna i EMAS-förordningen, parametrarna i kontrollprogrammet samt de miljöaspektsförteckningar som är upprättade för vår verksamhet.

Förslag till beslut
Miljöbokslut 2016 godkänns.

Expedieras till
Miljöstrateg Samordningskansliet

Beslutsunderlag
- Tjänsteskrivelse för Miljöbokslut 2016
- Miljöbokslut 2016

10. Regionstyrelsens uppföljning 2017 av integration (RS/799/2017)

Ärendebeskrivning
Regionstyrelsen har ett övergripande ansvar att leda och samordna planering och uppföljning av verksamheten. Styrelsen ska också uppmärksamt följa de frågor som kan inverka på regionens utveckling och ekonomiska ställning. De uppföljningsområden som valts ut för 2017 har en koppling till utvecklingsområden i enlighet med regionstyrelsens verksamhetsplan. Enligt den ska regionstyrelsen på sitt möte 30-31 maj bland annat följa upp regionens arbete kring integration.

Uppföljningsrapporten utgår från befintliga mål i övergripande styrdokument, måluppfyllelse och i förekommande fall förslag till åtgärder.

Uppföljningsrapport lämnas som bilaga.

Förslag till beslut
Regionstyrelsens uppföljning 2017 av integration godkänns.

Beslutsunderlag
- Tjänsteskrivelse Uppföljning Integration 2017
- Rapport uppföljning integration 2017

11. Regionstyrelsens uppföljning 2017 om värdegrundsarbetet (RS/800/2017)

Ärendebeskrivning
2016 övertog Kommunikationschefen ett uppdrag att leda projektet för att initiera ett värdegrundsarbete i Region Jämtland Härjedalen. Uppdraget innefattade att finna vägar och metoder för att starta en dialog om värdegrund. Huvudfokus låg på regionens uppdrag – de vi är till för, patienter och kunder - och baseras på regiondirektörens ledningsdeklaration. I uppdraget ingick även att alla medarbetare och förtroendevalda ska känna till och efterleva regionens kärnvärden: ”välkomnande, handlingskraftig, pålitlig”, stärka Region Jämtland Härjedalens varumärke samt bidra till att underlätta rekryteringar genom vårt bemötande och beteende.

En arbetsgrupp bestående av kommunikationschef, lean-samordnare, mångfaldsstrateg, personalstrateg, utvecklingschef och kommunikatör arbetade under 2016 fram en webbaserad och interaktiv medarbetarutbildning om bemötande. Utbildningen är grundläggande, den ska genomföras av samtliga medarbetare och förtroendevalda och målet var att samtliga skulle genomgått utbildningen under 2016. Det målet uppnåddes inte, vid årsskiftet hade cirka 2000 genomgått utbildningen, i nuläget cirka 2700. Påminnelser har gått ut på flera sätt.

Kommunikationschefen har nu fått i uppdrag av regionledningen att förvalta befintlig medarbetarutbildning samt att tillsammans med en arbetsgrupp utveckla värdegrundsarbetet med nya verktyg och infallsvinklar. Arbetet beräknas påbörjas innan sommaren 2017. Regionledningen är beslutade organ.

Förslag till beslut
Regionstyrelsens uppföljning 2017 av värdegrundsarbetet godkänns.

Expedieras till
Kommunikationschef

Beslutsunderlag
- Regionstyrelsens uppföljning 2017 om värdegrundsarbetet
- värdegrund uppföljning regionfullmäktige

12. Regionstyrelsens uppföljning 2017 av internkontroll (RS/896/2017)

Ärendebeskrivning
För en region finns lagkrav på intern kontroll (Kommunallagen) där det framgår att nämnderna skall var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Detsamma gäller när vården av en kommunal angelägenhet med stöd av 3 kap. 16§ har lämnats över till någon annan Lag (1999:621).

Regionstyrelsen har antagit en plan för internkontroll för 2017. De områden som ingår i planen är fakturahantering, attesteringsregistervård, lönehantering, uppdrag politiska beslut samt delegationsbestämmelser.

Uppföljning enligt bifogad plan.

Förslag till beslut
Uppföljning av regionstyrelsens internkontrollplan godkänns.

Beslutsunderlag
- Tjänsteskrivelse regionstyrelsens uppföljning 2017 av interkontroll
- Uppföljning regionstyrelsens internkontrollplan

13. Uppföljning av regionstyrelsens verksamhetsplan 2017 (RS/1563/2016)

Ärendebeskrivning
På regionstyrelsens sammanträde den 2 november 2016, § 219, fastställdes regionstyrelsens verksamhetsplan och uppföljningsplan för 2017. Verksamhetsplanen innehåller för varje strategiskt mål som regionfullmäktige beslutat om i regionplan 2017-2019 två aktiva mål och framgångsfaktorer i form av utvecklingsområden. Verksamhetsplanen innehåller också en uppföljningsplan som anger hur styrelsens verksamhet ska följas upp. I den anges bland annat när styrelsens framgångsfaktorer ska följas upp.

En rapport har upprättats som redovisar aktuellt läge per april 2017 för samtliga framgångsfaktorer. Sammantaget visar rapporten att för 59 framgångsfaktorer så är rätt åtgärder för att de ska vara uppfyllda till årets slut planerade och/eller påbörjade. För 25 framgångsfaktorer är rätt åtgärder utförda och framgångsfaktorn är uppfylld. För två framgångsfaktorer är fel åtgärder eller inga åtgärder planerade eller påbörjade. En framgångsfaktor har strukits.

Rapporten om framgångsfaktorerna är ett underlag i Region Jämtland Härjedalens övergripande uppföljning. Den ingår nu i tertialrapporten per april där måluppfyllelsen för regionfullmäktiges strategiska mål summeras. Men syftet med uppföljningen är också att uppmärksamma vilka områden som behöver insatser för att driva på arbetet och därmed förbättra måluppfyllelsen till årets slut. Det finns också anledning att göra vissa korrigeringar i verksamhetsplanen och anpassa vissa framgångsfaktorer efter rådande förutsättningar. Det gäller framförallt de framgångsfaktorer som bedömts svåra att uppfylla. Flera mål har också varit allt för otydliga och behöver konkretiseras.

Förslag till beslut
Regionstyrelsens verksamhetsplan för 2017 ska ändras i enlighet med förslag i upprättad bilaga ”Uppföljning av regionstyrelsens verksamhetsplan 2017 och förslag på justeringar”.

Expedieras till
Planeringsdirektör och förvaltningschefer

Beslutsunderlag
- Tjänsteskrivelse om uppföljning av regionstyrelsens verksamhetsplan 2017
- Uppföljning av regionstyrelsens verksamhetsplan 2017 och förslag på justeringar

14. Svar på granskning av egenkontrollen- en del i patientsäkerhetsarbetet (RS/223/2017)

Ärendebeskrivning
Revisionskontoret har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna genomfört en granskning av patientsäkerhetsarbetet. Granskningen har syftat till att ta reda på om regionstyrelsen har en tillfredsställande styrning, kontroll och uppföljning av patientsäkerhetsarbetet som avser verksamhetens egenkontroll. Resultatet av granskningen redovisas i rapporten Granskning av egenkontrollen- en del i patientsäkerhetsarbetet.

Regionens revisorer vill att regionstyrelsen redovisar vilka åtgärder som styrelsen vidtar eller avser vidta med anledning av granskningsresultatet senast 1 juni 2017.

Ett förslag till svar på granskningen har upprättats inom område Patientsäkerhet.

Förslag till beslut
Upprättat förslag till svar på granskning av egenkontrollen- en del i patientsäkerhetsarbetet, daterad 2017-05-03, antas.

Expedieras till
Chef Område patientsäkerhet

Utdrag och svar skickas till regionens revisorer

Beslutsunderlag
- Tjänsteskrivelse
- Svar Granskning Egenkontroll patientsäkerhet
- Granskning av egenkontrollen- en del i patientsäkerhetsarbetet
- Bifogad fil: "Revisonsrapport granskning av Vårdskador- granskning av egenkontrollen- en del i patientsäkerhetsarbetet.pdf"

15. Svar på granskning av produktions- och kapacitets planering inom Region Jämtland Härjedalen

(RS/548/2017)

Ärendebeskrivning

Regionens revisorer har under perioden oktober 2016 till januari 2017 granskat Region Jämtland Härjedalens produktions- och kapacitetsplanering. Granskningen har utförts av Capire Consulting AB. I revisionsrapporten framförs bland annat olika förbättringsförslag och regionens revisorer önskar få svar avseende styrningen och ledningen av kapacitets- och produktionsplaneringen utifrån de iakttagelser och bedömningar som lyfts fram i rapporten.

Styrelsen delar revisorernas uppfattning om förbättringar och har gett regionledningen i uppdrag att prioritera tillgängligheten till vården genom ett antal aktiviteter. En bilaga medföljer som presenterar inplanerade aktiviteter avseende produktions- och kapacitetsplanering under 2017.

Ett förslag till svar har upprättats inom utvecklingsavdelningen.

Förslag till beslut

Upprättat förslag till svar på granskning av produktions- och kapacitetsplaneringen inom Region Jämtland Härjedalen, daterad 2017-05-04, antas.

Expedieras till

Utvecklingschef
Utdrag och svar skickas till regionens revisorer

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse granskning produktions- och kapacitetsplanering
- Svar på granskning produktions- och kapacitetsplanering
- Granskning av kapacitets- och produktionsplaneringen inom Region Jämtland Härjedalen
- Revisonsrapport granskning av kapacitets-och produktionsplanering inom Region Jämtland Härjedalen

16. Svar på remiss: Rotavirusvaccination i det nationella vaccinationsprogrammet (RS/570/2017)

Ärendebeskrivning

Region Jämtland Härjedalen har getts möjlighet av Socialdepartementet att lämna synpunkter på rubricerade remiss. Regionen besvarade i december en remiss från Folkhälsomyndigheten gällande samma underlag.

Regeringen fattar beslut om vilka sjukdomar som ska omfattas av nationella vaccinationsprogram, baserat på underlag från Folkhälsomyndigheten. Sådana program delas upp i allmänna, som erbjuds hela befolkningen vid vissa åldrar, och särskilda, som erbjuds individer i definierade riskgrupper.

Folkhälsomyndigheten har genomfört en utredning om vaccination mot rotavirusinfektion bör omfattas av det nationella allmänna vaccinationsprogrammet för barn. Bedömningen baseras huvudsakligen på två bakgrundsdokument: ett kunskapsunderlag och en hälsoekonomisk analys.

Ett förslag till svar har upprättats inom Område Patientsäkerhet med stöd av barnhälsovårdsöverläkaren och smittskyddsläkaren.

Förslag till beslut
Upprättat förslag till svar på remiss, daterat 2017-05-02, om införande av rotavirusvaccination i det nationella vaccinationsprogrammet antas.

Expedieras till
Chef Område Patientsäkerhet

Beslutsunderlag
- Tjänsteskrivelse Svar på remiss Rotavaccination i det nationella vaccinationsprogrammet
- Svar på remiss
- Missiv till remiss Rotavirusvaccination i det nationella vaccinationsprogrammet
- Beslutsunderlag om rotavirusvaccination i det nationella vaccinationsprogrammet

17. Svar på remiss Ds 2017:4 Sjukpenning i avvaktan på slutligt beslut (RS/607/2017)

Ärendebeskrivning
Den 1 november 2016 skärpte försäkringskassan tillämpningen för när sjukpenning kan beviljas och betalas ut. Bakgrunden var två kammarrättsdomar som konstaterade att det saknades lagligt stöd för att betala ut sjukersättning under utredningstiden, när Försäkringskassan tar ställning till om arbetsförmågan är nedsatt pga. sjukdom.

Tidigare betalade Försäkringskassan vanligtvis ut sjukpenning under såväl utrednings- som kommuniceringstid, i de fall individen hade sjukpenning sedan innan och uppvisade läkarintyg för förlängd sjukskrivning. Utbetalad sjukersättning togs inte tillbaka i de fall Försäkringskassan avslog förlängningen.

Den skärpta tillämpningen från november 2016 innebär att Försäkringskassan inte längre betalar ut sjukpenning under utredningstiden utan individen får vänta på ersättning under tiden fram till beslut, ca 1 månad. Om förlängning godkänns, betalas sjukpenningen ut retroaktivt, men vid avslag står individen utan ersättning från sjukperiodens start fram till beslutsdatum. När Försäkringskassan meddelat om avslag får individen söka annan försörjning, exempelvis genom återgång i arbete, arbetsförmedling eller socialtjänst.

Den skärpta tillämpningen bedöms ha ökat kvaliteten i att rätt personer får ersättning ur sjukförsäkringen samtidigt som ett antal individer hamnat i ekonomiska svårigheter. Det har blivit tydligt att Försäkringskassans regelverk inte i alla situationer ger individer, med nedsatt arbetsförmåga pga. sjukdom, den ekonomiska trygghet som sjukförsäkringen syftar till.

Socialdepartementet har i rubricerad promemoria utarbetat förslag till förändring av socialförsäkringsbalken för att förbättra individens trygghet i sjukförsäkringen.

Utgångspunkten har varit att individer som haft sjukpenning under en tid och har läkarintyg som styrker fortsatt nedsatt arbetsförmåga, i normalfallet, inte ska behöva vara oviss om sin försörjning under tiden som Försäkringskassan beslutar om ny period med sjukpenning. Lagen föreslås träda ikraft 1 januari 2018.

Region Jämtland Härjedalen har, som ett av två landsting, beretts möjlighet att i ett remissvar ge synpunkter på Socialdepartementets förslag.

I förslaget till remissvar är Region Jämtland Härjedalen positiv till en lagändring och ställer sig bakom utredningens förslag. Regionen framför därutöver tre synpunkter, att beakta inför ett kommande lagförslag. Sammanfattat handlar synpunkterna om att
- Fler yrkesgrupper inom vården än läkare bör kunna få utfärda sjukintyg om nedsatt arbetsförmåga

- Försäkringskassan bör uppmanas till en aktiv tillämpning av de nya reglerna, i enlighet med lagstiftarens intentioner

- Försäkringskassan bör redan under år 2017, efter beslut om ny lag, kunna arbeta i enlighet med den nya lagens intentioner.

Förslag till beslut
Utarbetat förslag till svar på remiss Ds 2017:4 Sjukpenning i avvaktan på slutligt beslut, daterat 2017-04-24, antas.

Beslutsunderlag
- Tjänsteskrivelse Remissvar Ds 2017:4 Sjukpenning i avvaktan på slutligt beslut
- Remissvar Ds 2017:4 Sjukpenning i avvaktan på slutligt beslut
- Missiv till Remiss av Ds 2017:4 Sjukpenning i avvaktan på slutligt beslut
- Remiss av Ds 2017:4 Sjukpenning i avvaktan på slutligt beslut

18. Svar på remiss om Kommunikation för vår gemensamma säkerhet (Ds 2017:7) (RS/683/2017)

Ärendebeskrivning
Region Jämtland Härjedalen har getts möjlighet att yttra sig över departementspromemorian Kommunikation för vår gemensamma möjlighet (Ds 2017:7)

I huvudsak ser Region Jämtland Härjedalen positivt på promemorians förslag om att staten ska äga och kontrollera ett säkert system för mobil datakommunikation. Det är ur vår synvinkel särskilt positivt att det också stödjer möjligheten till ökade förutsättningar att nå regeringens bredbandsmål i glesbygd. Några specifika synpunkter har framförts till exempel avseende hälso- och sjukvårdens förmodade användarkrets som troligen är vidare än vad dagens Rakel användning visar. Gällande frågor om täckning och kapacitet, är det av stor vikt att utredningen inte endast tittar på befolkningsmängd som grund, utan kompletterar resonemanget med ett riskbaserat tänkande och att man då till exempel tar hänsyn till områden med turism och hur vägar trafikeras.

Ett förslag till svar har upprättats inom enheten för Krisberedskap, säkerhet och miljö. Svar på remissen ska lämnas till Justitiedepartementet senast 15 maj. Då regionstyrelsen har sitt sammanträde 30-31 maj har Region Jämtland Härjedalen begärt och fått förlängd svarstid till senast 1 juni varför paragrafen bör justeras omedelbart.

Förslag till beslut

1. Upprättat förslag till svar på remiss om Kommunikation för vår gemensamma säkerhet Ds 2017:7, daterad 2017-05-04, antas.

2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Expedieras till

Beredskapschef
Svar skickas till Justitiedepartementet

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Yttrande över departementspromemorian Kommunikation för vår gemensamma säkerhet (Ds. 2017:7)
- Yttrande över departementspromemorian Kommunikation för vår gemensamma säkerhet (Ds.2017:7)
- Missiv till remiss Kommunikation för vår gemensamma säkerhet
- Sammanfattning av remiss Kommunikation för vår gemensamma säkerhet

19. Uppdrag till regionstyrelsens ordförande att besluta om svar på remiss av delbetänkandet Digitalförvaltning.nu (RS/728/2017)

Ärendebeskrivning

Region Jämtland Härjedalen har getts möjlighet att lämna synpunkter på delbetänkandet digitalförvaltning.nu (SOU:2017:23). Delbetänkandet är en del av Utredningen om effektiv styrning av nationella digitala tjänster som ska slutrapporteras i december 2017.

Utredningen anser att det behövs en övergripande plan för att stärka digitaliseringen av den offentliga sektorn. Enligt planen, som enligt utredningen bör bestå av följande sju punkter, ska
- regeringen besluta om ett mål för övergången till digital förvaltning,
- regeringen klargöra vilka de offentliga åtagandena ska vara i den nationella digitala infrastrukturen,
- myndigheternas uppdrag preciseras, både avseende vad som gäller generellt och vad som är specifikt för vissa myndigheter,
- myndigheternas och kommunernas arbete med att bygga ut den digitala förvaltningen följas upp genom självutvärdering och verifiering,
- samarbetet mellan staten, kommunerna och landstingen ges fastare former genom överenskommelser och uppföljning,
- informationssäkerhet och integritetsskydd beaktas i varje skede av arbetet med att bygga ut den digitala förvaltningen,
- de centrala statliga uppgifterna i arbetet att utveckla den offentliga förvaltningen

samlas hos en myndighet

Utredningen bedömer att Ekonomistyrningsverket är bäst lämpad att ta emot uppdraget om ett samlat ansvar för digitaliseringen av den offentliga sektorn. En alternativ lösning kan vara att E-legitimationsnämnden utvecklas till att omfatta hela det samlade ansvar som utredningen föreslår.

Utredningen föreslår att regeringen inför en rätt för enskilda och företag att få myndighetspost elektroniskt, Mina meddelanden, och att alla statliga myndigheter ska skicka myndighetspost elektroniskt om inte regeringen beslutar annat. Utredningens bedömning är att inom ett par år måste i princip all myndighetspost vara digital.

Synpunkterna ska vara Finansdepartementet tillhanda senast den 27 juni 2017. För att kunna använda tiden fullt ut föreslås att regionstyrelsens ordförande efter samråd med regionstyrelsens 2:e vice ordförande fattar beslut om remissvaret.

Förslag till beslut
Regionstyrelsens ordförande får i uppdrag att ta beslut om svar på remiss om delbetänkande digitalförvaltning.nu (SOU 2017:23), efter samråd med regionstyrelsens 2:e vice ordförande.

Expedieras till
Regionsekreterare

Beslutsunderlag
- Tjänsteskrivelse Uppdrag till regionstyrelsens ordförande att besluta om svar på remiss av delbetänkandet Digital
- Missiv till remiss av delbetänkande digitalförvaltning.nu (SOU 2017:23)
- Sammanfattning av remiss Remiss av delbetänkandet digitalförvaltning.nu (SOU 2017:23)

20. Uppdrag till regionstyrelsens ordförande att besluta om svar på remiss SOU 2017:15 Kvalitet och säkerhet på apoteksmarknaden (RS/882/2017)

Ärendebeskrivning
Region Jämtland Härjedalen har getts möjlighet att lämna synpunkter på remiss SOU 2017:15 Kvalitet och säkerhet på apoteksmarknaden.

Utredningen har haft i uppdrag att göra en översyn av apoteksmarknaden. Inriktningen har varit att åstadkomma en säker, effektiv och jämlik läkemedelsförsörjning och en apoteksmarknad med god tillgänglighet och service. I enlighet med direktivet har särskilt fokus lagts på åtgärder i syfte att höja kvaliteten och patientsäkerheten på apoteksmarknaden.
Utredningens betänkande följer huvudrubrikerna:
- Kvalitet och säkerhet på apotek
- Forskning, utveckling och farmaceutiska tjänster
- Leverans- och tillhandahållandeskyldighet av förskrivna läkemedel och varor
- Tillsyn över apoteksmarknaden

- Geografisk tillgänglighet till apotek och läkemedel
- Försäljning av receptfria läkemedel utanför apotek

Synpunkterna ska vara Socialdepartementet tillhanda senast den 11 juli 2017. För att kunna använda tiden fullt ut föreslås att regionstyrelsens ordförande efter samråd med regionstyrelsens 2:e vice ordförande fattar beslut om remissvaret.

Förslag till beslut
Regionstyrelsens ordförande får i uppdrag att ta beslut om svar på remiss om SOU 2017:15 Kvalitet och säkerhet på apoteksmarknaden efter samråd med regionstyrelsens 2:e vice ordförande.

Expedieras till
Regionsekreterare

Beslutsunderlag
- Tjänsteskrivelse Uppdrag till regionstyrelsens ordförande att besluta om svar på remiss
- Missiv Remiss av betänkande SOU 2017:15 Kvalitet och säkerhet på apoteksmarknaden
- Sammanfattning av remiss SOU 2017:15 Kvalitet och säkerhet på apoteksmarknaden

21. Uppdrag till regionstyrelsens ordförande att besluta om svar på remiss om nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (RS/985/2017)

Ärendebeskrivning
Folkhälsomyndigheten har på uppdrag av regeringen genomfört en översyn av innehåll och delmål i den nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (S20 l6/03248/FS).

I rapporten presenteras en översyn av huvudmålet och en uppdatering av delmålen för det framtida strategiska arbetet samt internationella åtaganden och folkhälsoperspektivet kopplat till hiv. Dessutom redogörs för epidemiologisk utveckling beträffande hiv och andra sexuellt överförda och blodburna infektioner under perioden 2006-2016 för strategins prioriterade nyckelgrupper samt framtida utmaningar.

Det finns enligt Folkhälsomyndigheten skäl att fastställa fyra delmål:
- att behovs- och kunskapsbaserade hälsofrämjande och förebyggande insatser når hela befolkningen
- att tidigt identifiera och behandla hivinfektion och andra sexuellt överförda och blodburna infektioner
- att stigma och diskriminering relaterad till hiv har upphört
- att öka jämlikhet och jämställdhet i sexuell hälsa

En uppdaterad nationell strategi bör kopplas till Agenda 30 och avsikten är därför att

delmålen ska vara uppnådda senast 2030.

Synpunkterna ska vara Socialdepartementet tillhanda senast den 30 juni 2017. För att kunna använda tiden fullt ut föreslås att regionstyrelsens ordförande efter samråd med regionstyrelsens 2: vice ordförande fattar beslut om remissvaret.

Förslag till beslut
Regionstyrelsens ordförande får i uppdrag att ta beslut om svar på remiss om Översyn och uppdatering av den nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar efter samråd med regionstyrelsens 2:e vice ordförande.

Expedieras till
Regionsekreterare

Beslutsunderlag
- Tjänsteskrivelse Uppdrag till regionstyrelsens ordförande att besluta om svar på remiss om nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar
- Missiv till remiss: Folkhälsomyndighetens återrapportering av regeringsuppdrag om Översyn och uppdatering av den nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar
- Remiss: Folkhälsomyndighetens återrapportering av regeringsuppdrag om Översyn och uppdatering av den nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar

22. Uppdrag till regionstyrelsens ordförande att besluta om svar på remiss Karensavdrag – en mer rättvis självrisk (Ds 2017:18) (RS/1197/2017)

Ärendebeskrivning
Region Jämtland Härjedalen har getts möjlighet att lämna synpunkter på rubricerade remiss.

I promemorian föreslås ett införande av ett lagstadgat karensavdrag i sjukförsäkringen. Avdraget ersätter den nuvarande karensdagen. Syftet med ett införande av ett karensavdrag är i första hand att uppnå en mer rättvis självrisk i samband med sjukfrånvaro. Vidare är syftet med ett karensavdrag att avdraget blir detsamma för den försäkrade oavsett när sjukfrånvaron inträffar. Bestämmelserna föreslås träda i kraft den 1 januari 2019.

Synpunkterna ska vara Socialdepartementet tillhanda senast den 7 augusti 2017. För att kunna använda tiden fullt ut föreslås att regionstyrelsens ordförande efter samråd med regionstyrelsens 2: vice ordförande fattar beslut om remissvaret.

Förslag till beslut
Regionstyrelsens ordförande får i uppdrag att ta beslut om svar på remiss om Karensavdrag – en mer rättvis självrisk (Ds 2017:18) efter samråd med regionstyrelsens 2:e vice ordförande.

Expedieras till
Regionsekreterare

Beslutsunderlag
- Uppdrag till regionstyrelsens ordförande att besluta om svar på remiss Karensavdrag – en mer rättvis självrisk (Ds 2017:18)
- Missiv till remiss: Karensavdrag – en mer rättvis självrisk (Ds 2017:18)
- Remiss: Karensavdrag – en mer rättvis självrisk (Ds 2017:18)

23. Resultatförbättrande åtgärder 2018-2020 - Utredning om förutsättningarna för ökad samverkan inom administration och teknisk service (RS/1008/2017)

Ärendebeskrivning
När regionstyrelsen i januari efterfrågade ytterligare förslag på resultatförbättrande åtgärder svarade regiondirektören i februari med förslag om att ”utreda förutsättningarna till ökad samverkan med länets kommuner inom områdena administration (ffa transaktionstunga funktioner) och olika tekniska servicefunktioner, såsom hjälpmedelscentral, centralförråd, transport, kostenhet (exkl. produktionskök) samt eventuellt ytterligare något tekniskt serviceområde som under utredningen uppvisar bra förutsättningar att förändra driftsform. Beträffande de tekniska serviceverksamheterna ska även beaktas möjlighet till drift i annan regi (s.k. outsourcing)”. Regionstyrelsen godkände i mars detta förslag och ville till i maj få fördjupning och tidplan för arbetet inom detta område.

Analyser tillsammans med verksamhetsansvariga har nu skett och följande områden föreslås utredas:
- Efterhöra kommunernas intressen för samverkan inom administration enligt förutsättningarna i ”Plan för spridning och omlokalisering av regionens administrativa funktioner”
- Efterhöra kommunernas intressen för att tillsammans utreda samordning inom förråd, transport och fastighetsdrift/underhåll mm

Eftersom regionen har ansvar för bussgodsverksamheten och beslutsunderlag kring fortsatt verksamhet tillsammans i ett norrlandsgemensamt bolag bör också analyser göras kring vilka av regionens och kommunernas transporter som kan göras via bussgods.

Hjälpmedelscentralens verksamhet är redan samverkansverksamhet med kommunerna, varför den verksamheten enbart ska analyseras om effektiviseringar kring transporter tillsammans med kommunerna kan göras.

Uppdraget ska genomföras i två faser:
Först kontaktas kommunerna för att analysera samverkansmöjligheter och dessa återredovisas till regionstyrelsen. Om samverkan med kommunerna inte ger någon effektivisering ska eventuell outsourcing analyseras. Det steget ska föregås av dialog med regiondirektören kring formerna för den analysen.

Inga ytterligare utredningar ska ske inom kostenheten utöver de som redan pågår inom ramen för cookchill-utvecklingen.

Förslag till beslut

1. Regiondirektören får i uppdrag att efterhöra kommunernas intressen för samverkan inom administration enligt förutsättningarna i ”Plan för spridning och omlokalisering av regionens administrativa funktioner”.

2. Regiondirektören får i uppdrag att efterhöra kommunernas intressen för att tillsammans utreda samordning inom förråd, transport och fastighetsdrift/underhåll, mm inom teknisk service.

3. Om inget intresse för samverkan finns från kommunerna ska Regiondirektören analysera effekter av outsourcing inom dessa områden.

4. Regiondirektören ska rapportera resultatet till Regionstyrelsen i oktober 2017.

Expedieras till

Chef Område teknik, diagnostik och service

Beslutsunderlag

- Förslag till beslut angående resultatförbättrande åtgärder administration och teknisk service
- Nuläge angående administration och teknisk service
- plan-for-spridning-och-omlokalisering-av-regionens-administrativa-funktioner176896pdf
- Supercentrautredningen 2014
- PM Gemensam nämnd
- Bilaga 1. Hämtat från Kommun och landstingsdatabasen
- Bilaga 2. Decentralisering ger Sveriges mest effektiva drift
- Bilaga 3. Organisation fastighet
- Bilaga 4. Fastighetsdrift och avfallshantering i topp

24. Resultatförbättrande åtgärder 2018-2020 – Uppdrag att skapa samverkansmöjligheter inom den laboratoriemedicinska verksamheten (RS/1009/2017)

Ärendebeskrivning

Samverkan inom laboratorieområdet mellan norrlandstingen startade 2011. En rapport presenterades 2012 som visar på vilka utmaningar laboratoriemedicin har och vilka samverkansmöjligheter som finns. Dock var inte alla fyra landstingen intresserade av en fortsättning inom hela det laboratoriemedicinska området då, utan samarbetet inom patologi prioriterades.

2015-06-10 presenterades en rapport om patologisamarbetet och då beslutades också att fortsatt arbetet inom patologin sker inom ramen för RCC Norr.

Hösten 2015 diskuterades åter samverkan inom laboratoriemedicin. Chefssamrådet ser vissa möjligheter till samverkan, men ser inget behov av strukturerat samverkansprojekt utan vill arbeta vidare med styckefrågor.

När regionstyrelsen i januari efterfrågade ytterligare förslag på resultatförbättrande åtgärder svarade regiondirektören i februari med förslag om fördjupad samverkan inom laboratoriemedicin. Regionstyrelsen godkände i mars detta förslag och ville till i maj få fördjupning och tidplan för arbetet inom detta område.

Fråga om samverkan med de andra norrlandstingen är ställd specifikt till Västerbottens läns landsting som svarat positivt på samverkan. Frågan har också ställts till alla fyra inom ramen för samarbetet inom NRF där är svaret är att bjuda in chefssamråden för laboratoriemedicin för ett sonderande samtal.

Tidplan för arbetet är svår att uppskatta eftersom det kommer att påverkas av intresset från de andra landstingen. Återrapportering till regionstyrelsen i december 2017 är därmed lämpligt.

Förslag till beslut

1. Vidtagna åtgärder och förslag om att fortsätta fördjupa samverkan med ett eller flera av norrlandstingen inom laboratoriemedicin godkänns.

2. Återrapportering ska ske till regionstyrelsen i december 2017.

Expedieras till

Chef Område teknik, diagnostik och service

Beslutsunderlag

- Förslag till beslut angående samverkan laboratoriemedicin Norr
- Bakgrund och nuläge angående laboratoriemedicin i Norr
- Laboratoriemedicin Norr - rapport 2012
- Projektrapport-patologi 2015

25. Resultatförbättrande åtgärder 2018-2020 - Översyn av regelverket för konkurrensneutral organisation för primärvård i regionens regi (RS/1039/2017)

Ärendebeskrivning

I anslutning till införandet av Hälsovalet beslutade landstingsstyrelsen § 232/2009, dnr LS/935/2009 om organisation för den landstingsdrivna primärvården. I detta beslutsunderlag reglerades bl a:

- Intraprenaderna (Åre och Krokom) ingår fr o m 1 januari 2010 i den landstingsdrivna konkurrensneutrala primärvården. Det arbetssätt som intraprenaderna haft kommunvis och som varit mycket framgångsrikt skall med deras hjälp införas i hela primärvården.
- För den landstingsdrivna primärvården införs ett ekonomiskt system som innebär att verksamheten får ta med sig över- och underskott till nästa år. Ekonomiska avvikelser som innebär underskott eller överskott skall

återställas de tre kommande åren. Verksamhetsområdet beslutar om regler avseende över- och underskott för närvårdsområdena.

Landstingsfullmäktige beslutade 2010-02-18 § 22, dnr LS/42/2010 om regler för över- och underskottshantering. I beslutet framgår att det är verksamhetsområdet som gäller, och att för primärvård gäller närvårdsområde.

En översyn bör göras för att utvärdera om den regiondrivna primärvården upplever att de har intraprenadvillkor, och vilka regelförändringar de anser skulle underlätta ett flexiblare agerande, minskad administration och mer entraprenadliknande förhållanden. Villkoren för den regiondrivna primärvårdens möjligheter att agera som ett sammanhållet bolag eller koncern ska också analyseras. Översynen ska också inkludera en omvärldsanalys för att se vilka regler andra landsting/regioner tillämpar för att stimulera primärvården i egenregi att agera som entreprenörer och hur koncernagerande kan stärkas.

I detta uppdrag ingår dessutom att analysera om det finna andra verksamheter inom Region Jämtland Härjedalen som skulle kunna effektiviseras om de fick intraprenadvillkor.

Slutligen ska uppdraget utifrån översynen ge förslag på uppdaterade villkor för intraprenader till nutida förhållanden.

Förslag till beslut

1. Regiondirektören får i uppdrag att göra en översyn av den regiondrivna primärvården och analysera om det finns behov av regelförändringar för att underlätta ett flexiblare agerande, minskad administration och mer entraprenadliknande förhållanden liksom möjligheterna att agera som en koncern.

2. Regiondirektören ska också göra en omvärldsanalys för att se vilka regler andra landsting/regioner tillämpar för att stimulera primärvården i egenregi att agera som entreprenörer och koncern.

3. I regiondirektörens uppdrag ingår dessutom att analysera om det finna andra verksamheter inom region Jämtland Härjedalen som skulle kunna effektiviseras om de fick intraprenadvillkor.

4. Slutligen ska regiondirektören utifrån översynen ge förslag på uppdaterade villkor för intraprenader till nutida förhållanden.

5. Regiondirektören ska redovisa arbetet vid regionstyrelsen i oktober.

Expedieras till

Vårdvalsnämnden

Beslutsunderlag

- Förslag till beslut angående översyn av regelverket för konkurrensneutral organisation för primärvård i egen regi
- § 232-2009 Beslut om konkurrensneutral organisation för PV i landstingets regi

- Modell för över- och underskottshantering Fullmäktige 2010

26. Resultatförbättrande åtgärder 2018-2020 – Pilotstudie avseende utvecklande av produktionsuppdrag för verksamheten inom område kirurgi/ögon/öron samt område kvinna (RS/1040/2017)

Ärendebeskrivning

Vid regionstyrelsens sammanträde i mars 2017 presenterade regiondirektören ytterligare förslag till resultatförbättrande områden. Ett av dessa är genomförande av pilottest avseende produktionsuppdrag.

I pågående förändringsarbete (OPUS 2020) inom kirurgi/ögon/öron initierat av den externa genomlysningen hösten 2016 skall därför kompletteras med en pilotstudie i att utforma produktionsuppdrag för verksamheten. Piloten skall genomföras 2018. Utöver område kirurgi beslutades att även område Kvinna samt eventuellt ytterligare ett verksamhetsområde skall involveras i piloten.

Som utgångspunkt och bas för framtagande av produktionsuppdraget är regionens KPP-databas. (KPP= Kostnad Per Patient) Regionen har nu samlat data sedan 2013. Data från 2015 är dock behäftad med vissa kvalitetsbrister p.g.a. införandet av Cosmic. För att nå en bättre kvalitet i piloten kommer därför data baseras på KPP från 2016. Detta underlag kommer vara klart under maj 2017.

Genomgång av KPP material kommer därför först kunna ske med berörda verksamheter under juni 2017. Hösten 2017 kommer användas för att i detalj utforma lämplig pilotmodell.

Pilottesten kommer således kunna inledas under våren 2018. Utvärdering under hösten 2018 och därefter föreslås ställningstagande om den fortsatta utvecklingen och bedömning av ett eventuellt breddinförande inför 2019.

Förslag till beslut

Regiondirektören får i uppdrag att med utgångspunkt från planerade verksamhetsmöten i juni 2017 återkomma med en slutlig plan för pilottest och omfattning till regionstyrelsen i oktober 2017.

Beslutsunderlag

- Förslag till beslut angående Res_förbät_RS maj 17

27. Resultatförbättrande åtgärder 2018-2020 - Utredning om samverkan med annan part gällande sterilcentralen (RS/1041/2017)

Ärendebeskrivning

Sterilcentralen vid Östersunds sjukhus står inför omfattande återinvesteringsbehov. När regionstyrelsen i januari efterfrågade ytterligare förslag på resultatförbättrande

åtgärder svarade regiondirektören i februari med förslag om att ”utreda förutsättningarna till alternativa möjligheter till dessa investeringar, exempelvis samverkansmöjligheter med t.ex. andra landsting och/eller om gods kan steriliseras hos annan part o.s.v.”

Regionstyrelsen godkände i mars detta förslag och ville till i maj få fördjupning och tidplan för arbetet inom detta område.

Analyser tillsammans med verksamhetsansvariga har nu skett och följande områden föreslås utredas:

- Tillsammans med Region Västernorrland utreda möjligheter och förutsättningar för ett samarbete rörande sterilcentralen inkl. samordning av logistik.
- Möjligheten att samverka med annan part gällande sterilisering av sjukvårdsutrustning

Om samverkan med Region Västernorrland inte är möjlig ska Region Jämtland Härjedalen på egen hand utreda alternativa och kostnadseffektiva arbetssätt inom sterilcentralens verksamhet.

Förslag till beslut

1. Regiondirektören får i uppdrag att tillsammans med Region Västernorrland utreda möjligheter och förutsättningar för ett samarbete rörande sterilcentralen inkl. samordning av logistik.

2. Om samverkan med Region Västernorrland inte är möjlig får regiondirektören i uppdrag att utreda alternativa och kostnadseffektiva arbetssätt inom steriliseringscentralens verksamhet samt möjligheter till samverkan med annan extern part gällande sterilisering av sjukvårdsutrustning.

3. Regiondirektören ska rapportera förutsättningarna för ev. samverkan vid regionstyrelsen i oktober 2017.

Beslutsunderlag

- Förslag till beslut angående resultatförbättrande åtgärder avseende sterilcentralen

28. Resultatförbättrande åtgärder 2018-2020 - Utvärdering av regionens internhandel (RS/1042/2017)

Ärendebeskrivning

För flertalet medicinska servicefunktioner (lab, radiologi) på Region Jämtland Härjedalen tillämpas köp/sälj mellan utförare och beställare. Nuvarande modell har inte varit föremål för någon djupare utvärdering sedan införandet. Köpen från de medicinska servicefunktionerna har vuxit över tid. För att ekonomiska styrmodeller ska ge god effekt är det viktigt att med jämna mellanrum utvärdera och komplettera dessa så att de inte övergår i en ren rutinbaserat hantering. Regionens internhandel bör därför bli föremål för en analys i syfte att få svar på följande frågor:

- Har nuvarande modell medfört en större kostnadsmedvetenhet kring olika former av provtagning, tester mm och bidragit till att förhindra en större kostnadsökning än om dessa stödfunktioner utgjort fria nyttigheter?
- Har de interna leverantörerna av dessa medicinska tjänster genom konsultativ återkoppling stöttat en utveckling mot ett mer ändamålsenligt och kostnadseffektivt nyttjande från beställarnas sida?
- Hur skulle nuvarande modell kunna förändras för att nå en starkare styrning mot ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt nyttjande av medicinska servicefunktioner?

Analysen ska ta hänsyn till den utredning som görs av patientnära analyser (PNA) så att modellen ger stöd till ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt nyttjande även i patientnära analyser.

Förslag till beslut

1. Regiondirektören får i uppdrag att göra en utvärdering av internhandel mellan beställare och utförare av medicinska servicetjänster.

2. Beroende på vad utvärderingen visar, ska förslag på en förändring av modellen presenteras, om så krävs för att åstadkomma ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt nyttjande av medicinska servicetjänster.

3. Uppdraget ska återredovisas till regionstyrelsen i november 2017.

Beslutsunderlag

- Förslag till beslut angående resultatförbättrande åtgärder2018-2020 - Utvärdering av regionens internhandel

29. Resultatförbättrande åtgärder 2018-2020 - Utredning om förutsättningar för driva verksamhet gemensamt med annat landsting (RS/1043/2017)

Ärendebeskrivning

När regionstyrelsen i januari efterfrågade ytterligare förslag på resultatförbättrande åtgärder svarade regiondirektören i februari med förslag om att ” förutsättningar för driva verksamhet gemensamt med annat landsting”. Regionstyrelsen godkände i mars detta förslag och ville till i maj få fördjupning och tidplan för arbetet inom detta område.

Många av regionens verksamheter har svårt att säkerställa en god kompetensförsörjning och blir till och från därmed sårbara för mindre störningar. Volymerna är även i vissa fall relativt små, vilket leder till dyr produktion med avsaknad av skalfördelar. Grannlandstingen brottas i mångt och mycket med samma problem. Det är därför återigen nödvändigt att utreda möjligheter och förutsättningar att kunna driva verksamhet gemensamt med annat landsting.

Samtal har inletts med Region Västernorrland med fokus på att gemensamt analysera verksamheternas tillgänglighetsproblem och se om samverkan kan lösa de problem vi gemensam kan se.

Även inom Norrlandstingens regionförbund har samarbetsdiskussioner startat t ex arbetas det inom chefsamrådet för ortopedi med frågan om gemensam koordinering av vårdgarantipatienter för att de ska kunna stanna i Norrland.

Förslag till beslut

1. Regiondirektören får i uppdrag att fortsätta och fördjupa diskussionerna med Region Västernorrland, och inom ramen för Norrlandstingen.

2. Regiondirektören ska återkomma till regionstyrelsen i november med en muntlig rapport kring hur samarbetsdiskussionerna fortlöper.

Beslutsunderlag

- Försalg till beslut - Resultatförbättrande åtgärder 2018-2020 - Utredning om förutsättningar för driva verksamhet gemensamt med annat landsting

30. Forskningssamverkan för kunskapsutveckling och kompetensöverföring med Norge (RS/1131/2017)

Ärendebeskrivning

I det samarbete som inletts med den nya administrationen i det sammanslagna Trøndelag utpekas forskning och utvecklingen av hälsa som ett av de starkaste utvecklingsområdena där en samverkan kan generera positiva effekter för vårt eget län. Det omfattar metodkunskapsutveckling samt behovet av att få tillgång till kvalificerad information om en befolknings hälsotillstånd. Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag (HUNT) samlar in enkätbaserad information, genomför hälsoundersökningar samt biobanksmaterial för att forska på folkhälsa. Totalt har 120 000 personer medverkat till att hälsodata kan göras tillgängliga för etiskt godkända forskningsprojekt. Detta gör HUNT till en mycket kvalificerad samling av hälsodata och biobanksdata, också i ett internationellt perspektiv.

HUNT omfattar f.n. enbart befolkningsdata från Nord-Trøndelag. Därför genomförs nu en förstudie med syfte att analysera möjligheterna att utöka undersökningen till att omfatta även Sør-Trøndelag. I samband med detta har Region Jämtland Härjedalen fått erbjudande om medverkan i förstudien. Förstudien avser även belysa olika nivåer (komplexiteten) av insamlade data samt redovisa vilka möjligheter och begränsningar i tolkningen detta medger. De olika nivåerna avser vilka data som kan insamlas relaterat till kostnaden för desamma. Nivåerna omfattar olika alternativ och kombinationer av metoder – enkäter, individuell hälsoundersökningar samt biobanksdata – relaterat till olika åldersurval. Denna förstudie innefattar därför en analys av etiska, tekniska så väl som ekonomiska restriktioner för att genomföra en s.k. Mini-HUNT som komplement till den fullvärdiga HUNT. Förstudiens underlag har efterfrågats inför de dialoger som inletts mellan regeringsföreträdare och Region Jämtland Härjedalen avseende att få möjlighet att bli testbädd för utvecklingen av en behovsstyrd vård i glesbygd.

En fortsatt extensiv samverkan med forskningsmiljöer i Trøndelag - Helse Nord-Trøndelag HelseForetakk - utgör en god grund för att attrahera forskning och utveckling – dels av egen personal men även av och med externa intressenter. Att

kunna erbjuda stimulerande vidareutbildning samt handledning är essentiella förutsättningar för att vara och bli en ännu mer attraktiv arbetsgivare.

Förslag till beslut

1. Regiondirektören får i uppdrag att genomföra samt finansiera medverkan i förstudien av Mini-HUNT i Region Jämtland Härjedalen med 200 tkr inom befintlig ram på Hälso- och Sjukvårdspolitiska avdelningen.

2. Regiondirektören får i uppdrag att ingå utökat intentionsavtal med Helse Nord-Trøndelag HF om utökad forskning och kompetensutveckling baserat på nuvarande samarbete.

Expedieras till

Göran Larsson, Forskningsdirektör
Göran Hallman, Folkhälsopolitisk strateg
Kerstin Norrbin, Utvecklingschef

Beslutsunderlag

- Förslag till forskningssamverkan Norge

31. Läkemedelsförsörjning 2020 (RS/1139/2017)

Ärendebeskrivning

Handlingar lämnas senare

32. Svar på begäran från Länstrafiken om undantag från Region Jämtland Härjedalens modervarumärkesstrategi (RS/1030/2017)

Ärendebeskrivning

Länstrafiken har den 23 januari 2017 inkommit med en begäran om undantag från Region Jämtland Härjedalens varumärkespolicy. Som argument till detta anförs ekonomiska kostnader som ny profilering samt marknadsföringsinsatser som idag inte finns inom angiven kostnadsram.

Regionala utvecklingsnämnden beslutade vid sitt sammanträde den 9 maj 2017, § 84 att tillstyrka Länstrafikens begäran om undantag från Region Jämtland Härjedalens varumärkespolicy.

Region Jämtland Härjedalen ansvarar för både organisationens och platsens varumärke. För att öka attraktionskraften för såväl plats som organisation ska organisationen arbeta för att stärka och synliggöra varumärket. Regionfullmäktige har beslutat om en strategi kallad modervarumärke som innebär att organisationens samtliga verksamheter - som ägs till 50 % eller mer av Region Jämtland Härjedalen - marknadsförs under samma logotyp och med samma grafiska profil. Undantag beslutas av regionstyrelsen.

Länstrafiken ägs till 100 % av Region Jämtland Härjedalen och faller därmed under

regionfullmäktiges beslut om modervarumärkesstrategi. Länstrafiken i Jämtland AB har begärt undantag från modervarumärkesstrategin. Länstrafiken i Jämtland är ett inarbetat varumärke som har funnits sedan i början 1990-talet. För en affärsdrivande verksamhet som Länstrafiken är varumärket betydande både i kontakter med medborgare och i affärsrelationer där ett väl uppbyggt varumärke spelar en stor roll för synen på företaget. Kostnaden för byte av varumärke uppskattas av Länstrafiken till cirka 3 miljoner kronor plus marknadsföringsinsatser. I Länstrafikens budget finns inte utrymme för den kostnaden.

Bussar som bärare av Region Jämtland Härjedalens logotyp skulle tydliggöra att kollektivtrafiken utgör en stor och viktig del av Region Jämtland Härjedalens verksamhet. Det skulle även skapa goda förutsättningar för en mobil och synlig marknadsföring i hela regionen samt förståelse för hur skattepengar används. Den beslutade modervarumärkesstrategin är det mest kostnadseffektiva för Region Jämtland Härjedalen då kostnader för att underhålla och revidera en rad olika varumärken försvinner.

Länstrafikens logotyp och grafiska profil skapades tidigt 1990-och är alltså 25-30 år. I de varumärkesundersökningar som genomfördes i samband regionbildningen 2015 framkom det att respondenterna önskar en ”modernare” framtoning av Region Jämtland Härjedalen om den ska betraktas som attraktiv. Grafisk profilering, med tillhörande logotyp, bidrar starkt till att signalera vad en organisation eller plats står för. För att fördela kostnader över tid kan införandet av ett nytt varumärke ske succesivt. Att bevilja undantag från modervarumärkesstrategin på annan grund än det beslutade riskerar att bli prejudicerande och på sikt urholka Region Jämtland Härjedalens varumärke. I samband med upphandling av Buss 2018 föreslås även att namnet ”Länstrafiken” ses över så att det bättre stämmer överens med regionens övriga benämningar.

Förslag till beslut

1. Regionstyrelsen avstyrker Länstrafikens begäran om undantag från modervarumärkesstrategin.

2. I samband med upphandling av Buss 2018 ska namnet ”Länstrafiken” ses över så att det stämmer överens med regionens övriga benämningar.

3. Finansiering av varumärkesbyte ska ske inom ramen för Länstrafikens budget.

Expedieras till

Länstrafiken, Regionala utvecklingsnämnden

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Svar på Begäran om undantag från Region Jämtland Härjedalens varumärkespolicy
- Begäran om undantag från Region Jämtland Härjedalen varumärkespolicy
- Utskottet för infrastruktur §23 Begäran om undantag från Region Jämtland Härjedalens varumärkespolicy
- §84 Regionala utvecklingsnämnden Begäran om undantag från Region Jämtland Härjedalens varumärkespolicy

33. Ombyggnationer av Hälsocentralerna i Sveg och Funäsdalen (RS/1087/2017)

Ärendebeskrivning

Primärvården i Sveg behöver en omfattande ombyggnad för att anpassa lokalerna till dagens arbetssätt. Det handlar om att bygga om befintliga lokaler alternativt att bygga nya lokaler som bättre är anpassade till dagens och framtidens arbetssätt vid Sveg Hälsocentral. Ett förslag på lösning bör tas fram gemensamt av fastighetsenheten, primärvården, akutvården, DTS, fastighetsförvaltaren Härjegårdar fastighets AB. Fastighetsägaren Härjedalens kommun skall därefter arbeta fram ett underlag för att lämna en hyresoffert på. Det är viktigt att Härjedalens kommun är delaktig i processen eftersom befintlig fastighet inrymmer mycket kommunal vård och omsorg i kommunal regi som också kommer att behöva förändras utifrån framtida behov.

Primärvården i Funäsdalen behöver också förbättrade lokaler bättre anpassade till dagens arbetssätt och befintlig fastighet är mycket svår att anpassa till dessa behov. Efter dialog med Härjedalens kommun och Härjegårdar så har ett förslag kommit med en nybyggnad strax norr om nuvarande Hälsocentral. Ett förslag på lösning ska tillsammans med fastighetsenheten, primärvården, folktandvården, akutvården, DTS och fastighetsägaren Härjegårdar fastighets AB arbetas fram som ett underlag att lämna en hyresoffert på. Det är viktigt att även Härjedalens kommun är delaktig i processen eftersom platsen där dagens hälsocentral är belägen kan vara en lämplig yta för ett framtida särskilt boende för kommunens behov. Region Jämtland Härjedalen driver även folktandvård i befintlig byggnad och akutverksamheten är lokaliserad i en byggnad i närheten. Det är angeläget att se möjligheter att samordna funktioner och skapa bra vårdflöden.

I detta tidiga skede är det svårt att bedöma kostnaden då det är mycket svårt att överblicka omfattningen. En ombyggnad i Sveg av 2-4000m² bedöms, beroende på omfattning, kosta storleksordningen 20-80 miljoner vilket indikerar att ett nybygge inte är ett orimligt alternativ. Härjegårdar fastighet AB eller Härjedalens kommun skall finansiera bygget och Region Jämtland Härjedalen blir hyresgäst.

I Funäsdalen handlar det om en nybyggnad av 2-3000m², som beroende på omfattning, kommer kosta storleksordningen 50-70 miljoner. Härjegårdar fastighet AB skall finansiera bygget och Region Jämtland Härjedalen blir hyresgäst. Utredning och framtagande av lokallösning planeras ske under hösten 2017, och tecknande av hyreskontrakt kan därefter ske under 2017, projektering och byggande under 2019 och bedömd inflyttningstid är sommaren 2019.

En avsiktsförklaring skall tecknas för vardera objekt mellan inblandade parter för att säkerställa att projektet är förankrat hos samtliga inblandande parter.

Förslag till beslut

1. Regiondirektören får i uppdrag att ta fram lösningar på ombyggnationerna i Sveg och Funäsdalen.

2. Regiondirektören och regionstyrelsens ordförande får i uppdrag att underteckna avsiktsförklaringarna för ombyggnationerna i Sveg och Funäsdalen.

Expedieras till
Fastighetschef
Primärvårdschef
Härjegårdar fastighet AB
Härjedalens kommun

Beslutsunderlag
- Förslag till beslut angående ombyggantioner av Hälsocentraler i Sveg och Funäsdalen
- 170508 Underlag för politiskt beslut Sveg och Funäsdalen
- 170510 Sveg Avsiktsförklaring Härjegårdar
- 170508 Underlag för politiskt beslut Funäsdalen
- 170508 Funäs Avsiktsförklaring

34. Finansiering av sjukhusets mathantering (RS/120/2017)

Ärendebeskrivning
2014-12-09 § 293 beslutade Landstingsstyrelsen utifrån en utvecklingsplan för kostenheten på Östersunds sjukhus att Region Jämtland Härjedalen skulle övergå till produktionsmetoden cook chill. Övergången skulle vara klar 2016. Arbetet med att leta lämplig lokal och fördjupa analyserna kring hur ett nytt kök ska utformas har tagit längre tid än planerat.

I utvecklingsplanen för kostenheten konstaterades att ”Kostnaden för anpassning till bibehållen verksamhet, cook chill eller ångtryckskokning skiljer sig väldigt lite. Den stora ekonomiska vinsten gör man på personalsidan då arbetssättet kan effektiviseras och personalen kan samordnas. Verksamheten kan drivas med betydligt mindre personal vilket med cook chill ger en personalbesparing på ca 7 miljoner kronor per år.”

2015-05-26 - 27, § 143, beslutade regionstyrelsen att etablerar ett nytt produktionskök utanför sjukhusområdet men inom Östersund kommuns stadskärna. Av beslutsunderlaget framgår att ”Utgångspunkten för finansiering av nytt produktionskök är en lönsam investering”. Med den beräknade besparingen på ca 7 mkr och då beräknade investering på 42 miljoner kronor kunde åtgärderna betraktas som en lönsam investering som då enligt regelverket inte behövde hanteras inom ramen för ordinarie investeringsutrymme.

I januari 2017 § 14 fanns fördjupade analyser som möjliggjorde nya ekonomiska kalkyler. Investeringens samtliga delområden beräknades då kosta 69 miljoner kronor och den årliga besparingen skulle bli 6 miljoner kronor. Åtgärderna bedömdes fortfarande lönsamma men kan då enligt regelverket inte längre hanteras utanför ordinarie investeringsutrymme. Därför fick regiondirektören i uppdrag att undersöka möjligheterna att sänka investeringskostnaderna och att ge förslag till finansiering av

investeringen genom att inarbeta dessa i finansplanen. Uppdraget innebar också att en noggrann utredning skulle göras som, om Region Jämtland Härjedalen ska investera i en annan fastighetsägares lokal eller om ett kök ska hyras, innehåller en fullständig kalkyl upprättas där transportkostnader, kostnader för den personal som ska servera mat på avdelningarna (frukost, lunch o middag sju dagar/vecka) mm.

En utredning om finansiering av Östersunds sjukhus mathantering har nu gjorts som innehåller kalkyler som bygger på inkomna anbud och svar på de frågor som regionstyrelsen önskade svar på. Total investering uppgår till 76,7 miljoner kronor. Driftskostnader beräknas till 25,9 mkr utifrån alla nya analyser och kalkyler. Det motsvarar 2017 års driftskostnad som är budgeterad till 25,7 mkr. Investeringen är inarbetad i finansplan 2018-2020.

Förslag till beslut
Utredning om finansiering av Östersunds sjukhus mathantering läggs till handlingarna.

Expedieras till
Regiondirektören

Beslutsunderlag
- Förslag till beslut angående finansiering av sjukhuset mathantering maj 2017
- Utredning om finansiering av Östersunds sjukhus mathantering
- §14 Regionstyrelsen Finansiering av sjukhusets mathantering

35. Journal på nätet (RS/865/2017)

Ärendebeskrivning
Medborgarnas tillgång till egen journal via nätet är en del av den nationella satsningen på e-hälsa och IT-stöd i vården (RS/1767/2016). Samtliga landsting och regioner har genom avtal med Inera åtagit sig att senast vid utgången av 2017 ge medborgarna tillgång till sin journal via nätet. Många landsting och regioner har redan genomfört detta och Region Jämtland Härjedalen planerar att öppna för journalen via nätet 1 oktober 2017.

Det finns ett nationellt regelverk med bindande krav och vissa valfria delar. Mera bindande gemensamma regler förväntas komma 2018 och implementeras senast 2020.

Vilka delar av journalen som ska vara tillgänglig är också till viss del valfri. De delar av journalen som föreslås bli tillgängliga från start hos Region Jämtland Härjedalen är Anteckningar, Vårdkontakter, Diagnoser, Läkemedel, Klinisk kemi och Röntgensvar.

Införandet har föregåtts av en risk och konsekvensanalys som beslutats av Hälso- och sjukvårdsförvaltningens kommitté 2017-01-17.

Förslag till beslut
1. Journal på nätet införs i Region Jämtland Härjedalen från och med 1 oktober 2017.

2. Regler för Journal på nätet fastställs.

Expedieras till
Chef hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen
IT-chef

Beslutsunderlag
- Tjänsteskrivelse Journal på nätet
- Förslag+till+regelverk+för+Journal+via+nätet
- kommunikationsplan_aktiviteter

36. Uppdrag att analysera ökade skillnader i sjuktal mellan män och kvinnor (RS/854/2017)

Ärendebeskrivning
Regionstyrelsen har gett utskottet för personal i uppdrag att analysera ökade skillnader mellan män och kvinnors sjuktal och redovisa resultatet vid styrelsens sammanträde den 30-31 maj 2017.

Sjukfrånvaron per innevarande månad ökar varje år i februari eller mars avseende perioden januari 2014 – mars 2017. Varje ökning ser ut att ha ett samband med årets influensaperiod och stämmer överens med smittskyddsläkares beskrivningar av de olika säsongsinfluensorna. Exempelvis var säsongen i mars 2016 kraftig och ökningen syns tydligt medan säsongen under 2017 började rapporterats tidigt (november 2016) och har en mer plan kurva, det vill säga korttidsfrånvaron har spridits på fler månader.

Det syns en ökning för både kvinnor och män i samband med influensan men ökningen är högre hos kvinnor vilket antyder att kvinnor mer ofta är sjuka från arbete dessa perioder. Orsaken till detta kan delvis förklaras av det yrke som kvinnor har. Fler kvinnor än män i Region Jämtland Härjedalen arbetar i kontaktyrken och närmare patienter vilket innebär att de kan smitta (mindre möjlighet till anpassning) och bli smittade av patienter. Således har personer med kontaktyrken inte någon arbetsförmåga vid influensa/förkylningssjukdomar i samma utsträckning som personer vars yrke inte innebär kontakt med patient.

Förslag till beslut
Utskottet för personal föreslår regionstyrelsen

Uppdraget anses besvarat.

Beslutsunderlag
- §30 Uppdrag att analysera ökade skillnader i sjuktal mellan och kvinnor
- §60 Regionstyrelsen Regionstyrelsens uppföljning 2017 av aktiva mål Medarbetare - sjukfrånvaro

37. Ansökan till Kammarkollegiet om mindre justering av ändamål avseende Stiftelsen Bröderna Nils och

Olof Olssons minnesfond (RS/1019/2017)

Ärendebeskrivning

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

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

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

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

Det nya ändamålet skulle lyda enligt nedan:
”Disponibel avkastning skall enligt beslut av region Jämtland Härjedalen användas i den lantbruksutbildning som bedrivs i Jämtlands län för anordnande av särskilda kurser, elevstimulerande åtgärder och fortbildning av personal. Med lantbruk menas växtodling och husdjursskötsel för produktion av föda”.

Förslag till beslut

1. Ansökan om tillstånd till ändring av ändamålet för stiftelsen Bröderna Nils och Olof Olssons minnesfond lämnas till kammarkollegiet.

2. Stiftelsens ändamål ändras till:
   ”Disponibel avkastning skall enligt beslut av region Jämtland Härjedalen användas i den lantbruksutbildning som bedrivs i Jämtlands län för anordnande av särskilda kurser, elevstimulerande åtgärder och fortbildning av personal. Med lantbruk menas växtodling och husdjursskötsel för produktion av föda”.

Expedieras till

Georgios Bitsakis

Beslutsunderlag

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

38. Årets folkhälsoinsats 2017 (RS/2446/2016)

Ärendebeskrivning

Region Jämtland Härjedalens folkhälsopris ”Årets folkhälsoinsats” är avsett att tilldelas personer, organisationer, sammanslutningar eller offentlig verksamhet som på ett föredömligt och aktivt sätt tagit initiativ till åtgärder som positivt påverkar folkhälsan inom Jämtlands län. Priset är 10 000 kr.

Priset delas ut för att uppmärksamma och uppmuntra förtjänstfulla insatser inom området folkhälsa. Med insatser för en bättre folkhälsa menas insatser som främjar hälsa och förebygger ohälsa. Insatser ska bidra till ett socialt, fysiskt och psykiskt välbefinnande samt öka den jämlika hälsan mellan olika grupper i samhället. 15 nomineringar-ansökningar har inkommit.

Folkhälsonätverket, Folkhälso Z har i uppdrag att bereda ärendet och föreslå pristagare. Priset delas ut vid regionfullmäktiges sammanträde 20-21 juni.

Förslag till beslut

Årets folkhälsoinsats 2017 tilldelas Boxningsklubben Ängeln.

Motivering: Klubben har en bred förankring i regionen med sin verksamhet där människor träffas på lika villkor oavsett ålder, kön och etnicitet. Alla är välkomna att delta efter egen förmåga och förutsättningar. Många av medlemmarna kommer från andra länder och gemenskapen i föreningen ger dem, förutom en hälsofrämjande fritidssysselsättning, också tillfälle att träna språket och en möjlighet att träffa nya vänner. Klubblokalen i Östersund har även blivit en samlingspunkt för träningsintresserade från andra kommuner i länet, och i Strömsund finns en lokalavdelning.

Expedieras till

BK Ängeln
Susanne Wallner ordf Folhälso – Z
Jörgen Persson vice ordf Folkhälso – Z
Göran Hallman folkhälsopolitisk strateg

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse
- Nominerade Årets folkhälsoinsats 2017
- Stadgar för Region Jämtland Härjedalens folkhälsopris

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

Ärendebeskrivning

Beslut fattade av regiondirektör/ bitr. regiondirektör

- Svar på remiss angående intyg för praktisk tjänstgöring för arbetsterapeuter utbildade utanför EU och EES (RS/826/2017)
- Svar på remiss över förslag till Regionalt samordnad beredskapsplan för dammhaveri i Ångermanälven, Indalsälven, Ljungan och Ljusnan i Jämtlands län (RS/939/2017)
- Svar på remiss Vaccinationsplan vid influensapandemi (RS/975/2017)

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

- Ann-Marie Johansson (S) beviljas att delta på SKLs Arbetsgivarforum den 17-18 maj i Östersund.

Beslut fattade av chefer

- Anställningsbeslut för perioden 2017-04-20 – 2017-05-18 (RS/602/2017)

Förslag till beslut

Information om delegationsbeslut enligt upprättad förteckning noteras till protokollet.

Beslutsunderlag

- Anmälan av delegationsbeslut RS 30-31 maj

40. Anmälan av inkomna handlingar till rergionstyrelsen (RS/3/2017)

Ärendebeskrivning

- Överenskommelse om statens bidrag till landstingen för kostnader för läkemedelsförmånerna m.m. för år 2017.
- Protokoll: Gemensamma nämnden för upphandling 2017-04-03.
- Protokoll: Utskottet för infrastruktur 2017-04-10
- Protokoll: Vårdvalsnämnden 2017-05-11

Förslag till beslut

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

Beslutsunderlag

- Anmälan av inkomna handlingar till RS 2017-05-31

41. TILL FULLMÄKTIGE

42. Ändring av patientavgifter (RS/200/2015)

Ärendebeskrivning

Den 9-10 februari 2016 fattade regionfullmäktige beslut om mer enhetliga patientavgifter. Det finns ett behov av förtydligande i Avgiftshandboken avseende viss vård där det idag inte tydligt framgår för patient eller personal.

- Hälsoskolorna tar idag ut en avgift om 150 kronor/pass. Hur dessa utförs skiljer sig åt mellan mottagningarna, där vissa utförs under en dag medan andra delar upp passen på flera dagar. Detta innebär att patienten får betala flera avgifter om passen fördelas på flera dagar. Förslaget är istället att en fast avgift om 300 kronor tas ut för hela utbildningen, oavsett hur fördelningen av passen ser ut.
- Antabusdelning föreslås vara avgiftsfritt, då en risk finns att patienten inte närvarar om avgift tas ut, vilket får konsekvenser för både patient, närstående och samhället.
- Dosettdelning föreslås vara avgiftsfritt, då de få patienter som har behovet mest troligt redan uppnår högkostnadsskyddet.
- Första besök hos specialistvården efter akut remiss från primärvården föreslås vara avgiftsfritt
- Patienthotell för anhöriga bör vara avgiftsbelagt oavsett om patienten sover på hotellet eller inte.
- Avbokning av akuta tider föreslås vara avgiftsfria då patienten inte har möjlighet att avboka enligt gällande regler klockan 12 dagen före besök.

Förslag till beslut

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Förtydliganden av patientavgifter införs enligt följande:

Typ av besök/avgift	**Förslag avgift (kr)**
Hälsoskolor, hela utbildningen	Fast avgift 300 kr
Antabusdelning	Avgiftsfritt
Dosettdelning	Avgiftsfritt
1:a besök i specialistvård efter akut remiss från primärvården	Avgiftsfritt
Patienthotell för anhöriga	Alltid avgift för anhörig
Avbokning av akut tid	Avgiftsfritt

Expedieras till

Ekonomidirektör
Referensgruppen för avgiftsfrågor

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Justering av patientavgifter
- Justering av patientavgifter

43. Ändring i regelverket för sjukresor vid utomlänsvård (RS/1073/2017)

Ärendebeskrivning
Regelverket för sjukresor fastställdes gemensamt med övriga norrlandsting 2007 (LS/499/2006). Regelverket justerades 2013 då bland annat beslut togs om höjt högkostnadsskydd och införande av egenavgift på 100 kronor (LS/1951/2012). En ändring av åldersgränsen för avgiftsfrihet för barn till och med 18 år gjordes 2016 (RS/1890/2016).

Några ändringar/tillägg i regelverket för sjukresor gällande medföljande vårdnadshavare och tillägg om kostnadsbegränsning för patientboende vid utomlänsvård behöver nu göras.

Det finns i dagsläget en otydlighet och diskrepans i regelverket för sjukresor kring ersättning för medföljande vårdnadshavare. Förslaget är att man i normalfall har rätt till ersättning för 1 medföljande vårdnadshavare och att avsteg från detta ska bedömas av remitterande enhet eller personal inom sjureseenheten.

Det har uppmärksammats att det nu gällande regelverket för sjukresor saknar fastställda beloppsgränser för patientboende vid utomlänsvård. Det finns därför ett behov att reglera nivån för maxbelopp vid patientboenden. Ersättningen ska täcka kostnaden för enkelrum och vid intygat behov, dubbelrum eller familjerum. Förslaget på maxbelopp är framtaget utifrån ett underlag från hotell/boenden över hela landet.

Förslag till beslut
Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Ändring i regelverket för sjukresor enligt bifogat förslag antas.

Expedieras till
Hälso- och sjukvårdsdirektör
Ekonomidirektör
Referensgruppen för avgiftsfrågor
Sjukreseenheten

Beslutsunderlag
- Tjänsteskrivelse Ändring i regelverk för sjukresor
- Bilaga Förslag på ändringar i regelverket för sjukresor

44. Regionplan 2018-2020 (RS/257/2017)

Ärendebeskrivning
En av regionfullmäktiges uppgifter är att fastställa regionens vision och strategiskt övergripande mål samt ekonomiska ramar och en budget för Region Jämtland Härjedalens verksamheter. Det gör fullmäktige genom att besluta om en treårig regionplan och en finansplan. Ett förslag till regionplan för perioden 2018-2020 har upprättats. Regionplanen innehåller förutom strategiska mål också en sammanfattning av viktiga planeringsförutsättningar för perioden och beskrivning av vision, värderingar och styrmodell.

De strategiska målen i regionplanen 2018-2020 visar viljeinriktningen och vilka prioriteringar som ska göras de kommande tre åren. De utgör också grunden för hur Region Jämtland Härjedalen ska närma sig sin vision och målsättningar i länsövergripande mål, övergripande policyer och långsiktiga utvecklingsplaner. Med utgångspunkt från regionplan och finansplan fastställer sedan regionstyrelsen och nämnderna årliga verksamhetsplaner med framgångsfaktorer, budget och uppföljningsplan.

Den kommande planperioden kommer att präglas av fortsatt stort fokus på åtgärder som syftar till att nå en ekonomi i balans och god ekonomisk hushållning. Region Jämtland Härjedalen har ett mycket ansträngt ekonomiskt läge och står inför omfattande ekonomiska utmaningar. De senaste åren har verksamheten redovisat ekonomiska underskott i varierad storlek. Varje ny verksamhet, aktivitet eller motsvarande kräver finansiering antingen genom ökade externa intäkter eller omfördelning inom befintlig verksamhet.

Ekonomin hanteras sedan 2015 i en särskild finansplan Finansplanen sammanfattar de ekonomiska konsekvenserna utifrån regionplanen och den långsiktiga utvecklingsplanen för god ekonomisk hushållning. Finansplanen 2018-2020 (RS/258/2017) innehåller också planeringsförutsättningar utifrån det ekonomiska läget, budgetramar för regionstyrelsen och nämnder, investeringstak samt finansiella mål och budget för det närmaste året. En anledning till att ekonomin hanteras i en särskild plan är också behovet av att kunna revidera finansplanen i november utifrån de ekonomiska konsekvenserna som statligt beslut innebär och förändringar i skatteprognoser.

För det regionala utvecklingsarbetet är rapporten ”Läget i länet” och OECD´s Territorial Review Jämtland Härjedalen som innehåller viktiga analyser för det regionala utvecklingsarbetet viktiga planeringsunderlag. Liksom att genomföra EU:s övergripande mål i Europa 2020-strategin och hantera viljeinriktningen i flera viktiga länsövergripande styrdokument, exempelvis den regionala utvecklingsstrategin.

För hälso- och sjukvården kommer arbetet under planperioden fortsatt att fokusera på att uppnå god tillgänglighet, ett patientfokuserat arbetssätt samt ge kunskapsbaserad, jämlik och säker vård, behandling och rehabilitering. Region Jämtland Härjedalen behöver också fortsätta utvecklas som en hälsofrämjande och attraktiv arbetsgivare.

I Region Jämtland Härjedalens planerings- och uppföljningsarbete ska alltid perspektiven jämställdhet- och jämlikhet, barnens rättigheter, miljö och ekonomi särskilt beaktas. I regionplanen görs det genom att flera mål har en koppling till något eller några av perspektiven. Måluppfyllelse för fullmäktiges strategiska mål summeras i tertialrapport per april, delårsbokslut per augusti och i årsredovisningen. Uppföljningen utgår från regionstyrelsens och nämndernas uppföljning av deras framgångsfaktorer.

Utskottet för ekonomi fick på sitt sammanträde den 22 maj 2017 en genomgång av innehållet i regionplanen. Utskottet fick ställa frågor och lämnade synpunkter.

Förslag till beslut
Utskottet för ekonomi föreslår regionstyrelsen

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Regionplan 2018-2020 godkänns.

Expedieras till
Hälso- och sjukvårdsdirektör, Bitr. regiondirektör, regionstabschef, områdeschefer och avdelningschefer.

Beslutsunderlag
- §33 Utskottet för ekonomi Regionplan 2018-2020
- Regionplan 2018-2020

45. Finansplan 2018-2020 (RS/258/2017)

Ärendebeskrivning
Regionfullmäktige fastställer Region Jämtland Härjedalens vision och strategiskt övergripande mål. Fullmäktige beslutar också om ekonomiska ramar för verksamheten och fastställer budget. Det gör fullmäktige genom att om en regionplan och en finansplan för en treårsperiod. Regionstyrelsen och nämndernas uppgift är att verkställa fullmäktiges beslut.

Finansplanen 2018-2020 innehåller planeringsförutsättningar utifrån det ekonomiska läget, budgetramar för regionstyrelsen och nämnder, investeringstak samt finansiella mål och budget för det närmaste året. Anledningen till att ekonomin behöver hanteras i särskild ordning är bland annat det mycket ansträngda ekonomiska läget, behovet av att sammanfatta de ekonomiska konsekvenserna från både regionplan och den långsiktiga utvecklingsplanen för god ekonomisk hushållning samt behovet av att kunna revidera finansplanen utifrån de ekonomiska konsekvenserna som statligt beslut innebär och förändringar i skatteprognoser.

Den övergripande finansiella inriktningen för Region Jämtland Härjedalen är att uppnå en stabil ekonomi som kännetecknas av långsiktighet och hållbarhet. Finansplanens finansiella mål för planperioden är ett ekonomiskt resultat på 0 %, på längre sikt 2 %, av verksamhetens budgeterade nettokostnader. För att nå målet står regionen inför stora ekonomiska utmaningar. Verksamheten har de senaste åren redovisat underskott i varierad storlek och även om ekonomin på flera områden går åt rätt håll är det ekonomiska läget fortfarande svårt. Det leder till att det även under kommande planperiod kommer att krävas stort fokus på åtgärder för att nå en ekonomi i balans och god ekonomisk hushållning.

Region Jämtland Härjedalens ekonomiska resultat för 2016 var -197 miljoner kronor. Prognosen efter april 2017 är -170 miljoner kronor och står sig den kommer det ackumulerade underskottet att återställa enligt balanskravet att uppgå till 941 miljoner kronor inför 2018. På grund av den ansträngda ekonomiska situationen uppstår också ett upplåningsbehov för att finansiera de av fullmäktige beslutade

investeringarna. För planperioden är upplåningsbehovet 181 mkr 2018 och 96 mkr för 2019 respektive 2020.

En ständig utmaning och viktig planeringsförutsättning för regionens ekonomi är också att hantera målet att bedriva en kostnadseffektiv vård som är likvärdig med den som erbjuds i övriga landet. Rättigheten till hälso- och sjukvård är reglerad i lag och den nya patientlagen från 2015 ger den enskilde patienten också stora rättigheter till vård, samtidigt som landstingens möjligheter att begränsa vårdutbudet kraftigt begränsats.

Region Jämtland Härjedalens samlade intäkter sätter gränser för hur stora kostnaderna kan tillåtas vara. Enligt SKL kommer skatteunderlagets utveckling 2018-2020 bli betydligt svagare allt eftersom konjunkturen utvecklas i lugnare takt. En snabb befolkningsökning, främst bland barn och till viss del äldre, kommer att innebära en kostnadsutveckling högre än normalt. Det i kombination med att skatteunderlaget har en normal, eller till och med långsammare, utveckling medför att landstingssektorn måste hålla tillbaka kostnadsökningar för att motverka gapet mellan intäkter och kostnader. Under planperioden väntas också kraftigt stigande pensionskostnader. En stor del av dessa kostnader rör tidigare intjänade pensioner och är därför inte påverkningsbara. Förutom stora kostnadssänkningar kommer det för Region Jämtland Härjedalen att vara väldigt viktigt att nettokostnadsutvecklingen blir betydligt långsammare än tidigare år.

För att nå en stabil ekonomi i balans ligger i första steget fokus på arbetet kring resultatförbättrande åtgärder innan balanskravet kan införlivas. Ger alla planerade åtgärder full effekt under 2017 och 2018 förväntas resultatet att vara i balans 2018 och 2019. Till år 2020 behövs däremot ytterligare åtgärder på 74 mkr för att komma i ekonomisk balans. Sammanlagt för åren 2017-2020 behövs resultatförbättrande åtgärder på ca 390 mkr.

Finansplanens finansiella mål och ekonomiska ramar följs upp genom månadsrapporter, tertialrapport per april, delårsbokslut per augusti och i årsredovisningen. Löpande uppföljning av ekonomin görs också ständigt i ledningsgrupper och på andra sätt i verksamheten.

Utskottet för ekonomi fick på sitt sammanträde den 22 maj 2017 en genomgång av innehållet i finansplanen. Utskottet fick ställa frågor och lämnade synpunkter.

Förslag till beslut

Utskottet för ekonomi föreslår regionstyrelsen

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Finansplan 2018-2020 godkänns.

Expedieras till

Regiondirektör, Bitr. regiondirektör, Hälso- och sjukvårdsdirektör och Regionstabschef

Beslutsunderlag

- §34 Utskottet för ekonomi Finansplan 2018-2020

- Finansplan 2018-2020

46. Regler för planering och uppföljning av Region Jämtland Härjedalens styrmodell (RS/101/2015)

Ärendebeskrivning

I Region Jämtland Härjedalen arbetar politiker och tjänstemän efter en gemensam styrmodell. Det innebär att det finns en enhetlig, systematisk och tydlig struktur för hur Region Jämtland Härjedalens verksamheter ska styras och följas upp. Nuvarande styrmodell utgår från den modell som utvecklades under 2013 men har sedan dess justerats och anpassats efter verksamhetens nya förutsättningar. Styrmodellen regleras i de av fullmäktige fastställda reglerna för planering och uppföljning. Senaste versionen av reglerna fastställdes av fullmäktige den 19 oktober 2016, § 143.

Sedan regionens styrmodell infördes 2013 har störst fokus varit på att kartlägga och tydliggöra planeringsprocessen. Det har därefter funnits behov av att utveckla en mer tydlig struktur även för uppföljningsprocessen. I januari 2017 initierades därför ett arbete med att klargöra hur uppföljningen ska gå till, vilka dokument och mallar som ska finnas, vad som ska följas upp, vilka som gör vad samt vilka system som ska hantera uppföljningen. Arbetet har resulterat i en revidering av reglerna för styrmodellen.

Grundprincipen för uppföljningsprocessen är att uppföljning av mål, verksamhet, resultat och ekonomi sker på verksamhetens alla nivåer. Liksom för planeringen ska det finnas en röd tråd genom hela processen. På övergripande nivå knyts uppföljningen från verksamheterna ihop och summeras. Resultatet av all uppföljning ska sedan återföras till verksamheten och vid behov ska åtgärder genomföras. Genom den nya modellen för uppföljningen kommer också fullmäktiges strategiska mål att följas upp på ett bättre och tydligare sätt. I årsredovisning, tertialrapport och delårsbokslut ska det finnas en summering av måluppfyllelsen för varje perspektiv med utgångspunkt från måluppfyllelsen av regionstyrelsens och nämndernas framgångsfaktorer.

För att grundidén med styrmodellen ska kunna förverkligas måste arbetsprocessen med planering och uppföljning följas åt. Spårbarheten från de övergripande strategiska målen till verksamhetens egna mål måste vara tydlig i både planerings- och uppföljningsdokument. I de reviderade reglerna har ansvaret för de olika delarna tydliggjorts.

Regler för planering och uppföljning redogör för hur styrmodellen fungerar och vilken ansvarsfördelning som gäller i det interna arbetet. I dem finns också en beskrivning för hur och när styrande dokument ska utformas, fastställas och följas upp. Reglerna innehåller också en beskrivning av de perspektiv som alltid ska tas hänsyn till i allt planerings- och uppföljningsarbete - jämställdhets- och jämlikhetsperspektivet, barnrättsperspektivet, ekonomiperspektivet och regional utveckling.

Reglerna ska följas av alla politiska organ och verksamheter.

Förslag till beslut
Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Reviderade regler för planering och uppföljning av Region Jämtland Härjedalens styrmodell godkänns.

Expedieras till
Ekonomidirektör, Planeringsdirektör, Förvaltningschefer, regionstabschef och områdeschefer

Beslutsunderlag
- Tjänsteskrivelse regler för planering och uppföljning av Region Jämtland Härjedalens styrmodell
- Regler för planering och uppföljning enligt Region Jämtland Härjedalens styrmodell

47. Omdisponering av budget för privata vårdgivare (RS/1819/2016)

Ärendebeskrivning
Region Jämtland Härjedalen har sen 80-talet haft ett avtal med ortoped vars verksamhet sedan år 2012 enbart gäller bedömning av ryggar. Patienter har efter remiss från annan läkare fått hjälp med bedömning/diagnostik och förslag på behandling. Avtalet löpte ut 2016-12-31 och därefter har ortopedkliniken på sjukhuset återtagit verksamheten genom att nyanställa en ortopedläkare.

I budgeten för vårdvalsnämnden 2017 finns 1 200 000 kronor avsatta för ovan nämnda verksamhet. Då område ortopedi återtagit verksamheten från 1 januari 2017 föreslår vårdvalsnämnden att ovanstående summa bör följa med uppdraget och omfördelas till regionstyrelsens budget för 2017.

Förslag till beslut
Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Budgeten för ortopedi avseende bedömning av ryggar motsvarande 1 200 000 kronor överförs från vårdvalsnämndens budget till regionstyrelsens budget för 2017.

Expedieras till
Vårdvalsnämnden
Ekonomidirektör
Beställarchef

Beslutsunderlag
- Tjänsteskrivelse Omdisponering av budget för privata vårdgivare
- §28 Vårdvalsnämnden Omdisponering av budget för privata vårdgivare

48. Införande av möjlighet att ställa remisskrav för viss vård och behandling (RS/438/2017)

Ärendebeskrivning

Den 1 januari 2015 infördes Patientlagen (2014:821) vilket bland annat innebär att medborgarna har rätt att söka öppenvård vart man vill i Sverige. Som medborgare har man alltså rätt att söka öppenvård som bedrivs i ett annat landsting/region eller hos privat aktör som har avtal med något landsting/region, och som vårdgivare är du skyldig att ta emot patienter utanför det egna hemlandstinget. Om man söker vård utanför sitt hemlandsting får man som patient själv bekosta resor och eventuellt boende.

När ett besök görs hos en extern vårdgivare verksam i annat län än där man är folkbokförd och som har avtal med ett landsting/region förutsätts att man följer både vårdlandstinget och hemlandstingets regelverk för remisskrav för att få ersättning för utfört besök. Rätten att utfärda remissen har vårdgivare i samtliga landsting/regioner inklusive privata vårdgivare som har avtal med ett landsting eller region.

Om en privat vårdgivare har ett vårdavtal med ett landsting/region får de, enligt riksavtalet, inte själva fakturera ett hemlandsting för utomlänsbesök utan de ska fakturera de landsting/region som de har avtal med som i sin tur får fakturera hemlandstingen för utförd utomlänsvård. För Region Jämtland Härjedalen innebär det för närvarande att en tjänst på ca 20 % ägnar sig åt att fakturera hemlandsting för utomlänsbesök som är utförda hos privata aktörer som Region Jämtland Härjedalen har avtal med.

När regionfullmäktige år 2015 införde egen vårdbegäran (RS/219/2015) togs krav på läkarremiss bort som gör att patienterna i praktiken själva kan skriva sin remiss för att få vård och behandling inom den öppna vården vart som helst i Sverige. Detta har bland annat medfört att landstingen/regionerna fått minskad kostnadskontroll på vård som länets medborgare tagit del av från vårdgivare i andra delar av landet. För att få bättre kostnadskontroll återinför därför vissa landsting/regioner remisstvång för viss vård, se nuläge i beslutsunderlag. Man kan också göra jämförelsen med läkare på nätet som en privat aktör i Jönköping infört, där Region Jämtland Härjedalen inte har någon kostnadskontroll över besöken som länets medborgare genomfört där.

Det är alltid det medicinska behovet som ska styra men ibland kan hemlandstingen, som bekostar behandlingen, och den som utfärdar behandlingen ha olika uppfattning om det medicinska behovet och vid sådana åkommor kan det vara bra med tydliga remisser. Ett sådant exempel kan vara medicinsk fotvård där fotvårdaren gör en bedömning och läkaren/sjuksköterskan en annan.

Ibland kan Region Jämtland Härjedalen snabbt behöva upphandla privat vård eller köpa vård från andra landsting/regioner, exempelvis psykologutredningar och smärtbehandlingar vilket då öppnar upp för medborgare i hela Sverige att söka vård utifrån varje landsting/regions regelverk för remisskrav. För att vi och övriga vårdsverige ska få bättre kontroll föreslås därför att remisskrav återinförs för viss vård- och behandling och att regionstyrelsen får rätt att fatta beslut om för vilka åtgärder remisskrav inom öppen vård ska gälla. Remisskravet gäller såväl internt som externt.

Ärendet behandlades vid regionfullmäktiges sammanträde 25-26 april och återremitterades då till regionstyrelsen för komplettering. Ovanstående

ärendebeskrivning har nu kompletterats och en bilaga från SKL med redovisning av landstingens krav på remiss i öppen vård bifogas.

Förslag till beslut

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

1. Möjlighet att ställa krav på läkarremiss till viss vård och behandling inom öppen specialiserad hälso- och sjukvård införs från och med 2017-07-01.

2. Regionfullmäktige ger regionstyrelsen delegation på att fatta beslut om när och för vilka åtgärder läkarremiss återinförs för vård och behandling inom öppen specialiserad hälso- och sjukvård.

3. Rätten att utfärda egen vårdbegäran upphävs för vård och behandling som omfattas av punkten 2.

Expedieras till

Hälso- och sjukvårdsdirektör
Beställarchef
Upphandlingschef

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Införande av möjlighet att ställa remisskrav för viss vård och behandling
- Redovisning av landstingens krav på remiss i öppen vård

49. Förfrågningsunderlag Hälsoval Region Jämtland Härjedalen 2018 (RS/1044/2017)

Ärendebeskrivning

Hälsoval Jämtlands län infördes den 1 januari 2010 i enlighet med lagen om valfrihetssystem (LOV) med ett samlat åtagande för invånarnas behov av primärvård i länet. Vid regionbildningen 2015 byttes det till namnet Hälsoval Region Jämtland Härjedalen. Hälsovalet innebär att medborgarna har rätt att välja primärvård mellan de vårdgivare som regionen godkänt och tecknat avtal med. Genom det individuella valet av utförare följer en ersättning till vårdgivaren.

Regionfullmäktige beslutade vid mötet den 14-15 juni 2016 om förfrågningsunderlaget gällande 2017. Komplettering fastställdes av vårdvalsnämnden den 10 november 2016. Region Jämtland Härjedalen beslutar årligen i juni månad om villkorsförändringar som ska träda i kraft den 1 januari efterföljande år.

Förslag till förändringar inför 2018 redovisas i beslutsunderlag. I förfrågningsunderlaget med bilagor redovisas dokument för uppdraget som ska uppfyllas för att få vara en del av i Hälsoval Region Jämtland Härjedalen.

Vårdvalsnämnden behandlade ärendet 2017-05-11, § 22 och föreslår att

1. Förändringar i förfrågningsunderlaget Hälsoval Region Jämtland Härjedalen 2018 (VVN/6/2017) med bilagor fastställs.

2. Eventuella kompletteringar och ytterligare justeringar uppdras till vårdvalsnämnden att fatta beslut om i november 2017.

Förslag till beslut

1. Regionstyrelsen tillstyrker vårdvalsnämndens förslag.

2. Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

   Vårdvalsnämnden får i uppdrag att tillsammans med regionstyrelsen se över förfrågningsunderlaget inför 2019 för att undersöka möjligheterna att ytterligare stimulera primärvårdens utveckling som styrande i regionens sjukvårdssystem.

Expedieras till

Regionfullmäktige

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Förfrågningsunderlag
- §22 Vårdvalsnämnden Förfrågningsunderlag Hälsoval Region Jämtland Härjedalen 2018
- Förfrågningsunderlag Hälsoval Region Jämtland Härjedalen 2018
- Bilaga 1. Listningsregler

50. Vårdval medicinsk fotvård 2018 (RS/1045/2017)

Ärendebeskrivning

Vårdval medicinsk fotvård infördes den 1 januari 2013 i enlighet med lagen om valfrihetssystem (LOV) vilket innebär att vårdgivare som ska utföra fotvårdsbehandling på remiss kan ansluta sig och få ersättning från regionen. Regionfullmäktige beslutade den 19 oktober 2016 om förfrågningsunderlaget för 2017 (VVN/17/2016).

Region Jämtland Härjedalen beslutar årligen om villkorsförändringar som ska träda i kraft den 1 januari efterföljande år. Förslag till kommande förändringar redovisas i beslutsunderlag.

Vårdvalsnämnden behandlade ärendet den 11 maj, § 23 och föreslår regionfullmäktige:

1. Förfrågningsunderlag Vårdval medicinsk fotvård 2018 (VVN/8/2017) fastställs.

2. Eventuella kompletteringar och ytterligare justeringar uppdras till vårdvalsnämnden att fatta beslut om i november 2017.

Förslag till beslut

Regionstyrelsen tillstyrker vårdvalsnämndens förslag.

Expedieras till

Regionfullmäktige

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Medicinsk fotvård
- §23 Vårdvalsnämnden Vårdval medicinsk fotvård 2018
- Förfrågningsunderlag Vårdval medicinsk fotvård 2018

51. Vårdval barn- och ungdomstandvård 2018 (RS/1046/2017)

Ärendebeskrivning

Vårdval barn- och ungdomstandvård infördes 1 januari 2014 enligt Lagen om valfrihetssystem (LOV). Regionfullmäktige beslutade den 14-15 juni 2016 om förfrågningsunderlaget gällande 2017 (VVN/9/2016). Region Jämtland Härjedalen beslutar årligen i juni månad om villkorsförändringar som ska träda i kraft den 1 januari efterföljande år.

Med anledning av förslaget i budgetpropositionen om en höjning av åldersgränsen för kostnadsfri tandvård upp till 22 år från 1 januari 2018 behöver justeringar göras. Förslag till förändringar redovisas i beslutsunderlag.

Vårdvalsnämnden behandlade ärendet den11 maj, § 24 och föreslår regionfullmäktige

1. Förändringar i förfrågningsunderlaget Vårdval barn- och ungdomstandvård 2018 (VVN/9/2017) fastställs.

2. Eventuella kompletteringar och justeringar uppdras till vårdvalsnämnden att fatta beslut om i november 2017.

Förslag till beslut

Regionstyrelsen tillstyrker vårdvalsnämndens förslag.

Expedieras till

Regionfullmäktige

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Barn- och ungdomstandvård
- §24 Vårdvalsnämnden Vårdval barn- och ungdomstandvård 2018
- Förfrågningsunderlag 2018 Allmäntandvård för barn och ungdomar

52. Översyn av kulturpolicy för Jämtlands län (RS/990/2017)

Ärendebeskrivning

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

Regionfullmäktiges presidium har ansvar för att se till att beslutade policys hålls aktuella. I en översyn som presidiet har gjort över regionens policyer konstaterades

att ett antal policyer borde kunna tas bort. En av de policyerna är kulturpolicy för Jämtlands län som fastställdes av landstingsfullmäktige den 23 juni 2010, § 124.

I Kulturpolicyn återfinns riktlinjer för hur länets kommuner och landsting (numera Region Jämtland Härjedalen) vill utveckla länet inom kulturområdet. Dessa frågor hanteras numera i den länsgemensamma kulturplanen som gäller för åren 2015-2018, som fastställdes i dåvarande Regionförbundet den 6 oktober 2014. Planen är en regional handlingsplan för utveckling av och genom kultur som tar sin utgångspunkt i kulturens egenvärde och beskriver länets kulturpolitiska ambitioner under perioden. Utifrån det är den Kulturpolicy som fastställdes 2010 inaktuell och kan tas bort.

Förslag till beslut
Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Kulturpolicy för Jämtlands län tas bort

Expedieras till
Chef för område kultur

Beslutsunderlag
- Tjänsteskrivelse om kulturpolicy
- Kulturpolicy Jämtl län

53. Reviderad förbundsordning Kommunalförbundet Svenskt ambulansflyg (RS/1219/2017)

Ärendebeskrivning
På regionfullmäktige 2015-06-16--17 fattades beslut att Region Jämtland Härjedalen bildar Kommunalförbundet Svenskt ambulansflyg (KSA) tillsammans med övriga landsting/regioner i Sverige och förslaget till förbundsordning antas.

Förbundets ändamål är att för medlemmarna tillhandahålla ambulansflyg. Förbundets syfte är att effektivisera ambulansflyg för att öka patientnyttan och patientsäkerheten genom samordning av gemensamma resurser. Förbundet har sitt säte i Umeå.

På KSAs förbundsfullmäktige 2017-04-06 beslutades att förslag till reviderad förbundsordning fastställs och att uppdra till förbundsstyrelsen att skyndsamt förankra den reviderade förbundsordningen hos medlemmarna. Beskrivning av ändringarna finns i bilaga ”Beskrivning av ändringar i reviderad förbundsordning”.

Förslag till beslut
Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Reviderad förbundsordning för Kommunalförbundet Svenskt ambulansflyg antas.

Expedieras till
Helena Edström
Bo Carlbark
Kommunalförbundet Svenskt ambulansflyg

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Reviderad förbundsordning för KSA
- Förbundsordning Revision01_20170406
- Beskrivning av ändringar i reviderad förbundsordning
- Protokoll förbundsfullmäktige KSA 20170406

54. Regeländring färdtjänst (RS/983/2017)

Ärendebeskrivning

Ett samarbetsavtal finns mellan Region Jämtland Härjedalen (i egenskap av regional kollektivtrafikmyndighet RKM) och kommunerna Bräcke, Ragunda, Berg, Härjedalen, Krokom och Åre om samordning av samhällsbetalda resor.
Avtalet omfattar ett gemensamt regelverk för resor med färdtjänst. I avtalet ges RKM uppdraget att besluta om regeländringar. Uppdragsavtal § 4 och bilaga 4.

Färdtjänst är en kompletterande kollektiv transportform, och bygger på att resor med särskild kollektivtrafik samordnas. Färdtjänst är primärt till för färdtjänstinnehavaren, ledsagare beviljas om det krävs för att den färdtjänstberättigade ska kunna genomföra sin resa. Ledsagare regleras i lagstiftningen.

Medresenär samt egna barn är begrepp som inte återfinns i Lagen om färdtjänst, och det föreligger ingen skyldighet enligt lag att medge transport för dessa. I samarbetsavtalets regelverk finns dock regler för medresenär som ger eget barn rätt att få resa med den färdtjänstberättigade under vissa betingelser.

I regelverket under rubriken Ledsagare/medresenär finns en hänvisning till den allmänna kollektivtrafiken bestämmelser beträffande ”egna barn”, som förutom att vara otydlig dessutom är inaktuell.

Samrådsgruppen för särskild kollektivtrafik, där samtliga berörda kommuner har representanter, har vid sitt möte 20 januari 2017 initierat en ny tidsenlig tolkning och förtydligande av dessa regler för färdtjänsten.

Ny lydelse för hela stycket föreslås bli enligt nedan:
Ledsagare/medresenär
Ledsagare: Om den färdtjänstberättigade har behov av hjälp under resan, kan tillstånd beviljas för ledsagare utan extra kostnad för den enskilde.

Medresenär: Den som inte har tillstånd till ledsagare kan ta med sig en medresenär på färdtjänstresan. Medresenären betalar färdtjänsttaxa.

Eget barn 0-6 år: Utöver ovanstående får ett eget barn medfölja under färdtjänstresan, barnet är avgiftsbefriat.

Principen för färdtjänsttaxan framgår i bifogat uppdragsavtal om samordning av samhällsbetalda resor. Färdtjänsttaxan ska vara ca 150 % av Länstrafikens kontanttaxa. I Länstrafikens kontanttaxa har barn och ungdomar t o m dagen de fyller 20 år 50 % rabatt på vuxenpriset, innebärande att barn och ungdomar har

motsvarande rabatt i färdtjänsttaxan.

Regionala utvecklingsnämnden behandlade ärendet 2017-05-09, § 85 och föreslår regionfullmäktige:
Regler för ledsagare och medresenär i Uppdragsavtal om samordning av samhällsbetalda resor i Jämtlands län, bilaga 4 ska ha följande lydelse:

1. Ledsagare: Om den färdtjänstberättigade har behov av hjälp under resan, kan tillstånd beviljas för ledsagare utan extra kostnad för den enskilde.
2. Medresenär: Den som inte har tillstånd till ledsagare kan ta med sig en medresenär på färdtjänstresan. Medresenären betalar färdtjänsttaxa.
3. Eget barn 0-6 år: Utöver ovanstående får ett eget barn medfölja under färdtjänstresan, barnet är avgiftsbefriat.
4. Ändringarna träder i kraft den 1 juli 2017.

Förslag till beslut
Regionstyrelsen tillstyrker regional utvecklingsnämndens förslag.

Expedieras till
Regionfullmäktige

Beslutsunderlag
- Tjänsteskrivelse regeländring färdtjänst
- §85 Regionala utvecklingsnämnden Regeländring färdtjänst
- Undertecknade avtal

55. Bussgodsorganisation i Norr (RS/1028/2017)

Ärendebeskrivning
Hösten 2016 gavs uppdrag från presidierna i de regionala kollektivtrafikmyndigheterna och Länstrafikbolagen i norrlandslänen (Västerbotten, Norrbotten, Västernorrland och Jämtland) att presentera en möjlig gemensam organisation för bussgods. Utredningen togs fram av RKM och Länstrafikbolagen i norrlandslänen. Regionala utvecklingsnämnden beslöt 2016-12-31 § 184 att ställa sig positiv till utredningens förslag om att bilda ett gemensamt aktiebolag för bussgods i Norrbottens, Västerbottens, Västernorrlands och Jämtlands län, och att Region Jämtland Härjedalen förvärvar 25 % av aktierna i det gemensamma bolaget.

Regionala utvecklingsnämnden beslöt 2017-02-27 § 28 att Länstrafiken i Jämtlands län AB ska äga länets aktier i det planerade bolaget för bussgodsverksamhet och att Region Jämtland Härjedalen utser ledamöter till bolagets styrelse, beslutar om bolagsordning, ägardirektiv och andra principiella frågor.

Arbetet med att bilda det gemensamma bolaget fortskrider. Ett första steg är att Länstrafiken i Jämtlands län AB köper 25 % av aktierna i Bussgods Västerbotten AB (som sedan kommer att bli det gemensamma bolaget och byta namn). Köpeskillingen uppgår till 102 250 kr. Värderingen är gjord av Ernest & Young enligt substansvärdesmetoden.

Bussgods Västerbotten AB kommer sedan att köpa bolagen Bussgods Norrbotten AB och Bussgods Västernorrland AB och införliva bussgodsverksamheten i Jämtland i

bolaget innan årsskiftet 2017/2018.

För att bolaget ska ha erforderligt rörelsekapital ska varje delägare tillskjuta 1 000 000 kr i aktietillskott och lämna borgen för en checkkredit om 2 500 000 kr.

Styrdokumenten bolagsordning, aktieägaravtal och ägardirektiv har tagits fram i samverkan mellan de berörda parterna.

Länstrafiken i Jämtlands län AB har fattat erforderliga beslut.

Regionala utvecklingsnämnden behandlade ärendet 2017-05-09, § 86 och föreslår regionfullmäktige:

1. Godkänna att Länstrafiken i Jämtlands län AB köper 25 % av aktierna i Bussgods Västerbotten AB till ett värde av 102 250 kronor
2. Godkänna att Bussgods Västerbotten AB köper Bussgods Norrbotten AB och Bussgods Västernorrland AB
3. Länstrafiken i Jämtlands län AB tillskjuter 1 000 000 kr i aktieägartillskott
4. Länstrafiken i Jämtlands län AB går i borgen för en checkkredit om 2 500 000 kr
5. Godkänna styrdokumenten bolagsordning, ägardirektiv och aktieägaravtal för det blivande bolaget.

Förslag till beslut
Regionstyrelsen tillstyrker regionala utvecklingsnämndens förslag.

Expedieras till
Regionfullmäktige

Beslutsunderlag
- Tjänsteskrivelse Bussgodsorganisation i Norr
- §86 Regionala utvecklingsnämnden Bussgods i Norr AB
- Styrelsebeslut Länstrafiken om Bussgods i Norr AB 170410
- Missiv Gemensamt Bussgods
- Aktieägaravtal Bussgods Norr AB
- Ägardirektiv Bussgods i Norr AB
- Bolagsordning Bussgods i Norr AB

56. Kulturpris till Peterson-Bergers Minne (RS/1025/2017)

Ärendebeskrivning
Region Jämtland Härjedalens Kulturpris till Peterson-Bergers minne har utdelats sedan 1990 och skall ges till personer eller grupper som är verksamma inom Jämtlands län eller genom sin konstnärliga verksamhet eller personliga bakgrund har nära anknytning till länet. Kulturpriset skall ses som ett erkännande för en kulturell- eller konstnärlig gärning och tilldelas en professionell aktör som haft stor betydelse för länets kulturliv, ha medverkat i att utveckla länets konst- och kulturliv och i sin gärning visat prov på högtstående konstnärskap. Utlysning har skett genom annons i länets båda dagstidningar, genom utskick samt på regionens hemsida. Fem nomineringar har inkommit. Beredningen av ärendet har skett i nära samråd med de

regionala kulturverksamheterna och efter bedömning av representanter från regionens kulturskaparsamråd. Kulturpriset omfattar 30 000 kronor och finansieras inom Kulturens ram. Utdelning av priser och stipendier sker under ett offentligt arrangemang i samarbete med Gaaltije under Yranveckan.

Regionala utvecklingsnämnden behandlade ärendet 2017-05-09, § 74 och föreslår regionfullmäktige

1. Drejeriet utses till pristagare av Region Jämtland Härjedalens Kulturpris till Peterson-Bergers minne
2. Motiveringen för priset antas
3. Utdelning av priset sker på Gaaltije under Yranveckan.

Förslag till beslut
Regionstyrelsen tillstyrker regionala utvecklingsnämndens förslag.

Expedieras till
Regionfullmäktige

Beslutsunderlag
- Tjänsteskrivelse Kulturpris till Peterson-Bergers Minne
- §74 Regionala utvecklingsnämnden Kulturpris till Peterson-Bergers Minne 2017
- Förslag till motivering för Kulturpris 2017
- Nomineringsförteckning_kulturpris_2017

57. Kulturstipendium till Peterson-Bergers Minne (RS/1026/2017)

Ärendebeskrivning
Region Jämtland Härjedalens Kulturstipendium till Peterson-Bergers minne har utdelats sedan 1966 och skall ges till personer eller grupper som är verksamma inom Jämtlands län eller genom sin konstnärliga verksamhet eller personliga bakgrund har nära anknytning till länet. Stipendiet ska uppmuntra kulturutövare upp till 30 år i deras utveckling och framtida verksamhet och kan sökas för stimulans, utbildning eller förkovran. Stipendiet brukar tilldelas fem personer. Utlysning har skett genom annons i länets båda dagstidningar, genom utskick samt på regionens hemsida. 10 ansökningar har inkommit varav 6 från kvinnor och en majoritet inom scenkonstområdet. Några av de sökande har genomgått, är upptagna av eller är på väg in i högre konstnärliga utbildningar. De flesta har lämnat arbetsprover och intyg. Föreslagna stipendiater har ursprung och anknytning till länet och bör uppmuntras att utveckla och förkovra sig inom teater och dramatik, musik och konsthantverk samt till ett fortsatt kulturskapande av hög kvalitet. Beredningen av ärendet har skett i nära samråd med de regionala kulturverksamheterna. För kulturstipendierna avsätts totalt 50 000 kr inom Kulturens ram. Utdelning av priser och stipendier sker under ett offentligt arrangemang i samarbete med Gaaltije under Yranveckan.

Regionala utvecklingsnämnden behandlade ärendet 2017-05-09, § 75 och föreslår regionfullmäktige

1. Johanna Nestor, Manne Hedén, Frida Hagman, Emma Löfström och Rebecka Öberg utses till stipendiater av Region Jämtland Härjedalens Kulturstipendium till Peterson-Bergers minne.
2. Utdelning av priset sker på Gaaltije under Yranveckan.

Förslag till beslut
Regionstyrelsen tillstyrker regionala utvecklingsnämndens förslag.

Expedieras till
Regionfullmäktige

Beslutsunderlag
- Tjänsteskrivelse Kulturstipendium till Peterson-Bergers Minne
- §75 Regionala utvecklingsnämnden Kulturstipendium till Peterson-Bergers Minne 2017
- Ansökningsförteckning_kulturstipendier_2017

58. Samiskt stipendium 2017 (RS/1027/2017)

Ärendebeskrivning
Region Jämtland Härjedalens Samiska stipendium inrättades 1999 efter förslag från Samernas Riksförbund (SSR). Stipendiet ska tilldelas från länet bördig eller i länet verksam person som medverkat till att bevara och föra vidare det sydsamiska kulturarvet. 2009 utdelades inget samiskt stipendium då ingen sökte eller nominerades. Utlysning har skett genom annons i länets båda dagstidningar, genom utskick till institutioner, organisationer och kommuner samt på regionens hemsida. Tre nomineringar har inkommit. Beredningen av ärendet har skett i samverkan med Regionens Samiska samråd. Föreslagen stipendiat bör uppmuntras för sitt breda arbete med att sprida det sydsamiska kulturarvet genom att ge barn och unga möjligheten att ta del av den samiska kulturen och det sydsamiska språket. Stipendiet är på 10 000 kronor och finansieras inom Kulturens ram. Utdelning av priser och stipendier sker under ett offentligt arrangemang i samarbete med Gaaltije under Yranveckan.

Regionala utvecklingsnämnden behandlade ärendet 2017-05-09, § 76 och föreslår regionfullmäktige

1. Madeleine Renhuvud utses till stipendiat av Region Jämtland Härjedalens Samiska stipendium.
2. Utdelning av priset sker på Gaaltije under Yranveckan.

Förslag till beslut
Regionstyrelsen tillstyrker regionala utvecklingsnämndens förslag.

Expedieras till
Regionfullmäktige

Beslutsunderlag
- Tjänsteskrivelse Samiskt stipendium 2017
- §76 Regionala utvecklingsnämnden Samiskt stipendium 2017
- Förteckning_samiskt_stipendium_2017

59. Svar på medborgarförslag från Eva-Lena Blom om tillagningskök på neonatalavdelningen (RS/1941/2016)

Ärendebeskrivning

Eva-Lena Blom har lämnat in ett medborgarförslag om att investera i ett enkelt tillagningskök på Neonatalavdelningen så att föräldrar, som ofta vistas längre tid på avdelningen, ska kunna tillaga egen mat på avdelningen.

Ärendet behandlades av regionstyrelsen 2017-01-25 § 25 och blev då återremitterat i avvaktan på hantering av fastighetsutvecklingsplan för sjukhuset.

Neonatalavdelningen på Östersunds sjukhus ligger på plan 8 i entréhuset (hus 4) tillsammans med barnavdelningen och bägge avdelningarna är mycket trångbodda. Frågan om att etablera ett kök på avdelningen har varit uppe många gånger tidigare utan att någon lösning kunnat presenteras.

Neonatalavdelningen disponerar en mycket liten yta och är extremt yteffektiv. Det finns inga möjligheter att lösa en föräldraköksfunktion inom den lokalyta som verksamheten disponerar idag och de alternativ som kan vara genomförbara är:

Förlägga verksamheten inom barnvårdavdelningens yta, som gränsar mot Neonatal
Om föräldraköket etableras inom barnvårdavdelningens verksamhetsyta skulle ett kontorsrum för kurator samt del av lekterapin påverkas. Ytan för lekterapin har tidigare minskat yta 2009 då neonatalavdelningen byggdes ut. Lekterapin är en viktig funktion på barnavdelningen för alla patienter som är inlagda och deras anhöriga som kommer på besök. Bassestiftelsen har genom åren satsat mycket på att miljön på terapin skall vara stimulerande och välgörande för tillfrisknandet av våra barnpatienter. Skall verksamhetsytan på lekterapin behållas eller återskapas till ursprunglig storlek som före ombyggnaden av Neonatalavdelningen blir det en omfattande ombyggnad och ännu svårare att hitta plats i sjukhuset för personal som hör till barnvårdavdelningen men inte får plats på plan 8.

Etablera ett kök någon helt annanstans inom sjukhuset
Etableras ett kök på någon helt annan plats inom sjukhuset visar erfarenheter från andra sjukhus att det inte används så mycket. Orsaken är att föräldrarna kommer långt från barnen under matstunden alternativt tar med sig barnen till köket som då utsätts för stor smittorisk som inte är bra för deras ofta svaga immunförsvar. Det skulle också kräva att annan verksamhet måste flyttas.

Att verksamheten bjuder föräldrarna på mat som får ätas på respektive vårdrum.
Att bjuda föräldrarna på mat från köket som får ätas på respektive vårdrum är möjligt men relativt kostsamt. Avdelningen har beräknat kostnaden till ca 800 000:- per år.

Att bygga ut huvudentrén med tre våningar som, förutom detta problem, även skulle lösa flera lokalproblem i hus 4 på plan 6 till 8.
En utbyggnad av huvudentrén ingår i det långsiktiga planen för att utveckla sjukhuset. Detta utbyggnadsförslag är oberoende av övriga förändringar i

fastighetsutvecklingsplanen och tekniskt möjlig att genomföra men bör beslutas som en del i fastighetsutvecklingsplanen.

Av de alternativ som beskrivs ovan är det sista, att bygga ut huvudentrén, den långsiktigt bästa lösningen för att etablera ett tillagningskök på neonatalavdelningen. Detta ska prioriteras när fastighetsutvecklingsplanen utformas.

Förslag till beslut
Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

1. Regionstyrelsen får i uppdrag att bevaka att förslaget om ett tillagningskök på neonatalavdelningen beaktas och prioriteras vid utformningen av fastighetsutvecklingsplan för sjukhuset.

2. Medborgarförslaget anses därmed besvarat.

Expedieras till
Eva-Lena Blom
Fastighetschef

Beslutsunderlag
- Förslag till beslut angående svar på medborgarförslag från Eva-Lena Blom om tillagningskök på neonatalavdelningen
- Bilaga Ritning över neonatalavdelningen
- Medborgarförslag från Eva-Lena Blom om Tillagningskök på neonatalavdelningen
- §25 Regionstyrelsen Svar på medborgarförslag från Eva-Lena Blom om tillagningskök på neonatalavdelningen

60. Svar på medborgarförslag från Elin Hemmingsson om resurserna till logopedmottagningen (RS/136/2017)

Ärendebeskrivning
Elin Hemmingsson har lämnat in ett medborgarförslag om att barn med uttalssvårigheter ska få gå kvar på logopedmottagningen även när de börjar årskurs ett och att utöka resurserna till logopedmottagningen så att det finns tillgång till logopeder inriktade mot skolåldern.

I Region Jämtland Härjedalen upphör logopedmottagningens uppdrag för barn med språkstörning vanligen vid 6 års ålder. Region Jämtland Härjedalen skulle vilja utöka sitt åtagande gällande utredning av språkstörning hos barn till att gälla till och med årskurs 1. Efter utredning är det tänkt att pedagogiska insatser ska ges av elevhälsan/skolan i barnets hemkommun.

Ett utökat uppdrag enligt ovan kräver en personalutökning på logopedmottagningen vid Östersunds sjukhus. En utökning av tjänsteutrymmet med en logopedtjänst är upptagen i finansplanen för 2018 som behandlas av regionfullmäktige i juni 2017. Under förutsättning att detta antas kan Region Jämtland Härjedalen framöver erbjuda språkstöd till barn till och med årskurs ett.

I avvaktan på detta beslut kvarstår logopedmottagningens 6-årsgräns för utredning av barn med språkstörningar.

Förslag till beslut
Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Medborgarförslaget anses besvarat.

Expedieras till
Förslagsställaren Elin Hemmingsson
Chef Hälso- och sjukvårdspolitiska avd.

Beslutsunderlag
- Svar på medborgarförslag från Elin Hemmingsson
- Medborgarförslag från Elin Hemmingsson om resurserna till logopedmottagningen

61. Svar på medborgarförslag från Per Danielsson gällande förenkling av kommunikation med Region Jämtland Härjedalen (RS/506/2017)

Ärendebeskrivning
Per Danielsson skriver i ett medborgarförslag att ”man bör använda ny teknik för att underlätta kommunikationen med landstinget. Vid enklare ärenden borde det gå att lösa det genom enkla formulär/bokningskalendrar etc. för att underlätta för både kund och leverantör. Tid som annars ska spenderas i oändliga telefonköer kan lösas genom snabb kommunikation via app eller web.”

Hälso- och sjukvården i Region Jämtland Härjedalen erbjuder flera kontaktvägar med patienter och invånare bortsett från traditionell telefoni. Sedan flera år tillbaka finns en rad säkra e-tjänster där man på digital väg via dator, surfplatta eller mobiltelefon kan kontakta vården och få tjänster utförda, däribland avboka eller omboka tid. Man når dessa tjänster via www.regionjh.se eller via 1177 Vårdguiden och den regionala webbsidan på www.1177.se

De e-tjänster som är disponibla för våra invånare varierar från mottagning till mottagning men de vanligaste tjänsterna erbjuder kontakt med vårdgivare i form av frågor eller annan dialog, avbokning eller ombokning av tid, förnyelse av recept, önska tid, beställa klamydiatest, önskemål om egen vårdbegäran, läkarintyg mm. Ytterligare tjänster som vi räknar med blir tillgängliga till hösten är att kunna läsa sin egen journal via nätet samt beställa tid på sin hälsocentral eller mottagning via en webbtidbok. Flera hälsocentraler erbjuder även vårdmöten på distans.

På 1177 Vårdguiden finns också instruktionsfilmer om ovan nämnda e-tjänster, enkla beskrivningar hur man exempelvis loggar in om man känner sig osäker på tillvägagångssätt. Man kan även lämna synpunkter på de tjänster som finns.

Förslag till beslut
Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Medborgarförslaget anses besvarat.

Expedieras till
Förslagsställaren
Kommunikationschef
IT-chef

Beslutsunderlag
- Svar medborgarförslag från Per Danielsson
- Medborgarförslag från Per Danielsson gällande förenkling av kommunikation med Region Jämtland Härjedalen

62. Svar på medborgarförslag från Leif Hansson, om att tillskapa en aktiv uremienhet med sex behandlingsplatser förlagda till Strömsund (RS/651/2017)

Ärendebeskrivning
Leif Hansson har lämnat in ett medborgarförslag om att tillskapa en aktiv uremienhet med sex behandlingsplatser förlagda till Strömsund. Som grund för sitt förslag har bifogats en utredning där förslagsställaren lyfter fram mänskliga, ekonomiska och medicinska fördelar med en dialysenhet i Strömsunds kommun. Utredningen bifogas detta svar.

Region Jämtland Härjedalen har vid flertalet tillfällen utrett huruvida en dialysenhet i Strömsund skulle vara möjlig. Samtliga utredningar har kommit fram till att det inte är ekonomiskt fördelaktigt att bygga en dialysenhet i Strömsund utifrån den kostnadsökning på drygt 800 000 kronor (exkl. kostnader för ombyggnationer) det skulle innebära. Det skulle även medföra stora svårigheter att uppnå en god patientsäkerhet utifrån bemanningsläge i Strömsund och vid de tillfällen då något händer som medför att patienten ändå måste åka till Östersund.

Sammantaget bidrar detta till att Region Jämtland Härjedalen inte förordar medborgarförslaget. Som tidigare utredningar visat är hemdialys, alternativt ett dialysrum vid hälsocentralen det som regionen förordar.

Förslag till beslut
Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Medborgarförslaget avslås.

Expedieras till
Förslagsställaren Leif Hansson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Svar på medborgarförslag från Leif Hansson, om att tillskapa en aktiv Uremienhet med sex behandlingsplatser förlagda till Strömsunds kommun
- Svar på medborgarförslag från Leif Hansson, om att tillskapa en aktiv Uremienhet med sex behandlingsplatser förlagda till Strömsunds kommun
- Medborgarförslag från Leif Hansson, om att tillskapa en aktiv Uremienhet med sex behandlingsplatser förlagda till Strömsunds kommun
- Bilaga till medborgarförslag

63. Svar på motion från Elin Hoffner (V) om Storsjön som vattentäkt (RS/156/2017)

Ärendebeskrivning

Mot bakgrund av att ett bolag prospekterar för gruvbrytning av vanadin, med uran som biprodukt, i dagbrott i Bergs kommun har motionen inlämnats till Regionfullmäktige.

I motionen yrkar Vänsterpartiet Region Jämtland Härjedalen att regionen skyndsamt utreder vad omfattande borrningar och/eller en fullskalig gruvdrift skulle innebära för Storsjön som vattentäkt, samt att ett samarbete inleds med berörda kommuner.

Regionala utvecklingsstrategin för Jämtland Härjedalen har ett övergripande mål ”Ingen uranbrytning i Jämtlands län”. Samtliga kommuner i Jämtlands län har genom beslut i respektive kommunfullmäktige gjort ett ställningstagande mot uranbrytning. Storsjön utgör en viktig vattentäkt för kommunerna och för regionen varför en samverkan kring vattnets kvalitet och potentiella hot mot detta är angeläget.

Tillstånd för provborrning och/eller gruvdrift handläggs av Bergsstaten. Det ankommer på prospektören att redovisa vilka miljökonsekvenser som detta förväntas medföra.

I bilaga beskrivs mer om vad som kan behövas belysas mer i de fall en bearbetningskoncession inlämnas av prospektör till Bergsstaten.

Regionala utvecklingsnämnden behandlade ärendet 2017-05-09, § 69 och föreslår att regionfullmäktige avslår motionen.

Förslag till beslut

Regionstyrelsen tillstyrker regionala utvecklingsnämndens förslag.

Expedieras till

Regionfullmäktige

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Svar på motion från Elin Hoffner (V) om Storsjön som vattentäkt
- §69 Regionala utvecklingsnämnden Svar på motion från E Hoffner, Vänsterpartiet, om Storsjön som vattentäkt

- Motion från Elin Hoffner (V) om Storsjön som vattentäkt

64. Svar på motion från Elin Hoffner (V) om inköp av tåtrycksmätare (RS/157/2017)

Ärendebeskrivning

Elin Hoffner (V) har inkommit med en motion om att snarast utreda investering av en ny tåtrycksmätare. Motionären framhåller att den befintliga tåtrycksmätaren är gammal och inte ger tillförlitliga svar, vilket gör att många patienter idag remitteras till Västernorrlands läns landsting för att där ta om proverna.

Den tåtrycksmätare som idag finns vid Region Jämtland Härjedalen används för tåtryck, pulspletysmografi, momentan stasning vid venduplex samt vid venundersökningar. Tåtrycksmätning har i många fall avgörande betydelse för om man ska gå vidare med amputation eller om det finns tillräckligt höga blodtryck som talar för att sårläkning kan ske. Detta är en viktig undersökning på diabetespatienter där svårläkta sår till följd av dålig blodcirkulation är ett välkänt problem. Användningen av tåtrycksmätare ger en säkrare och bättre diagnostik. Verksamheten är medveten om att den befintliga tåtrycksmätaren är gammal och problem uppstår nu med läckande ventiler och slangar vilket innebär en stor risk för driftproblem. Ingen teknisk kompetens finns idag på MTA, förutom vid enkla slangbyten. Det rekommenderas att man vid fotsår hos diabetiker kompletterar den kliniska bedömningen med en kärlutredning inkluderande tåblodtrycksmätning (TBP) och/eller transkutan syrgasmätning (tcpO2). Det finns således ett behov av investering i en ny tåtrycksmätare.

Investeringsrådet har föreslagit att det ska avsättas medel för investering av ny tåtrycksmätare under 2018.

Förslag till beslut

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Motionen anses besvarad.

Expedieras till

Elin Hoffner (V)
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Beslutsunderlag

- Svar på motion från Elin Hoffner (V) om inköp av tåtrycksmätare
- Motion (ny omformulerad) från Elin Hoffner (V) om inköp av ny tåtrycksmätare

65. Informationer

1

Program för regionstyrelsen 30-31 maj 2017

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

2017-05-29

Program för styrelsen 30-31 maj 2017 NY

Tid: Tisdag 30 maj 8.30 – 15.10 Hörsalen - Öppet sammanträde
Onsdag 31 maj 8.30 – 17.00 Styrelserummet

Tisdag den 30 maj

08.30	**Regiondirektörens rapport** -Bemanningsprojektet - Planering inför sommaren - Öppna Jämförelser - Säker vård - Lägesrapport mobila närvårdsteamet - Styrmodellen – ny uppföljningsprocess	Ingela Jönsson Annika Jonsson Annica Sörensdotter A-K Lejonklou Anna Hestner Ingela Jönsson
09:30	*Paus*	
10.00	Tertialrapport per april 2017	Bo Carlbark
10.20	Regionplan 2018-2020	Ann-Marie Johansson Ingela Jönsson
10.40	Finansplan 2018-2020	Ann-Marie Johansson Bo Carlbark
11.00	Information om vindkraftverket	Jan-Åke Lindroth
11.20	Regionstyrelsens uppföljning om Integration	Anna Frisk Maria Berglund
11.40	Regionstyrelsens uppföljning om miljö, LUP Miljö Miljöbokslut 2016	Åsa Paletun
12.00	*Lunch*	
13.00	Uppsiktsplikt Samordningsförbundet	Mattias Holmetun
13.20	Ombyggnation av hälsocentralerna i Sveg och Funäsdalen	Jan-Åke Lindroth
13.40	Undantag från varumärkesstrategin gällande Länstrafiken	Gun R Kjellerstrand
14.00	Bussgodsorganisation Norr	Ruth Eriksson

14.20	Svar på granskning av produktions- och kapacitetsplanering	Ingela Eckerdal Kerstin A Thorell
14.40	Svar på remiss om Sjukpenning i avvaktan på slutligt beslut	Karin Jonsson
14.55	Uppdrag att analysera ökade skillnader i sjuktal mellan män och kvinnor	Malin B Edfeldt
15.10	Partigrupper	

Onsdag den 31 maj

08.30	**Regiondirektörens rapport** - Resultatförbättrande åtgärder - Tillgänglighetssiffror för Region Jämtland Härjedalen och Landstinget Västernorrland	Ingela Jönsson
09.00	Rapport över tillgångsförvaltning per april	Helena Edström
09.20	- Läkemedelsförsörjning 2020 - Uppdrag till ordförande att besluta om svar på remiss om kvalitet och säkerhet på apoteksmarknaden	Karin Lindgren
09:40	*Paus*	
10.00	Uppföljning av regionstyrelsens verksamhetsplan 2017	Ann-Marie Johansson
10.15	Uppsiktsplikt Jamtli	Jennie Eriksson
10.25	- Svar på remiss om rotavirusvaccination - Uppdrag till ordförande att svara på remiss om nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar - Svar på granskning av egenkontrollen – en del i patientsäkerhetsarbetet	Maria Omberg
10.55	Redovisning från konferenser, utskott mm	
11.10	Partigrupper	
12.00	*Lunch*	
14.00	Beslutsärenden	

Ca 17.00 Presskonferens

Offentligt sammanträde
Första dagens information till regionstyrelsen den 30 maj 2017 är offentlig. Allmänheten, media, fullmäktigeledamöter och medarbetare är välkomna att lyssna på föredragningar i frågor där regionstyrelsens fattar beslut eller där beslut går vidare till regionfullmäktige. Föredragningarna sker i Hörsalen på Östersunds sjukhus.

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

5

Tertialrapport april 2017

RS/1006/2017

2017-05-23

Ekonomi- och personalavdelningen
Jennie Eriksson
Tfn: 063-14 72 25
E-post: jennie.A.eriksson@regionjh.se

RS/1006/2017

Tertialrapport april 2017

Ärendebeskrivning

En tertialrapport per april 2017 om Region Jämtland Härjedalens verksamhet, ekonomi, räkenskaper och måluppfyllelse har upprättats.

Rapporten visar att det ekonomiska resultatet per april 2017 uppgick till -32,3 miljoner kronor. Nettokostnadsökningen till och med april var 5,5 procent, vilket är en försämring jämfört med utfallet i mars som då var 3,4 procent.

Bruttokostnaderna för perioden januari till och med april 2017 har ökat med 4,1 procent jämfört med samma period föregående år, då främst kostnader för bemanningsföretag och läkemedel. Kostnadsökningen är i princip oförändrade sedan mars månad. Intäkterna totalt sett har minskat med 2,3 procent jämfört med samma period föregående år. Det är minskade intäkter för försäljning av hälso-sjukvård som sänker totalen, då både patientavgifter exklusive tandvård och specialdestinerade statsbidrag ökat något.

Helårsprognosen har förbättrats till -170 miljoner kronor, efter besked om ökade läkemedelsbidrag på totalt 26,4 miljoner kronor. Likviditeten har förbättrats med 33,1 miljoner kronor sedan årsskiftet. Region har tagit upp lån på 40 miljoner kronor under denna period. Nyttjandet av bemanningsföretag fortsätter att öka för sjuksköterskor men har minskat marginellt för läkare jämfört med samma period föregående år.

Sjukfrånvaron hos medarbetarna ligger ackumulerat lägre än tidigare år.

Av regionstyrelsens aktiva mål inom område Samhälle har målet för minskning av sjukpenningtal uppnåtts men inte målet att barn och unga ska få ett första besök inom 30 dagar. För Patient har andelen vårdskador minskat och resultatet är bättre än uppsatt mål medan återinskrivningarna inte riktigt når målet. För Medarbetare har sjukfrånvaron minskat sedan föregående år och är nära uppsatt mål. Beroendet av bemanningsföretag fortsätter att öka. För Verksamhetsresultat uppnås varken målet för nettokostnadsförändringen eller vårdgarantin.

Regiondirektörens förslag

1. Tertialrapport april 2017 godkänns.

2. Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

   Information om Tertialrapport april 2017 läggs till handlingarna.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Bo Carlbark
Ekonomidirektör

Utdrag till

Ekonomidirektör

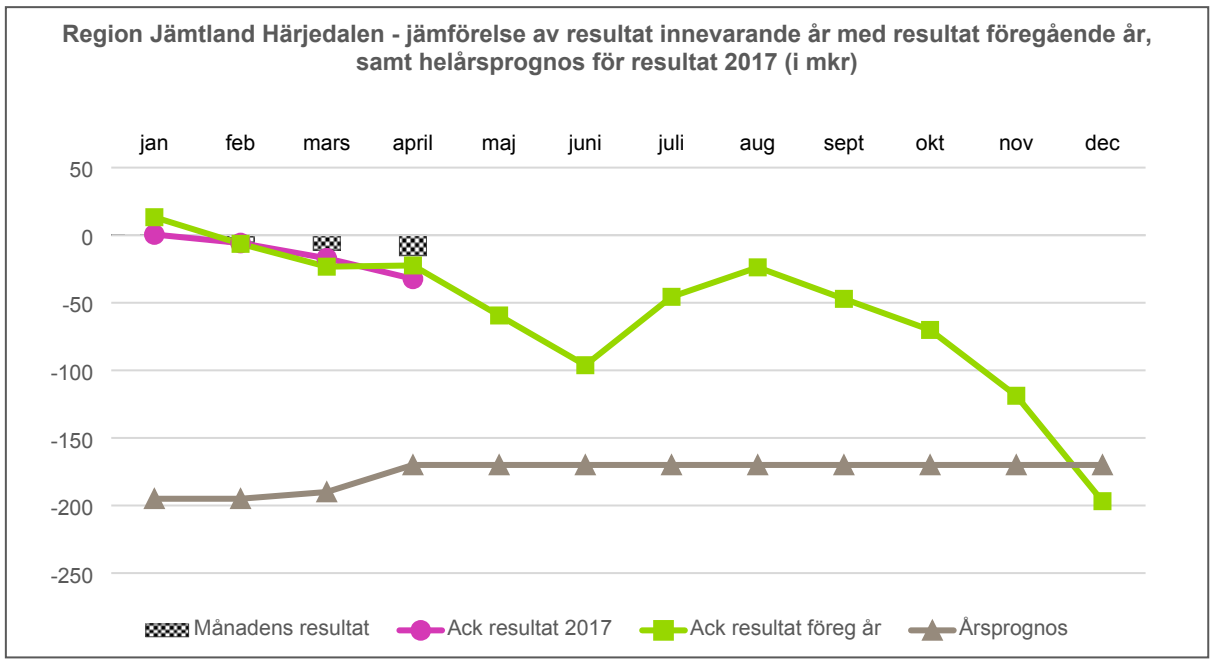
Tertialrapport april 2017

Region Jämtland Härjedalen

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Innehåll

Sammanfattning 3
Viktiga händelser januari till april 2017 4
Ekonomi 5
Finansiella målen i Finansplan 2017-2019 14
Räkenskaper 15
Måluppfyllelse strategiska mål 18
Medarbetare 23
Verksamhet inom hälso- och sjukvården 28



Sammanfattning

Verksamhet

Produktionen fortsätter att öka jämfört med 2016 inom öppenvården, både för läkarbesök och sjukvårdande behandling. Ökningen avser både kvinnor och män. Inom slutenvården sker istället än minskning. För att förbättra tillgängligheten till vården pågår arbetet med fortsatt implementering av arbetssättet produktions- och kapacitetsplanering enligt 5-stegsmodellen.

Med syfte att förbättra för patienter som söker akut vård att vara klara inom fyra timmar, pågår arbete med att se över akutens interna processer, förändrat arbetssätt genom att ersätta sekreterare i receptionen med sjuksköterska samt ombyggnation för snabbare flöden.

Måluppfyllelse

Samhällsperspektivet: Andelen barn och unga som får ett första besök inom 30 dagar uppnås inte. Däremot uppnås målet för minskning av sjukpenningtal hos länets medborgare.

Patientperspektivet: Andelen vårdskador har minskat och målet uppnåtts. Minskade återinskrivningar har inte uppnåtts till fullo men närmar sig målvärdet.

Medarbetarperspektivet: Den totala sjukfrånvaron har sjunkit från 7,2 till 6,5 procent, främst bland kvinnorna. Beroendet av bemanningsföretag ska minska, vilket det gör för läkare men fortsätter öka för sjuksköterskor.

Verksamhetsresultat: Nettokostnadsförändringen ska minska, men ökar jämfört med föregående år. Tillgängligheten ligger fortsatt under målnivån med förväntad variation över tid.

Ekonomiskt utfall

Det ackumulerade resultatet efter de första fyra månaderna 2017 visar ett fortsatt underskott och uppgick till -32,3 miljoner kronor.

Nettokostnadsutvecklingen till och med april 2017 var 5,5 procent, vilket innebär en försämring jämfört med utfallet förra månaden som då var 3,4 procent. I april 2016 erhöll Region Jämtland Härjedalen betydligt större belopp än normalt i olika specialdestinerade statsbidrag, den största delen kom från Migrationsverket, vilket till viss del förklarar den höga nettokostnadsutvecklingen. Justerat för detta blir nettokostnaden istället 4,6 procent.

I april i år kom besked från SKL om ökade läkemedelsbidrag med 26,4 miljoner på helår. Vilket förbättrat resultatet i april med 8,8 miljoner kronor. Detta påverkar dock inte nettokostnadsutvecklingen. Genom det utökade bidraget förbättras därför prognosen till -170 miljoner kronor.

Viktiga händelser januari till april 2017

Bemanningsprojektet

Ett gemensamt mål för samtliga landsting och regioner är att uppnå oberoende av bemanningsföretag senast 1 januari 2019. I mars beslutade regionstyrelsen att ansluta till det nationella projektet och satte mål för arbetet. Åtgärdsområden som lyfts fram som extra viktiga är rätt använd kompetens, karriärvägar med kompetenskort samt en förstärkning av sjuksköterskans första år. De prioriterade yrkesgrupperna att bli oberoende av inom Region Jämtland Härjedalen är distriktsläkare och sjuksköterskor på vårdavdelningar.

LOSUS

Projekt LOSUS (lagen om samverkan vid utskrivnings från sluten hälso- och sjukvård) är igång sen årsskiftet. Den nya lagen träder i kraft 1/1 2018. Målet är att i samverkan med länets kommuner nå en effektivare utskrivningsprocess där patienterna ska få en god övergång till annan vårdnivå.

OPUS 2020

Under 2016 genomfördes en genomlysning av framför allt kirurgkliniken men översiktligt hela området kirurgi/ögon/öron. Efter årsskiftet har förändringsarbetet påbörjats som ska fungera fullt ut år 2020. Ett genomgående tema är synkronisering av verksamheter, teamarbete och övergripande diskussioner kring rådande kulturer. Genomförandearbetet har fått namnet OPUS 2020 som betyder verk eller betydelsefullt alster.

Bussolyckan

Den 2:a april inträffade en bussolycka på E45 mellan Sveg och Fågelsjö. 59 personer fanns i bussen. I olyckan omkom tre barn, sex personer var svårt skadade och ett flertal var lindrigt skadade. Våra tankar går till familj, anhöriga och vänner till de drabbade. Den här typen av olyckor ställer oerhört höga krav på organisationen. Krav som vi kunnat leva upp till på ett bra sätt. Alla inblandade har samverkat på ett utmärkt sätt och bidragit med kompetens för att på bästa sätt hantera situationen och göra det så bra som möjligt för de drabbade.

Donationssal invigs

För två år sedan fick Region Jämtland Härjedalen nära 19 miljoner kronor i statligt bidrag för den avancerade operationssalen. Redan innan dess var Östersunds sjukhus ledande i landet dels på att spåra möjliga organdonatorer, dels på att förse ortopedkliniker i hela Sverige med rörben. De används bland annat vid tumörkirurgi och för att ersätta ben hos patienter med proteser som har lossnat. I och med att salen nu står klar stärker sjukhuset sin position som centrum för bendonationer.

Mobila närvårdsteamet

Mobila närvårdsteamet (MiNT) är igång sedan i mars. Teamet består av läkare och sjuksköterskor och har som uppdrag att förbättra vården för bland annat de äldre multisjuka, och ta hand om de mest sjuka patienterna. Arbetet sker i samverkan med länets kommuner och med primärvården och bekostas av medel från den så kallade professionsmiljarden. Själva teamet utgår från den specialiserade vården.

Digitala läkarbesök

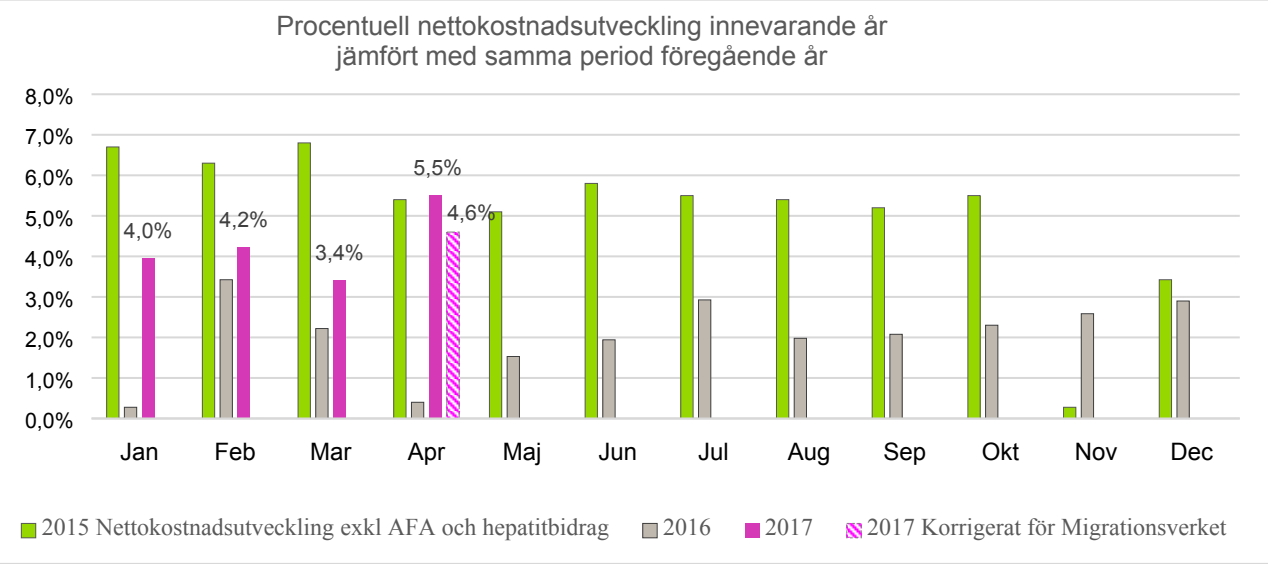
Sjukvård via nätet har ökat rejält i omfattning sista året. En del av våra regioninvånare har använt dessa tjänster. Kostnaden för detta är mer än 500 000 kronor sista året. Brunflo hälsocentral har under våren startat upp en egen nätläkarmottagning. Denna är i första fasen enbart riktad mot de som är listade på Brunflo och förmedlas efter telefonsamtal till distriktssköterska. Den digitala bedömningen kan kompletteras med provtagning eller analogt besök när så behövs. Det möjliggör en bättre patientsäkerhet.

Europeiska investeringsbanken

I april anordnades ett informationsevent tillsammans med Europeiska Investeringsbanken, EIB. EIB:s funktion är att ge regioner och företag jämförbara villkor. Syftet med eventet var att sprida information bland länets offentliga aktörer samt näringslivet. Eventet blev lyckat med nära 200 besökare.

Ekonomi

Utvecklingen av regionens ekonomi januari-april 2017



Regionen Jämtland Härjedalens ackumulerade resultat efter de första fyra månaderna 2017 visar ett fortsatt underskott som uppgick till -32,3 miljoner kronor.

Nettokostnadsutvecklingen till och med april 2017 var 5,5 procent, vilket innebär en försämring jämfört med utfallet förra månaden som då var 3,4 procent. I april 2016 erhöll Region Jämtland Härjedalen emot betydligt större belopp än normalt i olika specialdestinerade statsbidrag, den största delen kom från Migrationsverket, vilket till viss del förklarar den höga nettokostnadsutvecklingen. Detta påverkade förra årets resultat positivt med cirka 11 miljoner kronor. Justeras fjolårets nettokostnader med denna engångsintäkt så är nettokostnadsutvecklingen 4,6 procent, vilket är närmare utfallet i februari i år som då uppgick till 4,2 procent.

I april i år kom besked från SKL om ökade läkemedelsbidrag med 26,4 miljoner på helår. Vilket förbättrat resultatet i april med 8,8 miljoner kronor. Detta påverkar dock inte nettokostnadsutvecklingen eftersom bidrag inte redovisas som intäkt i bokföringen, men det gjorde däremot Migrationsverkets statsbidrag i fjol. Genom det utökade bidraget förbättras därför prognosen till -170 miljoner kronor, då även de resultatförbättrande åtgärderna från områdena beräknas ge effekt senare under året. Dock är nettokostnadens ökningstakt mycket oroväckande.

Verksamhetens bruttokostnader

Verksamhetens bruttokostnader fördelade sig enligt följande tabell:

Jämförelse perioden jan-april	2016	2017	Förändring	i %
Bruttokostnader totalt	**1 542,5**	**1 605,7**	**63,1**	**4,1 %**
Varav personalkostn exkl pensioner	719,5	741,4	21,9	3,0 %
Varav riks- och regionvård	112,6	110,1	-2,5	-2,2 %
Varav läkemedel	131,5	137,8	6,3	4,8 %
Varav sjukresor taxi	12,7	12,7	0,0	0,1 %
Varav bemanningsföretag	49,2	56,9	7,7	15,6 %

Bruttokostnaderna för perioden har ökat med 63,1 miljoner kronor jämfört med samma period 2016, motsvarande 4,1 procent. Även om kostnaderna fortsätter att öka, sker inte ökningen i lika hög takt som de första månaderna. Jämfört med mars är bruttokostnaderna i princip oförändrade. Målet för 2017 är att kostnaderna för bemanningsföretag ska minska ner till 2015 års nivå, men utfallet på 56,9 miljoner kronor visar att kostnaderna fortsätter att öka. Kostnader för läkemedel har ökat med 4,8 procent men kompenseras något tack vare det utökade läkemedelsbidraget. Kostnaderna för sjukresor är nu på samma kostnadsnivå som föregående år. En positiv trend är att kostnaderna för riks- och regionvård fortsätter att minska jämfört med samma period 2016.

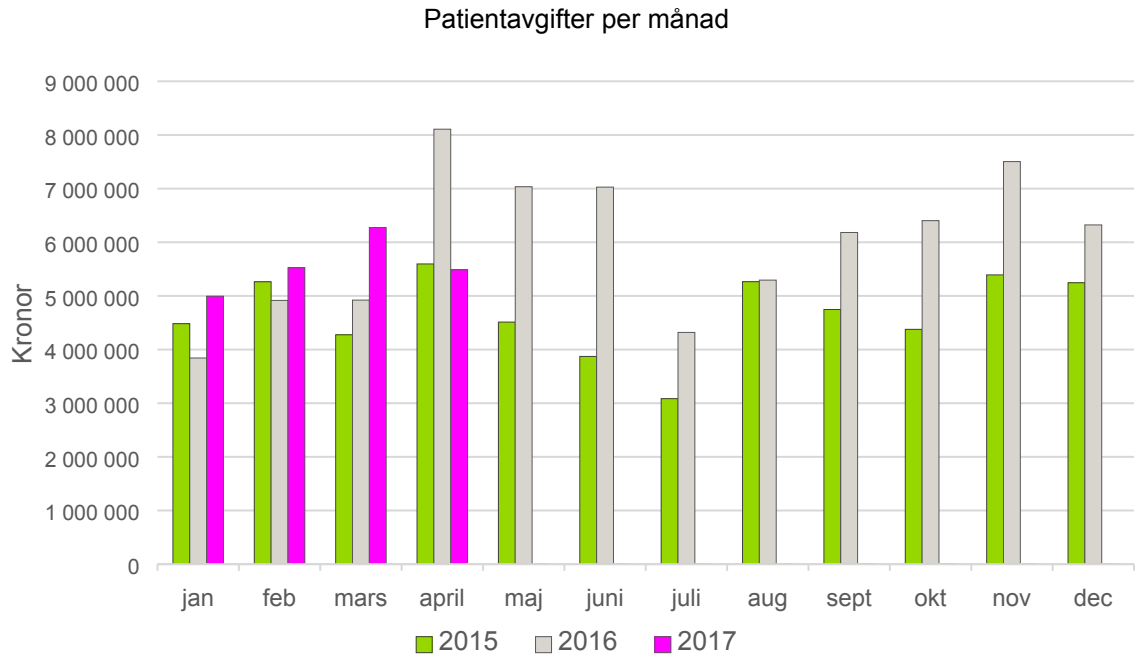
Verksamhetens intäkter

Verksamhetens intäkter fördelade sig enligt följande tabell:

Jämförelse perioden jan-april	2016	2017	Förändring	i %
Verksamhetens Intäkter totalt	**274,1**	**267,9**	**-6,2**	**-2,3 %**
Varav patientavgifter exkl tandvård	21,8	22,3	0,5	2,3 %
Varav specialdestinerade statsbidrag	90,2	93,2	2,9	3,2 %
Varav försäljning hälso- och sjukvård	91,3	86,5	-4,8	-5,3 %

Verksamhetens intäkter har minskat under perioden januari till och med april jämfört med samma period 2016. vilket delvis förklaras med bidraget från Migrationsverket som kom i april förra året. Beslut om höjda avgifter började gälla från april förra året, vilket då fick en stor positiv effekt. Försäljning av hälso- och sjukvård har minskat jämfört med föregående år.

Patientavgifterna exklusive tandvård är något högre än föregående år ackumulerat. Men patientavgifterna totalt har minskat jämfört med föregående månad. En orsak är att tandvården under de första fyra månaderna haft brist på personalresurser som lett till hårdare prioriteringar. Det innebär att vuxna betalande patienter är den grupp som prioriteras lägst enligt tandvårdslagen. Detta påverkar intäkterna för patientavgifterna under 2017 negativt med 0,7 miljoner kronor.



Kommentarer till ekonomiskt resultat från verksamheten 2016

Verksamhet i miljoner kronor, per förvaltning/nämnd	Utfall april 2017	Budget april 2017	Avvikelse ack utfall mot ack budget april 2017	Årsprognos april 2017 budget-avvikelse	Årsprognos mars 2017 budget-avvikelse
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen	**-897,2**	**-799,6**	**-97,6**	**-306,7**	**-291,8**
Regionala utvecklingsförvaltningen	**-105,6**	**-107,4**	**1,8**	**0**	**0**
Regionstaben	**-75,2**	**-85,3**	**10,1**	**0**	**-3,6**
Patientnämnden	-1,0	-1,0	0,0	0,0	0
Förtroendevalda politiker	-7,8	-8,3	0,5	0,0	0
Landstingsrevision	-1,6	-1,9	0,2	0,0	0
Vårdvalsnämnd	-216,1	-220,5	4,4	-1,6	-1,6
Gemensam IT-nämnd	-0,4	0	-0,4	0,0	0
Motsedda	-32,3	-80,156	47,8	87,1	80,1
SUMMA VERKSAMHET	**-1337,2**	**-1304,1**	**-33,2**	**-221,2**	**-216,8**
Finansförvaltningen	1305,1	1287,0	18,2	51,2	26,8
TOTAL AVVIKELSE MOT BUDGET REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN	**-32,1**	**-17,1**	**-15,0**	**-170,0**	**-190,0**

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Hälso- och sjukvårdsförvaltningens områden har förändrat prognosen jämfört med budget med 306,7 miljoner kronor. Avvikelserna beror främst på ökade kostnader för läkemedel, inhyrd personal och till viss del minskade intäkter. Även ökade riks- och regionvårdskostnader inom strokesjukvården. Kostnad för bilddiagnostik har ökat. Personalkostnaderna har ökat men främst inom de yrkeskategorier där det var förväntat, såsom undersköterskor, kuratorer och vårdnära service.

Den ökade kostnaden för läkemedel beror främst på läkemedel mot hepatit-C samt inom hjärtsjukvården. Kostnaden för läkemedel mot lungcancer och blodcancer har däremot minskat, vilket beror på variationer i flödet av nyinsjuknade.

Regionala utvecklingsförvaltningen

Det ekonomiska utfallet efter april är ett överskott på 1, 8 miljoner kronor. Nettokostnadsökningen jämfört med april 2016 uppgår till 3,2 procent. Utfallet under året varierar ofta på grund av att verksamheterna ser lite olika ut olika år. Medlen förbrukas inte i en jämn takt under året. Samtliga verksamhetsområden har en årsbudget i balans och förvaltningens helårsprognos på ett nollresultat ligger fast.

Regionstaben

Regionstabens utfall per april månad visar ett överskott på 10,1 miljoner kronor mot budget. Intäkterna är 25,7 miljoner kronor högre än budget, kostnaderna är 15,6 miljoner kronor högre än budget. Flyktinghälsovården har 7,7 miljoner kronor i onyttjade medel, sjukskrivning- och rehabprocessen 3,1 miljoner kronor vilket innebär att mestadels av överskottet återfinns under Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen.

Regionstaben påvisar ett 7,4 miljoner kronor sämre ack utfall mot samma period år 2016. Intäkterna är 13,3 miljoner kronor högre än 2016. Detta beror bland annat på att medel för nationella satsningar betalades ut i början av år 2017 till skillnad från kvartal 3 2016. Kostnaderna är 20,8 miljoner kronor högre än år 2016. Personalkostnaderna är 2,2 miljoner kronor högre än 2016. Flyktinghälsovårdens ökade kostnader bidrar till cirka 15 miljoner kronor av den totala kostnadsökningen.

De ökade övriga kostnaderna på 3,5 miljoner kronor återfinns främst hos IT- och e-hälsoavdelningen. Avdelningens kostnader är 2,6 miljoner kronor högre första tertialen 2017 mot motsvarande period 2016. COSMIC kundgrupp har beslutat avsätta medel för vidareutveckling av systemet. Budget 6 miljoner kronor har tillförts budgetramen från Motsedda. Kundgemensam utveckling av COSMIC ligger efter tidplan och utvecklingsobjekt från år 2016 har leveransgodkänts under 2017 och därmed nått betalpunkt. Kostnader för uppgradering COSMIC R8.1 vecka 19, har belastat resultatet t o m april. Total prognos för regionstaben är noll.

Patientnämnden

Totalt ses ett överskott på personalkostnader med 30 000 kronor. Överskottet beror till största delen på partiell tjänstledighet. 2016 sågs ett underskott vilket till viss del berodde på att underlag för utbetalning av arvoden kom in för sent och hamnade då på nästkommande år.

Kostnaderna för stödpersoner har ett underskott motsvarande 27 000 kronor. Från halvårsskiftet 2016 har skatt och arbetsgivaravgift tillkommit på omkostnadsersättningen. De senaste åren har stödpersonsresultatet haft ett underskott på personalkostnader vilket tyder på en underfinansiering.

Övriga kostnader har ett underskott på cirka 30 tkr. Fakturan för driften av VSP är betald som en engångssumma medan budgeten är periodiserad. Detta underskott kommer att räta ut sig över tid. Nettokostnadsutvecklingen ligger på 4 procent vilket är en minskning med 0,4 procent jämfört med 2016. Prognosen för 2017 beräknas ligga på noll.

Vårdvalsnämnden

Efter april har nämndens verksamheter ett överskott på 4,4 miljoner kronor. Helårsprognosen beräknas med ett underskott motsvarande 1,6 miljoner kronor på grund av ohanterad obalans i tilldelad ram.

Motsedda

Utfallet till och med april 2017 är 47,8 miljoner kronor bättre än budgeterat. En orsak är att prognosen för pensionskostnaderna är lägre är budgeterat. Budgeten för pensionerna grundar sig på Skandias prognos från augusti 2016.

Finansförvaltningen

I Finansförvaltningen redovisas Regionens skatteintäkter, generella statsbidrag från utjämningssystemet, läkemedelsbidrag samt finansiella intäkter och kostnader. Utöver detta redovisas även intäkter och kostnader för den pensionsplacering regionen gjort i vindkraft.

Utfallet t.o.m. april 2017 år 9,4 miljoner kronor bättre än budgeterat. Prognosen för läkemedelsbidraget är 51 miljoner kronor högre än budgeterat, vilket beror på eftersläpningar i avtalet. Budgeten för 2017 är baserad på 2015 års avtal eftersom 2016 års avtal inte var klart när budgeten 2017 beslutades.

Skatteintäkterna bedöms bli 18 mkr lägre än budgeterat medan de generella statsbidragen samt inkomst-och kostnadsutjämning är prognostiserade 18 miljoner kronor högre än budgeterat. Budgeten är baserad på SKL:s skatteunderlagsprognos från 2016. Påverkan av placeringar inom Vindkraftverket har endast marginellt påverkan av resultatet. Lämnad prognos efter april 2017 är 51,2 miljoner kronor bättre än budgeterat.

Resultatförbättrande åtgärder

Långsiktig utvecklingsplan (LUP)

Arbetet med paketen inom Långsiktigt utvecklingsplan LUP, fortsätter. Aktiviteter som sker är bland annat paket 2 Sjukresor, mål 5 miljoner kronor för helår 2017. Kostnaderna minskade första tertialet med 0,3 miljoner kronor

(-2,7 %). Utredning av sjukresor i egen regi pågår. Paket 14 Samverkan med kommunerna och gemensamma funktioner har måltidpunkt 2017, diskussioner är påbörjade. Paket 17 Minskad sjukskrivning, mål 2 miljoner kronor 2017 redan nu har sjukskrivningarna börjat minska.

Bemanningsprojekt

Primärvårdens satsningar för att minska nyttjande av hyrläkare har börjat visa sig i sjunkande kostnader. Under första kvartalet minskade primärvårdens kostnader för inhyrda läkare med 5 miljoner kronor (-19,4 %). Då kostnaderna för inhyrda läkare på flera av de övriga områdena ökade, blev den totala kostnadsminskningen för hyrläkare 2,2 miljoner kronor (-5,3 %).

Kostnaderna för inhyrda sjuksköterskor fortsatte att öka med 9,5 miljoner kronor (+152 %) det första tertialet 2017. Det systematiska och utbredda förbättringsarbete som just nu pågår på vårdavdelningar på Östersunds sjukhus har ännu inte börjat ge effekt. Detta förväntas ske under hösten 2017. Förbättringsarbetet innebär att arbetsuppgifter kartläggs och roller och ansvar tydliggörs. Syftet är renodla yrkesroller för sjuksköterskor och undersköterskor så att sjuksköterskor får fokusera på uppgifter där deras kompetens krävs. Kompetenskort för undersköterskor har tagits fram och undersköterskor får nu utbildning för att säkerställa den kompetens som krävs för att de ska kunna utföra nya arbetsuppgifter. Parallellt slutförs införande av karriärvägar för sjuksköterskor och framtagande av nya arbetstidsmodeller. Målet är att börja fasa ut inhyrda sjuksköterskor i slutet av 2017. I primärvården har beslut fattats att sluta nyttja inhyrda sjuksköterskor från och med den 1 juni.

OPUS 2020

Under maj till september 2016 genomfördes en genomlysning av framför allt kirurgkliniken men översiktligt hela området kirurgi/ögon/öron. Slutrapporten presenterade i november 2016. Efter årsskiftet har förändringsarbetet planerats och satts igång. Ett genomgående tema i alla workshops är synkronisering av verksamheter, teamarbete och övergripande diskussioner kring rådande kulturer. Genomförandearbetet har fått namnet OPUS 2020 som betyder verk eller betydelsefullt alster. Tidpunkten 2020 markerar när det nya arbetssättet ska fungera fullt ut. Projektet beräknas ge en besparing på 15 miljoner kronor för 2017.

Övriga resultatförbättrande åtgärder

Akuten har vidtagit åtgärden att IVA stänger ett rum med två vårdplatser när det inte finns tillräcklig bemanning men öppnar upp med övertidsarbete när behov uppstår. Även arbetet med standardisering fortsätter.
Aktiv personalplanering för att minska övertidstimmar pågår. Arbetet med att minska och bli oberoende av stafettläkarkostnaderna pågår inom område Psykiatri.

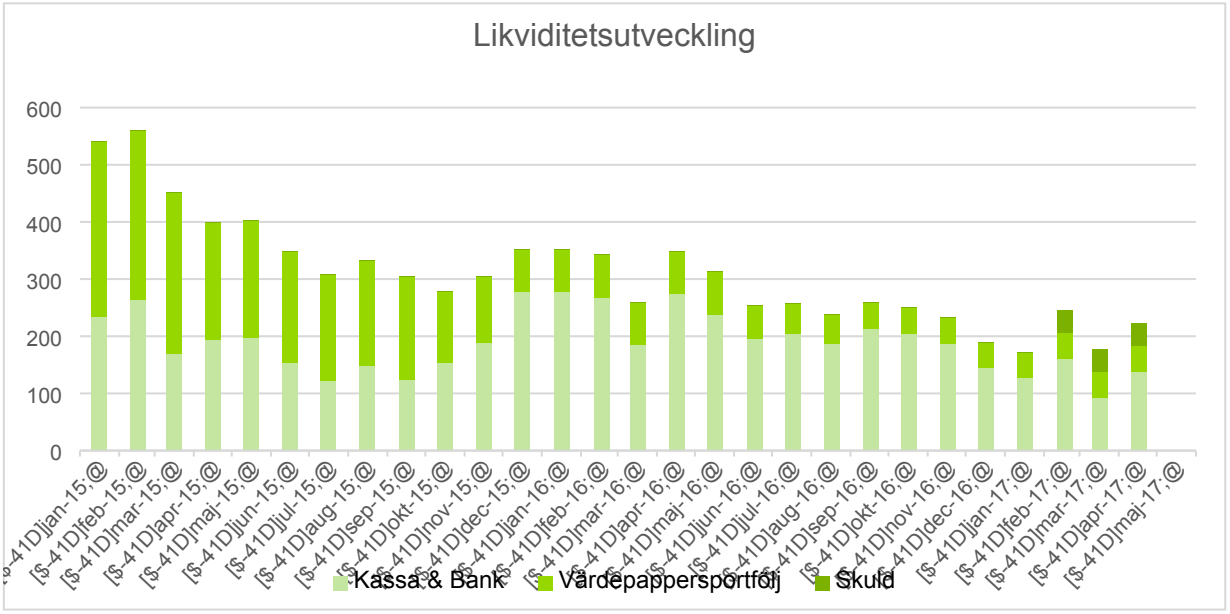
Inom primärvården är fokus fortsatt på att ersätta inhyrd personal med anställd personal. Beslut om stopp för inhyrning av sjuksköterskor har fattats och utfasning pågår.
Avtal med operatör för hemtagning av operationer från NUS. Inplanerat 16 operationer under 2017 på hemmaplan samt fortsatt granskning av inkommande riks- och regionvårdfakturor.

Förkortad introduktion för uppstart slutenvård BUP

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

Likviditetsutveckling

Likviditeten har förbättrats med 33,1 miljoner kronor sedan årsskiftet. Likviditeten har under denna period även förstärkts med ett lån från Kommuninvest på 40 miljoner kronor. Investeringarna till och med april uppgick till 34,6 miljoner kronor. Ytterligare upplåning på 40 miljoner kronor kommer att göras innan sommaren. Förbättringen jämfört med mars är till viss del kopplat till större engångsposter i mars. Den beslutade låneramen i Finansplanen är totalt 100 miljoner kronor innevarande år. Upplåningen ska användas för att finansiera investeringar i verksamheterna.



Investeringar

INVESTERINGAR	2015-04-30	2016-04-30	2017-04-30
Maskiner och Inventarier	21,8	19,7	6,5
Immateriella inventarier, Cosmic	32,7	0,0	0,0
Byggnader och Mark	12,3	9,6	14,4
Hjälpmedelscentralen	3,1	4,0	4,9
Pågående investering	5,3	3,7	8,8
Pågående investering från tidigare år*	-32,6	-7,7	-0,2
Totalt investerat, pågående och aktiverat	**42,6**	**29,2**	**34,6**

* Cosmic immateriell investering,pågick under 3 år, 2013-2015

Sammanställning av områdets investeringar

Regionfullmäktige har beslutat om ett investeringstak för 2017 om 96 miljoner. 31,8 miljoner avser fastighetsinvesteringar och 64,2 miljoner övriga investeringar, varav 36,6 miljoner för investeringar > 250 000 kronor, 10,6 miljoner för investeringar < 250 000 kronor, 5 miljoner i en central pott för haverier och 12 miljoner i en central pott för oförutsedda händelser.

Utfallet per april 2017 är 34,6 miljoner kronor varav 14,4 miljoner kronor avser fastighetsinvesteringar. Huvuddelen avser beslutade objekt år 2016 men genomförda 2017. 15,2 miljoner kronor avser övriga investeringar varav 2 miljoner kronor beslutade år 2016. Utfallet för hjälpmedel 5 miljoner kronor hanteras enligt särskilda rutiner och är därför utanför investeringstaket. Utfallet för året prognostiseras bli cirka 15 miljoner kronor.

Gällande investeringar > 250 000 kronor **(se tabell 1 + 2 nedan)**, har beslut tagits om totalt 22 stycken investeringsobjekt. Av dessa har 7 objekt avslutats. Kostnaden för dessa har blivit 9,9 miljoner kronor medan budgeten är 11,7 miljoner kronor. Ett överskott om 1,8 miljoner kronor. Resterande 15 objekt kommer att avslutas senare under året.

Gällande investeringar < 250 000 kronor, är budgeten 10,6 miljoner kronor. Utfallet per sista april är 2,2 miljoner kronor men områdena prognostiserar att investeringar kommer att utföras motsvarande budget.

Från den centrala potten för haverier har investeringsrådet under perioden januari tom april lämnat förslag till beslut för 5 äskanden till regiondirektören om totalt 1,3 miljoner kronor. Samtliga har beviljats. Pottens återstående budget uppgår till 3,7 miljoner kronor.

Under perioden har budgeten för oförutsedda händelser, 12 miljoner kronor inte berörts.

Utöver årets budgeterade investeringar planeras elva objekt som beslutades men inte genomfördes år 2016, om totalt 11,5 miljoner kronor att genomföras år 2017. **Se tabell 3**

Tabell 1

Genomförda investeringar över 250 tkr		Utfall jan–april 2017	Budget helår 2017	Kommentera avvikelse från budget
Regionstaben	Datalagring	2883	2500	**Investeringen klar**/ Posten för utbyte servrar nedan avser utökning av disk i SAN och utfallet är något lägre än de beviljade 400 tusen. Täcker därmed i någon mån upp kostnaden för datalagring som är något högre än budget.
Regionstaben	Utbyte servrar	345	400	**Investeringen klar**/ "Utbyte servar" och "Datalagring" är budgeterade långt i förväg och är beroende av omständigheter utom IT-enhetens kontroll. T ex. dollarkurs och hur mycket lagringsbehov som verksamhetens IT-system behöver.
Diagnostik Teknik och Service	Technegas Lungscint	494	600	**Investeringen klar**
KIÖÖ	Phacomaskin	402	700	**Investeringen klar**/Felfördelat i investeringsbudget mellan 2016 och 2017. Ytterligare 300 tkr har beviljats ur den "akuta haveripotten" år 2016.
Hjärta, neuro, rehab (HNR)	Inköp av OCT till PCI lab	0	500	Området har felaktigt tilldelats 500 tkr år 2017. Avsedd investering hade äskats, beviljats och inköpts under 2016. Budgeten dras in.
Akutvård	4 Ambulanser	5 310	6500	**Investeringen klar**
Akutvård	Respirator	528	540	**Investeringen klar**
	Totalt	**9962**	**11740**	

Tabell 2

Beviljade investeringar över 250 tkr som ännu inte genomförts		Planerad tid för genomförande	Budget helår 2017
Hud, Infektion, Medicin (HIM)	Bucky-apparat (Hud)	Höst	375
Hjärta, neuro, rehab (HNR)	FUS (Rehab ÖV)	September	500
Diagnostik Teknik och Service	Autovue	September	745
Diagnostik Teknik och Service	Magnetkamera*	Höst/ vinter. Investeringen i den tredje MR-kameran som just nu pågår, beräknas bli ca: 2 200 tkr dyrare än beviljad investeringsram (20 000 tkr mot beräknat 17 800 tkr). Området har, utöver beviljat anslag om 13 500 tkr även beviljats 4 275 tkr år 2016 för samma investering (se nedan under " Investeringar över 250 tkr/Pågående 2016--2017 och *". Finansiering för resterande ca: 2 200 tkr saknas för närvarande.	13 500
Diagnostik Teknik och Service	Säckbana i Städcentral	Höst	1 511
Diagnostik Teknik och Service	Lastbil	Höst	1 500
Tandvården	Panoramaröntgen	Senast dec 2017	270
Regionala utvecklingsnämnden	Lastbil till Estrad Norr, 1500 tkr **samt** Birka, 350 tkr	Samtal pågår med upphandlingsenheten avseende bilen.	1850
Ortopedi	Ultraljudsapparat	Senast dec 2017	250
KIÖÖ	Spaltlampa	sept. 2017	250
KIÖÖ	Cystoskop	sept. 2017	260
KIÖÖ	Coloskop	jun-17	450
Akutvård	Digital ambulansjournal	Arbete med kravspecifikation pågår	3000
Akutvård	Pendel Akutrum	Planeringsarbete för inköp pågår	300
	Totalt		**24761**

Tabell 3

Investeringar över 250 tkr/Pågående 2016--2017	Basenhet	Utfall	Budget	Status
* Magnetkamera	Röntgen		4 275	Pågår under 2016-2017 och avser samma investering som under tabell 2 omnämd magnetkamera, 13 500 000 kr
C-op BV Libra grön,	Röntgen	622	950	Inköpt och aktiverad
C-op BV Libra Gul	Röntgen	622	950	Inköpt och aktiverad
C-op BV Libra brun	Röntgen		950	Arbetet pågår med upphandling
Koagulationsinstrument (2 st)	Laboratoriemedicin		1 373	Arbetet inför upphandling pågår
Anaerobic workstation	Laboratoriemedicin	0	0	Enligt området kommer att köpas 2019 pga att en del annat måste stämma innan den går att köpa. Investeringen och budgeten om 285 000 kr tas bort. Området får söka på nytt när det blir aktuellt.
Agarkokare	Laboratoriemedicin		333	Sommaren eller hösten i år
Granuldiskmaskin	Kostenheten		285	Avvaktar utrustningslistan i nya produktionsköket
Panoramaröntgen	Tandvård		340	Investering beviljad 2016. Pga lång upphandlingstid har avtal inte tecknats förrän 201603. Beställning pågår.
CBCT-röntgen	Tandvård	744	1200	Investering beviljad 2015. Pga lång upphandlingstid har utrustningen inte levererats/fakturerats förrän 2017.
Centralövervakning akuten	Akut-mottagning	0	826	Upphandling pågår
	Totalt	**1988**	**11 482**	

Investeringar i fastigheter

Bygginvesteringar pågår löpande och kan pågå över flera år. Under första tertialet har inte några nya projekt från beslutad investeringsplan 2017 påbörjats utan utgiften rör projekt som påbörjades under föregående år och ännu tidigare. Bland dessa finns fortsättning av plan 8, Medicin enheten som en stor utgift under perioden. Vidare finns även kostnader för läkarexpeditioner på plan 5 där budgeten återfinns både under år 2015 och år 2016. Projektet ”Hissar inom höghuset” med en projektbudget på 18 mnkr har försenats på grund av överprövan i upphandlingsförfarandet.

Dessutom finns en del utgifter för inventarieinvesteringar som senare kommer att aktiveras tillsammans med utrustningen inom respektive område.

Återstående kostnader för byggnationen av organdonationsoperationssalen återfinns också inom tertialet, där huvuddelen av kostnaden finansierades via externa bidrag.

Prognosen visar att fastighetsinvesteringar kommer att göras med 15,2 miljoner kronor över budget. Detta avser outnyttjat utrymme sedan föregående år.

Finansiella målen i Finansplan 2017-2019

Mål Finansplan 2017-2019 och eventuellt utgångsvärde	Målvärde 2017	Utfall 2017-04-30		Kommentarer till utfallet
Långsiktig hållbar ekonomi. Ekonomiskt resultat efter finansnetto som procentandel av verksamhetens budgeterade nettokostnader. Mål på längre sikt 2 %	0 %	-4,16%		Enligt prognos.
Kostnadskontroll. Nettokostnadsutveckling jämfört med föregående år.	-2 %	5,5 %		
Avtalstrohet	90 %	77 %		En anledning är att modellen har genomgått en renovering under slutet av mars månad och nu innehåller den bland annat en ny kategoriindelning samt också en utökad avgränsning, vilket påverkat utfallet. Tid har lagts på att verifiera utfall och vissa avtal har inte blivit uppmärkta såsom godkända, varför resultatet är bättre än de 77 % som för närvarande visas. Närmare analys kommer att genomföras under maj-juni.
Investeringstakper år i mkr	96 mkr	29,7 mkr		Total investering tom april.
Självfinansieringsgrad investeringar -69% för 2016	Succesivt öka			Redovisas i Årsredovisning

Räkenskaper

RESULTATRÄKNING Miljoner kronor	Delårsbokslut 15-04-30	Delårsbokslut 16-04-30	Delårsbokslut 17-04-30
Verksamhetens intäkter	256,0	274,1	267,9
Verksamhetens kostnader	-1453,1	-1502,5	-1565,1
Avskrivningar	-36,7	-39,6	-40,5
Verksamhetens nettokostnader	**-1 233,8**	**-1 268,0**	**-1 337,8**
Skatteintäkter	872,6	909,2	941,8
Generella statsbidrag	331,3	339,7	369,8
Finansiella intäkter	10,9	0,3	2,2
Finansiella kostnader	-6,4	-3,7	-8,2
Resultat efter finansiella intäkter och kostnader	**-25,4**	**-22,4**	**-32,3**
Extraordinära intäkter	0,0	0,0	0,0
Förändring av eget kapital	**-25,4**	**-22,4**	**-32,3**

Miljoner kronor	Budget 2017	Prognos 2017	Avvikelse
Verksamhetens intäkter	680,0	647,5	-32,6
Verksamhetens kostnader	-4 431,9	-4606,4	-174,6
Avskrivningar	-109,0	-123,3	-14,3
Verksamhetens nettokostnader	**-3 860,9**	**-4 082,2**	**-221,4**
Skatteintäkter	2 841,2	2823,5	-17,9
Statsbidrag generellt	744,0	761,3	17,3
Statsbidrag läkemedel	292,1	342,9	50,7
Finansiella intäkter	9,0	9,2	0,2
Finansiella kostnader	-25,4	-24,7	0,7
Resultat efter finansiella intäkter och kostnader	**0,0**	**-170,0**	**-170,0**

BALANSRÄKNING miljoner kronor	IB 2017-01-01	UB 2017-04-30
TILLGÅNGAR		
Anläggningstillgångar		
Immateriella tillgångar	13,7	12,3
Mark och byggnader	665,0	663,3
Maskiner och inventarier	254,8	251,3
Finansiella anläggningstillgångar	64,8	64,6
Summa anläggningstillgångar	**998,3**	**991,6**
Omsättningstillgångar		
Förråd	14,5	14,5
Kortfristiga fordringar	211,8	176,6
Kortfristiga placeringar	468,3	468,1
Kassa och bank	145,0	178,1
Summa omsättningstillgångar	**839,7**	**837,3**
SUMMA TILLGÅNGAR	**1 838,0**	**1 828,9**
EGET KAPITAL, AVSÄTTNINGAR OCH SKULDER		
Eget kapital		
Eget kapital	121,2	-75,7
Årets resultat	-196,8	-32,3
Summa eget kapital	**-75,7**	**-108,0**
Avsättningar		
Pensioner	954,5	975,0
Särskild löneskatt på pensioner	231,6	236,5
Summa avsättningar	**1 186,0**	**1 211,5**
Skulder		
Långfristiga skulder	9,5	45,8
Kortfristiga skulder	718,1	679,6
Summa skulder	**727,7**	**725,3**
SUMMA EGET KAPITAL, AVSÄTTNINGAR OCH SKULDER	**1 838,0**	**1 828,9**

KASSAFLÖDESANALYS

DEN LÖPANDE VERKSAMHETEN i mkr	2015-04-30	2016-04-30	2017-04-30
Verksamhetens intäkter	256,0	274,1	267,9
Justering för reavinster	0,0	-0,2	0,0
Verksamhetens kostnader	-1 489,8	-1 542,1	-1 605,7
Justering för reaförluster	0,0	0,2	0,0
Justering för gjorda avskrivningar	36,7	39,6	40,5
Justering för gjorda nedskrivningar	0,0	0,0	0,0
Justering för avsättningar till pension	20,4	21,5	25,5
Verksamhetens nettokostnader justerade för ej likviditetspåverkande poster	**-1 176,7**	**-1 207,0**	**-1 271,7**
Skatteintäkter och generella statsbidrag	1 203,9	1 249,0	1 311,6
Finansiella intäkter	10,9	0,3	2,2
Finansiella kostnader	-6,4	-3,7	-8,2
Medel från verksamheten före förändring av rörelsekapital	**31,7**	**38,7**	**33,8**
Justering för rörelsekapitalets förändring			
Ökn(-)/minskn(+) förråd och varulager	0,2	0,3	0,0
Ökn(-)/minskn(+) kortfristiga fordringar	-172,0	25,0	35,2
Ökn(-)/minskn(+) korta placeringar	79,1	5,2	0,2
Ökn(-)/minskn(+) kortfristiga skulder	7,1	-36,4	-38,6
Kassaflöde från den löpande verksamheten	**-85,6**	**-5,9**	**-3,2**
INVESTERINGSVERKSAMHETEN			
Investering i immateriella anläggningstillgångar	-32,7	0,0	0,0
Omklassificering av investering i vårdsystemet Cosmic*	32,7	0,0	0,0
Investering i immateriella anläggningstillgångar*	-3,5	0,0	0,0
Försäljning av immateriella anläggningstillgångar	0,0	0,0	0,0
Investering i materiella anläggningstillgångar	-39,1	-29,2	-34,6
Försäljning av materiella anläggningstillgångar	0,0	0,2	0,6
Investering i finansiella anläggningstillgångar **	-9,9	-5,1	0,2
Försäljning av finansiella anläggningstillgångar	0,0	0,0	0,0
Kassaflöde från den löpande investeringsverksamheten	**-52,5**	**-34,0**	**-33,8**
FINANSIERINGSVERKSAMHETEN			
Nyupptagna lån	0,0	0,0	0,0
Återbetald utlåning	0,0	0,3	0,0
Ökning långfristiga fordringar	-0,6	-2,8	0,0
Ökning långa skulder	1,2	0,0	36,3
Kassaflöde från finansieringsverksamheten	**0,6**	**-2,6**	**36,3**
Periodens kassaflöde* **	**-105,7**	**-3,8**	**33,1**
Likvida medel vid årets början	**299,3**	**278,4**	**145,0**
Likvida medel vid periodens slut	**193,6**	**274,6**	**178,1**
Förändring av likvida medel	**-105,7**	**-3,8**	**33,1**

* Under pågående investering bokfördes kostnaderna på preliminärkonto 1200, dvs preliminärkonto för materiell investering men vid aktiveringen 15-04-01 bokfördes vårdsystemet som immateriell investering, kontogrupp 10xx. Totalt aktiverat för Cosmic är 32,7 mkr för åren 2013-2015 fördelat på 2013 (från oktober) 6,2 mkr, 2014 23 mkr och 2015 3,5 mkr

** Exempelvis aktier i Länstrafiken och Torsta AB vid regionbildningen 2015

*** 82,3 mkr har utbetalats till Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag i april enligt beslut, 2015

Måluppfyllelse strategiska mål

Regionfullmäktige har i regionplanen för 2017-2019 beslutat om 21 strategiska mål inom områdena Patient, Medarbetare, Samhälle och Verksamhetsresultat. De visar viljeinriktningen och vad som ska genomföras de kommande tre åren. Utifrån de strategiska målen fastställer regionstyrelsen och nämnderna framgångsfaktorer i form av utvecklingsområden. De markerar vad respektive styrelse eller nämnd ska prioritera det närmaste året för att verkställa uppdraget och de strategiska mål fullmäktige har beslutat om.

Måluppfyllelsen för strategiska mål är en samlad bedömning av de framgångsfaktorer som är kopplade till de strategiska målen. Nedan visar cirkeldiagrammet den samlade bilden av hur många av framgångsfaktorerna som uppnått målet eller inte för respektive målområde. Se bilaga 1 för utförlig uppföljning. I bilaga 2 finns uppföljning av handlingsplaner.

Mål samhälle

Av de sju strategiska målen för samhällsperspektivet finns totalt 30 framgångsfaktorer, varav två är uppfyllda och resterande är pågående aktivitet som bör nås innan årets slut.



Strategiska mål samhälle

- Stimulera så att innovativa och framtidsinriktade idéer blir färdiga produkter och tjänster genom bra stöd, god beredskap och snabb hantering.
- Effektiv infrastruktur kring vägar, järnvägar, flyg, bredband och digital teknik.
- Kulturen har en viktig roll för regional utveckling, hälsa, delaktighet, inflytande och personlig utveckling.
- Integration genomsyrar hela det regionala utvecklingsarbetet.
- Jämtland Härjedalen har en ökad inflyttning med fler i arbete och ökat företagande.
- Förbättrad psykisk hälsa.
- Hälsofrämjande och trygga levnadsvillkor och samordnad hälso- och sjukvård för minskade sjukskrivningstal.

Samhällsperspektivet innehåller relativt breda strategiska mål. Arbetet med psykisk hälsa påverkas främst av den nationella satsningen, där användande av distansoberoende teknik är under utveckling. Det suicidpreventiva arbetet ingår i gemensam handlingsplan med kommunerna. En viktig del är att nå unga tidigt för att förebygga psykisk ohälsa. Det hälsofrämjande arbetet innehåller bland annat det tobaksförebyggande arbetet och analys av hälsosamtal i skolan. Minskning av sjukskrivningar bedrivs i projektform utifrån långsiktig utvecklingsplan med ett flertal delar, exempelvis tidig samordnad rehabilitering och utbildning om försäkringsmedicin.

Den regionala delen av integrationsarbetet inriktas på att samverka med flera, såsom Mittuniversitetet och asylhälsans utökade uppdrag att vara kompetensnav. Det pågår också insatser internt inom regionen med modell för språkpraktik.

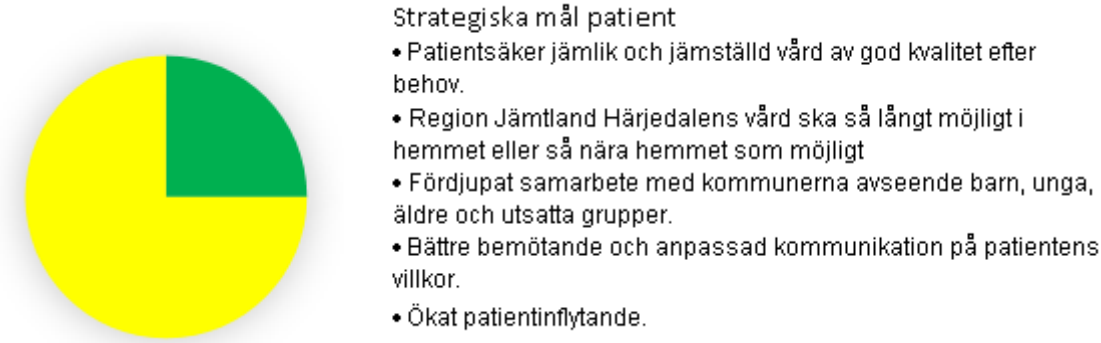
Inom innovationsområdet har regionen under 2016 haft huvudansvaret för ett arbetspaket inom H2020. Innevarande år medverkar regionen i flera arbetspaket. Inom VälTel är organisatoriska grundstrukturen lagd och kontakter med kommuner i Norge och Sverige för information och behovsinventering. I ett delprojekt, om fickultraljud, har verksamhet startats. Ytterligare kontakter behövs med företag under närmsta halvåret för att uppnå mål om ett genomfört projekt inom varje delprojektområde.

Regionala utvecklingsnämnden arbetar för ett fossilfritt 2030 genom medverkan i länets klimatråd. Vad gäller kulturella aktiviteter för seniorer så är tre aktuella program planerade för våren; Trio Senora, Säg det i toner och Qvintett Noel. När det gäller samverkan med kommuner och näringsliv har hittills två Integrationschefsmöten genomförts. Dialog har förts kring Migrationsverkets bosättningsenhet samt samverkan kring projektansökningar.

Aktiva mål samhälle	Målvärde	Utfall 2017-04-30		Utfall april 2017 och kommentar
Andel barn och unga som får ett första besök inom område barn, unga vuxna, inom 30 dagar.	100 % inom 30 dagar	April 86 %	↓	
Minskning av sjukpenningtal hos länets medborgare	2017: minska med 0,8 dagar	Mars sjukpenningtalet minskat med 1,3 dagar jämfört med mars föreg.år	↑	Sjukpenningtalet i länet utvecklas mycket positivt. Efter mars är sjukpenningtalet 12,3 dagar, vilket är en sänkning med 0,4 dag under året. Jämfört med mars föregående år är minskningen 1,3 dagar. Kvinnor har dubbelt så många sjukpenningdagar som män (16,6 resp 8,3), men skillnaden har minskat med 0,6 dag det senaste året. Sjukpenningtalet sjunker i länets samtliga kommuner.

Mål patient

Av de fem strategiska målen för patientperspektivet finns totalt 32 framgångsfaktorer kopplade till målen, varav åtta är uppfyllda och resterande bedöms ha pågående aktiviteter i rätt riktning.



Det mest omfattande målet inom patientperspektivet är *patientsäker och jämställd vård av god kvalitet och efter behov.* Flera av framgångsfaktorerna är av karaktären att åtgärder ständigt behöver vidtas för att vården fortsatt kan anses vara god. Det är en bidragande orsak till att flertalet framgångsfaktorer blivit markerade som gula. Inom de flesta framgångsfaktorer pågår aktiviteter t.ex. att redovisa resultat könsuppdelat. Även om inte IT-stödet är på plats finns högre kunskap om samordnad individuell plan hos medarbetare än tidigare. Positiv trend som håller i sig är förskrivning av antibiotika. Negativt är dock att ingen verksamhet tydligt uppfattat sig ha uppdrag att arbeta förebyggande mot fetma och övervikt hos barn och unga.

I riktning att vården ska ges i hemmet eller så nära hemmet som möjligt har mobilt närvårdsteam startats upp. Mobila lösningar för vård på distans prövas i ökande omfattning.

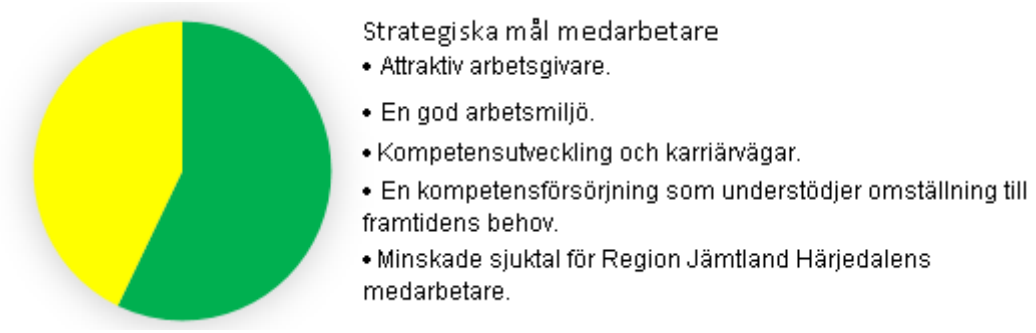
Det finns gott samarbete med kommunerna avseende nyanlända. Asylhälsan har stor betydelse att fånga de nyanländas behov av vård och stöd, samt att vara kunskapsnav till personal inom olika kommunala verksamheter.

Att arbeta med bättre bemötande och kommunikation är ständigt aktuellt för hälso- och sjukvårdens verksamheter. Patienters rätt till individanpassad information och delaktighet visar sig även genom deltagande i förbättringsarbeten och att kontakter med brukarorganisationer är vanligt förekommande.

Aktiva mål patient	Målvärde	Utfall 2017-04-30		Utfall april 2017 och kommentar
Andel vårdskador ska minska. Minska till 13 % eller lägre	Minska jämfört med resultat oktober 2016.	7% Insatser för att minska blåsöverfyllnad är utförda	↑	. Arbete med förbyggande metoder för trycksår och nutrition pågårg.
Minska återinskrivningar. < 15 %	Lägre andel än 2014		→	Män har något högre återinläggnings frekvens Resultat från kvalitetsportalen kan endast ses månadsvis Arbete pågår med LOSUS projektet och mobila närvårdsteamet som beräknas minska återinskrivningar

Mål medarbetare

Inom medarbetarperspektivet finns totalt 21 framgångsfaktorer kopplade till de fem målen, varav tolv är uppfyllda vilket motsvarar 57 procent och resterande är pågående aktiviteter.



Region Jämtland Härjedalen har uppnått målen att medarbetares kompetens tas tillvara, är en attraktiv arbetsgivare för kvinnor och män, att alla medarbetare har fokus på patienterna samt att arbetsmiljöenkäten visar på ett högre index.
Däremot har inte alla medarbetare genomgått medarbetarutbildningen trots påminnelse samt att uppföljning inte har gjorts vad gäller modellen för arbetsvärdering. En plan ska tas fram för att informera medborgare/medarbetare om att Region Jämtland Härjedalen är framstående inom forskning.

Arbetsmiljöenkäten visar på en god måluppfyllelse vad gäller delaktighet och inflytande. För att stärka mångfalden stödjer RJH nyanlända i processen mot svensk legitimation. Dialog förs med Mittuniversitetet vad gäller teknikutveckling inom vården.

Verksamheterna ges systemstöd för att bättre kunna planera verksamhetens och individens behov av kompetensutveckling. För chefsaspirantutbildningen pågår urval för start utbildning hösten 2017. Vad gäller karriärvägar är ett antal på väg att implementeras i verksamheten.

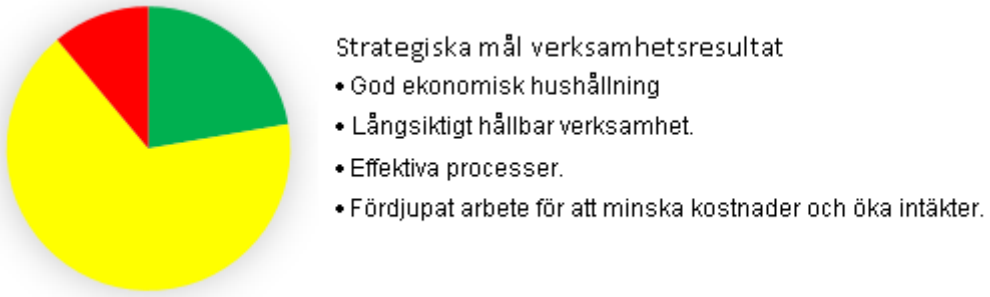
Kompetenskartläggning är genomförd och åtgärder ska tas. Det pågår kontinuerliga aktiviteter för att studenter ska bli framtida medarbetare. Modellen för att stödja nyanlända mot svensk legitimation är i slutfasen för att sen verkställas

Strategiska målet att minskad sjuktalet för Region Jämtland Härjedalens medarbetare har uppnåtts. Sjuktalet har sänkts från 7,2 till 6,5 jämfört med föregående år. Fortsatt arbete pågår för att åstadkomma ytterligare sänkning.

Aktiva mål medarbetare	Målvärde	Utfall 2017-04-30		Utfall april 2017 och kommentar
Sjukfrånvaron för medarbetare inom Region Jämtland Härjedalen ska minska.	6 % helår	6,55% jan-april 2017 (7,24% jan-april 2016)	→	Sjuktalen bland Regionens anställda sjunker och då främst bland kvinnorna. Under årets första 4 månader uppgår sjuktalen för kvinnor till 7,3% och för män till 4,0 %. Motsvarande period föregående år uppgick kvinnors sjukfrånvaro till 8,2 % och mäns till 4,0 %.
Beroendet av bemanningsföretag ska minska. Utfall 2015 t o m april: 37,8 mkr	2015 års nivå = 125,6 mkr	Utfall jan-april; 56,9 mkr	↓	Det har varit en ökning jämfört med 2015 års nivå

Mål verksamhetsresultat

Det finns fyra mål inom perspektivet verksamhetsresultat, till dessa är 18 framgångsfaktorer kopplade. Av dessa är fyra uppfyllda, tolv är påbörjade. De röda återfinns inom målen för god ekonomisk hushållning samt långsiktig hållbar verksamhet.



En god ekonomisk hushållning uppnås inte i nuläget. Ett fortsatt prognostiserat underskott och ackumulerat underskott som inte är återställt, gör att vi lånar av oss själva. Målet är att ta fram åtgärder för att nå en ekonomi i balans men nuvarande åtgärder är uppenbarligen inte tillräckliga. Inga beslut tas som inte är finansierade och varje förändring prövas noggrant. Arbetet med resultatförbättrande åtgärder pågår ständigt och kompletteras allt eftersom det visar sig behövas.

Det strategiska målet långsiktigt hållbar verksamhet innebär ett överskott på 2 procent. Under innevarande planperiod bedöms inte målet vara rimligt fram till 2019.

Klimatpåverkan från tjänsteresor och transporter har ökat de senaste åren, så att vända trenden och åstadkomma en minskning är en väldigt stor utmaning. Genom den analys av resor som gjordes i början av året, tillsammans med framtagande av åtgärder/handlingsplan med CERO-metoden samt intern reserådgivning, finns ändå ett antal åtgärder planerade. Satsningarna på distansoberoende teknik kan också medföra minskat resande och om det får den effekten så kan det också ge minskning av klimatpåverkan. Energianvändningen fortsätter att minska och målet kommer att nås under året om det inte blir några störningar som inte går att påverka, till exempel kyligare klimat.

Arbetet med effektiva processer sker kontinuerligt. De flesta verksamheter inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen arbetar systematiskt med produktions – och kapacitetsplanering. Dock har detta arbete ännu inte fått utfall på tillgängligheten i någon större utsträckning. En orsak till detta är att arbetet innebär förändrade arbetssätt vilket tar tid att genomföra**.**

Plan för hur samtliga enheter ska införa produktionsplaner har upprättats. Samtliga enheter har måltavlor som kan följas månadsvis av medarbetarna. Intern uppföljning sker på enhetsnivå, områdesnivå, hälso- och sjukvårdsledning och regionledning. Uppföljning sker även av könsuppdelad statistik. Likaså arbete med

väntelistor och telefontillgänglighet. Distansöverbryggande teknik möjliggör ökad tillgänglighet inom primärvården.

I samband med upphandling ställs relevanta krav i enlighet med upphandlingspolicyn, organisationens regler för hållbar upphandling samt Upphandlingsmyndighetens kriteriedokument gällande miljö. I samtliga dokument tas hänsyn till både miljö och hälsa.

I upphandlingspolicyn framgår att upphandling ska ske utifrån miljöhänsyn och miljö samt sociala hänsyn där så är möjligt. Exempel på sociala hänsyn är kollektivavtalsenliga villkor, antidiskrimineringsklausuler, krav med särskilt fokus på hållbar utveckling i främjande av ekologiska och rättvist producerade produkter. I varje enskild upphandling övervägs vilka krav som ska ställas bland annat utifrån ovanstående. Arbete pågår även nationellt med en uppförandekod för leverantörer där krav ställs på band annat FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna (1948) -ILO:s åtta kärnkonventioner.

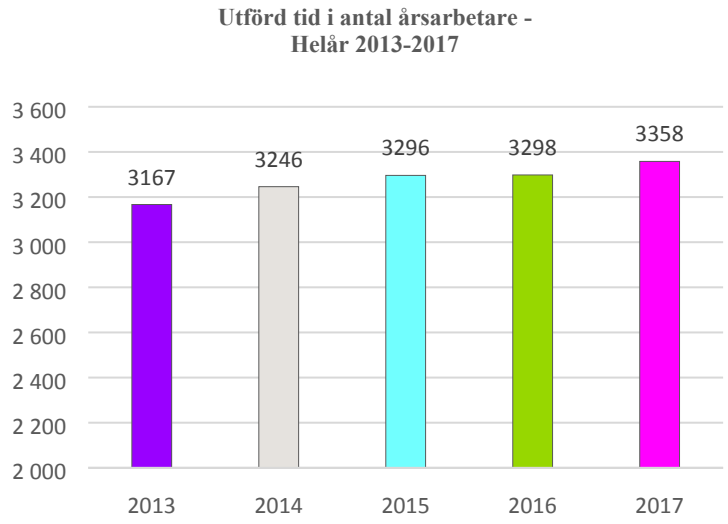
Arbetet med ett fördjupat samarbete för att minska kostnader och öka intäkter pågår ute i verksamheten. En genomlysning av område Kirurgi har verkställts och pågår i form av OPUS 2020. Minska antalet arbetade timmar till 2013 års nivå har omformulerats i mars 2017 till ett ekonomiskt mått. Vilket även kan kopplas till att minska beroendet av bemanningsföretag.

Aktiva mål verksamhetsresultat	**Målvärde**	**Utfall 2017-04-30**		**Utfall april 2017 och kommentar**
Nettokostnadsförändringen ska minska.	Minus 2 %	5,5 % per april		Nettokostnadsökningen uppgår till 5,5 % i april, och har därmed ökad sedan mars.
Vårdgarantin ska vara uppfylld	100 % 0-7-90-90			Region Jämtland Härjedalen som helhet klarar inte målet i någon av Vårdgarantins dimensioner

Medarbetare

Utförd tid anställda

Diagrammet *visar helår 2013-2016 och rullande 12 för 2017.*
Rullande tolv avser perioden april 2016 tom mars 2017



Ökningen mellan 2016 och rullande 12 månader är 60 årsarbetare. Rullande tolv månader innehåller tre vardagar mer vilket motsvarar ca 33 årsarbetare.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Område Diagnostik teknik och service (DTS) har ökat utförda tiden bland annat utifrån utökad verksamhet på städ i form av extrauppdrag från vården, uppstart av Servicecenter inklusive den nya sjukreseenheten. Minskning av utförd tid förväntas ske i och med att självbetjäning införs i sjukhusreceptionen från och med september.

Område Kvinna har en produktionsökning inom förlossningsvården. Vilket innebär en utökning av fyra barnmorsketjänster som ser ut att vara realiserad i augusti 2017.

Inom område Ortopedi består hela ökningen av utförd tid av övertagandet av Specialistvården Campus

Område Primärvårds ökning består bland annat övertagandet av Folkhälsan, tre vårdutvecklare samt förstärkning på chefssidan. Ökning beror också på anställning av ST-läkare för att minska inhyrda läkare samt förstärkning utifrån att klara arbetsuppgiftsöverföringar mellan yrkesgrupper.

Område Hjärta Neuro Rehab har uppnått målet trots utökade resurser inom nya verksamheter, såsom smärtrehab och PCI. Minskning har skett bl.a. genom färre vårdplatser på rehabiliteringsavdelningen samt vakanshållningar.

Område Barn och ungdomsmedicin hade under 2013 ett stort uttag av ledigheter samt vakanta tjänster som inte gick att bemanna fullt ut. Antalet arbetade timmar har under en 10-årsperiod legat tämligen konstant med

undantag för 2013 som avviker med lägre antal arbetade timmar. Utifrån ovan ses barn och ungdomsmedicin ingen rimlig möjlighet att minska antal arbetade timmar till 2013 års nivå.
Område psykiatri har uppfyllt målet att minska antalet arbetade timmar ner till 2013 års nivå vilket till största del förklaras av vakanser, främst inom dygnrunt-verksamheten.

Till område barn och unga vuxna har medel tillförts för start av slutenvård inom BUP samt samfinansierad verksamhet (IKB) tillsammans med Östersunds kommun. Avräknat de nya verksamheterna är området väl i nivå med 2013 års nivå avseende utförd tid.

Inom område akutvård har modulansvar i Cosmic, delade dygn i ambulansverksamheten, ökad aktiv arbetstid för medarbetare vid ambulanshelikoptern utifrån lagkrav, centraloperationen och anestesiläkaravdelningen bemannar öronmottagningens operationssal, extra öppet OBS, utökning av anestesiresurser till endoskopiverksamheten, centraloperationen har övertagit ansvaret att tillhandahålla assistenter under ortopedoperationer, utökad verksamhet med bendonation, bemanning av undersköterska för cystoscopiverksamhet, ökad bemanning avseende anestesisjuksköterska för postoperativ vård i egen regi under jourtid vid platsbrist på IVA har medfört ökning av utförd tid. Utifrån ovan beskrivna förändringar av verksamheten över tid, ses ingen rimlig möjlighet att minska antal arbetade timmar till 2013 års nivå. För att nå den nivån krävs ett minskat uppdrag.

Område Kirurgi har svårt att se hur de ska komma ner till 2013 års nivå men kan heller inte tillåta ytterligare ökning. De behöver därför bryta ner resultatet enhetsvis för närmare analys och åtgärder.

Regionstaben

Organisationsförändringen vid årsskiftet 2015/2016 innebär att det inte går att göra en rättvis jämförelse av utförd tid mellan tidigare år och 2016/2017.

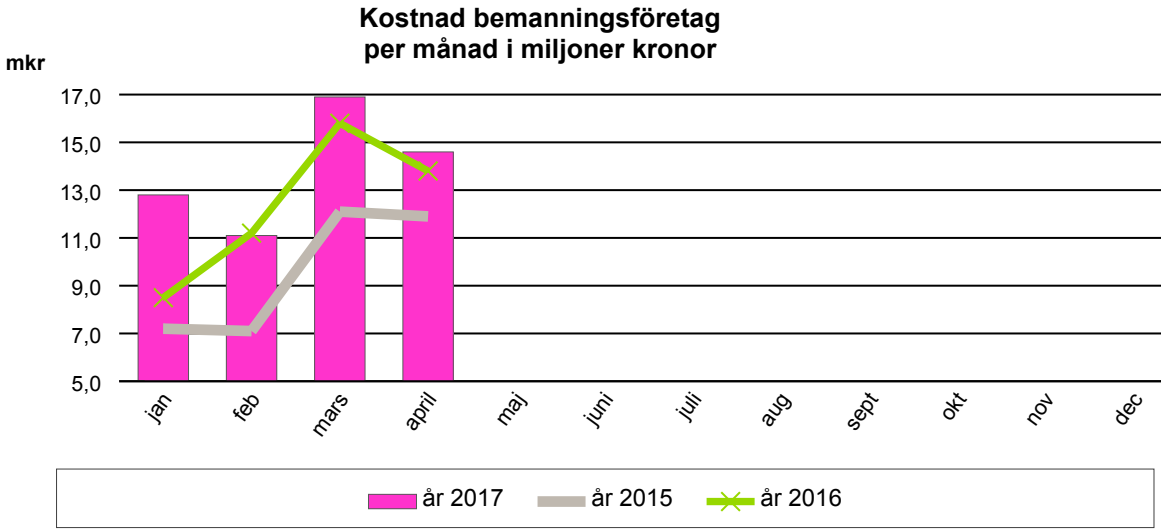
Ökningen av den utförda tiden kan förklaras av inrättande av bland annat flyktingsamordnare och etableringskoordinator, befattningar som tillkommit under senaste året på grund av förändrade omvärldskrav. Ett annat exempel är Införandet av SABA Cloud, ett webbaserat system för kompetenshantering, som finansieras via medel från motsedda och professionsmiljarden. En markant ökning av statliga bidrag till flera projektanställningar har också medfört att den utförda tiden har ökat. Målet att minska kostnaderna med 10,6 miljoner, med full effekt från januari 2017, på administration inom ramen för långsiktiga utvecklingsplanen för god ekonomisk hushållning (LUP), deluppdrag 8, har uppnåtts.

Regionala utvecklingsnämnden

För flertalet av regionala förvaltningens verksamheter är ökad utförd tid som regel en positiv utveckling. Det innebär att förtroendet från våra finansiärer ökar och att utvecklingsresurserna ökar. Detta under förutsättning att nettokostnaden inte överstiger tilldelade medel.

Bemanningsföretag

Kostnad bemanningsföretag (miljoner kronor)	Jan-april 2016	Jan-april 2017	För-ändring
Kto 5551Övrig personal	1,7	2,1	+ 0,4
Kto 5552 Läkare	41,3	39,1	-2,2
Kto 5553 Sjuksköterskor	6,2	15,7	+ 9,5
Totalt	**49,2**	**56,9**	**7,7**



Kommentarer till köpt bemanning

Skälen till köpt bemanning är svårigheter att rekrytera till vakanser vad gäller framförallt sjuksköterskor och läkare. Inom folktandvård är det för att klara bl a asyltandvård.

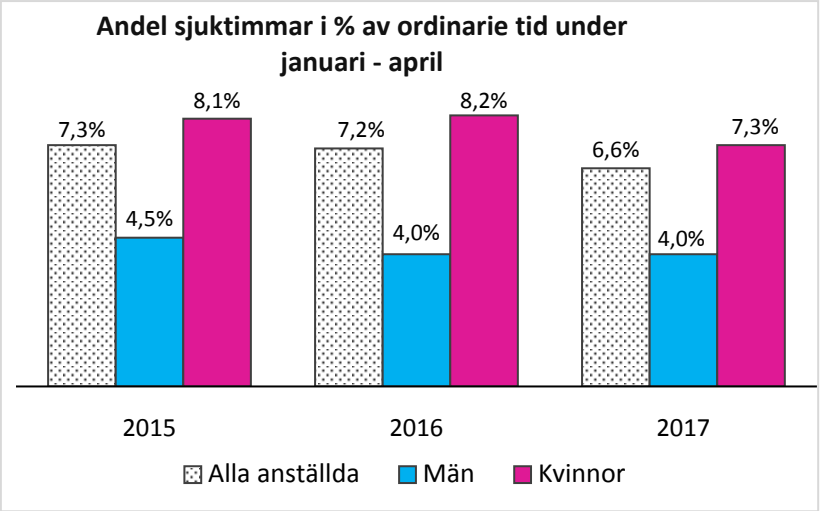
Kommentera åtgärder för att minska kostnaden

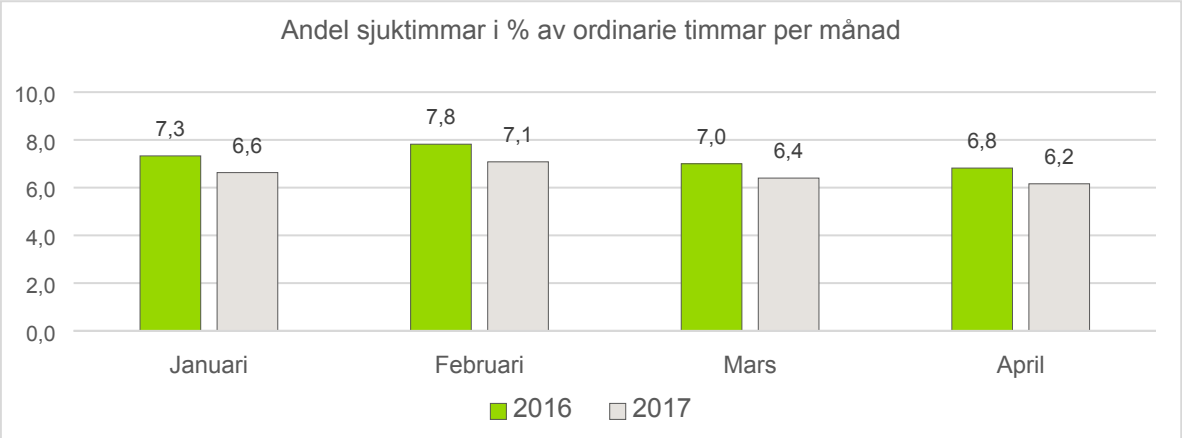
Rekryteringsinsatser, anställning av ST-läkare, fortsatt arbete med produktions- och kapacitetsplanering för bättre styrning, kompetensförskjutning på slutenvårdsavdelningar, ”vem gör vad”, dvs. flytta arbetsuppgifter mellan yrkeskategorier, fortsatt arbete med nya arbetssätt, deltagande i regionövergripande arbete kring minskat behov av bemanningsföretag.

Fysiologen i område Diagnostik Teknik Service skolar in två biomedicinska analytiker för mer självständigt arbete.

Område Primärvård har fattat beslut om att från 2017-06-01ska området inte köpa bemanningssjuksköterskor.

Sjukfrånvaro





Kommentarer till utfall och åtgärder för att uppnå målet

Övergripande målet för sjukfrånvaron 2017 är: 6,0 procent på helår och under året har sjukfrånvaron minskat med 12 563 sjukfrånvaro timmar. Procentuellt innebär det att den ligger på 6,6 procent per 170430 jämfört med 7,2 procent för samma period 2016 och 7,3 procent för 2015.

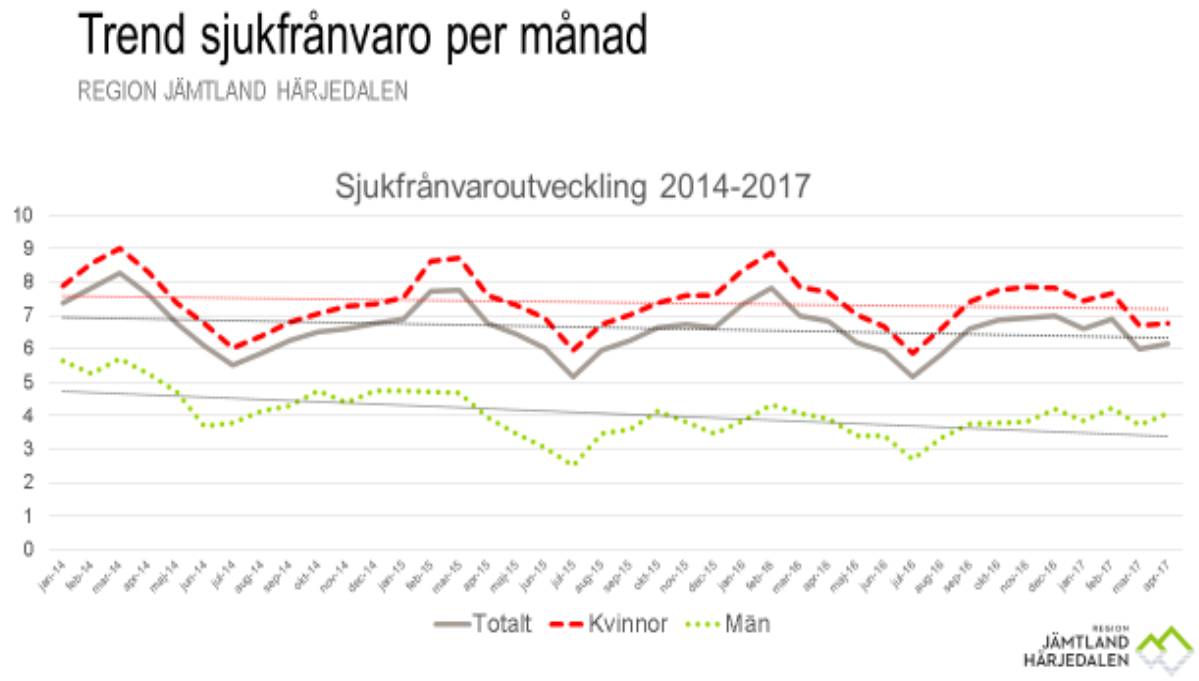
Minskningen sker bland kvinnor med 12 855 timmar medan männen ökat sin sjukfrånvaro marginellt med 345 sjukfrånvarotimmar. Männens sjukfrånvaro ökar bara i Regionstaben dvs. inte inom de andra förvaltningarna.

Minskningen sker i gruppen sjuka längre än 180dgr. som en följd av ett mer lösningsfokuserat arbete där rörlighet och lösning går i linje med Försäkringskassans bedömningar mot andra arbeten än ordinarie samt vår ambition att ta tillvara på kompetensen i andra arbeten inom organisationen tidigare än vi gjort förut. Det syns också en minskning av antal sjukfall i spannet 60-180 dagar, vilket är bra utifrån arbetet med alternativ till sjukskrivningar och tidig rehabilitering för återgång i arbete. Det man däremot ser i det spannet är att antalet timmar ökar dvs. färre är sjuka men de som är sjuk är heltidssjukskriven.

Korttidsfrånvaron dag 1, 2-14 dagar ökar med 2171 timmar, i boksluten uppger man att det varit många influenser och magsjukeomgångar denna vår vilket skulle kunna vara en orask till ökningen.

Båda förvaltningarna och regionstaben sänker nu sin sjukfrånvaro och minskningen har skett alla månader under årets första 4 månader i förhållande till året innan och året dessförinnan. Vad gäller yrkeskategorier så ser vi att sjukfrånvaron sjunker i många grupper ex; Läkarsekreterare, Psykologer, Distriktsjuksköterska, allmänsjuksköterska, Skötare, Sjukgymnast, Arbetsterapeut, Kurator. Yrkesgrupper som ökar sjukfrånvaron är Läkare, Distrikt, Överläkare och Specialist, Undersköterskor vårdavdelning, Specialistsjuksköterskor, ambulans.

Att frågan kring hälsa och sjukfrånvaro lyfts på dagordningen i ledningarna inom Regionen och ute i verksamheten har fått effekt.



År: 2017

Antal medarbetare	1	2 - 14	15 - 30	31 - 59	60 - 180	181 -	Totalt
01 Januari	263	577	36	35	57	106	1 013
02 Februari	298	649	41	39	58	99	1 099
03 Mars	252	594	43	42	61	98	1 003
04 April	239	412	37	49	57	92	841
05 Maj							
06 Juni							
07 Juli							
08 Augusti							
09 September							
10 Oktober							
11 November							
12 December							
Total	**840**	**1 584**	**139**	**145**	**119**	**128**	**2 128**

År: 2016

1	2 - 14	15 - 30	31 - 59	60 -180	181 -	Totalt
218	529	34	23	82	119	947
286	589	54	39	67	125	1 081
243	552	37	37	69	129	998
188	473	40	36	68	132	876
753	**1 543**	**147**	**129**	**142**	**162**	**2 104**

Antal sjukfall per intervall

Mycket korta infektioner, en ovanligt lång influensaperiod, ortopediska åkommor pga. vinterns halka och viss arbetsrelaterad sjukskrivning finns pga. hög arbetsbelastning orsakar den korta sjukfrånvaron. En del tar upp bemanningssituationen som fortsatt besvärlig, detta behöver man komma till rätta med för en långsiktigt hållbar arbetsmiljö. Här lyfts olika organisationsförändringar, översyn patientflöde och bemanning av andra

kompetenser som lösningar. Sjukfrånvaron har ökat främst beroende på längre tids sjukskrivningar utifrån stressrelaterade besvär, medicinska sjukdomar och olycksfall lyfter man på områden som ökar sjukfrånvaron.

Vanligaste orsaken till viss minskning av sjukfrånvaro beror på återgång i ordinarie arbete. Inom några områden lyfter man nu att man uppmuntrar till förflyttningar mellan enheter vid behov av ny arbetsplats för att komma till tidiga lösningar av ohälsa. Man lyfter också i alla bokslut att rehabiliteringsinsatser samt förebyggande arbete kring hälsa och organisation pågår för att kunna nå målet på helårsbasis.

Verksamhet inom hälso- och sjukvården

Produktions- och kapacitetsplanering

För att förbättra tillgängligheten till vården pågår arbetet med fortsatt implementering av arbetssättet produktions- och kapacitetsplanering enligt 5-stegsmodellen.
Utbildning av linjechefernas närstöd (personalkonsulter, ekonomer och verksamhetsutvecklare) i hur de på bästa sätt ska kunna stödja linjecheferna i arbetet med produktions- och kapacitetsplanering

Arbete för att säkerställa att rätt utdata (för 0-7-90-90) skickas till SKL´S väntetidsdatabas Signe har ett omfattande kvalitetssäkringsarbete pågått sedan årsskiftet tillsammans med berörda verksamheter och IT-utdata. Syftet är att veta att rätt data skickas och visas på SKL:s hemsida.

Produktionen fortsätter att öka jämfört med 2016 inom öppenvården, både för läkarbesök och sjukvårdande behandling. Ökningen avser både kvinnor och män. Inom slutenvården sker istället än minskning.

Produktion

Drift i egen regi

Öppenvård	2015-04	2016-04	2017-04
Läkarbesök	116 542	132 359	**134 015**
-män	52 320	59 618	60 285
-kvinnor	64 222	72 737	73 730
Sjukvårdande behandling	149 437	172 306	**178 371**
-män	62 072	73 750	75 097
-kvinnor	87 365	98 555	103 274

Slutenvård	2015-04	2016-04	2017-04
Vårdtillfällen	6 910	6 731	**6 644**
-män	3 159	2 973	3 057
-kvinnor	3 751	3 758	3 587
Vårddagar	42 966	40 397	**39 778**
-män	19 650	18 509	19 357
-kvinnor	23 316	21 888	20 421
Medelvårdtid	5,26	5,35	**4,9**
-män	5,46	5,27	5,2
-kvinnor	5,09	5,41	4,6
DRG-vikt	5 240	5 400	**5 348**
-män	2 435	2 567	2 597
-kvinnor	2 806	2 833	2 751

Privata vårdgivare

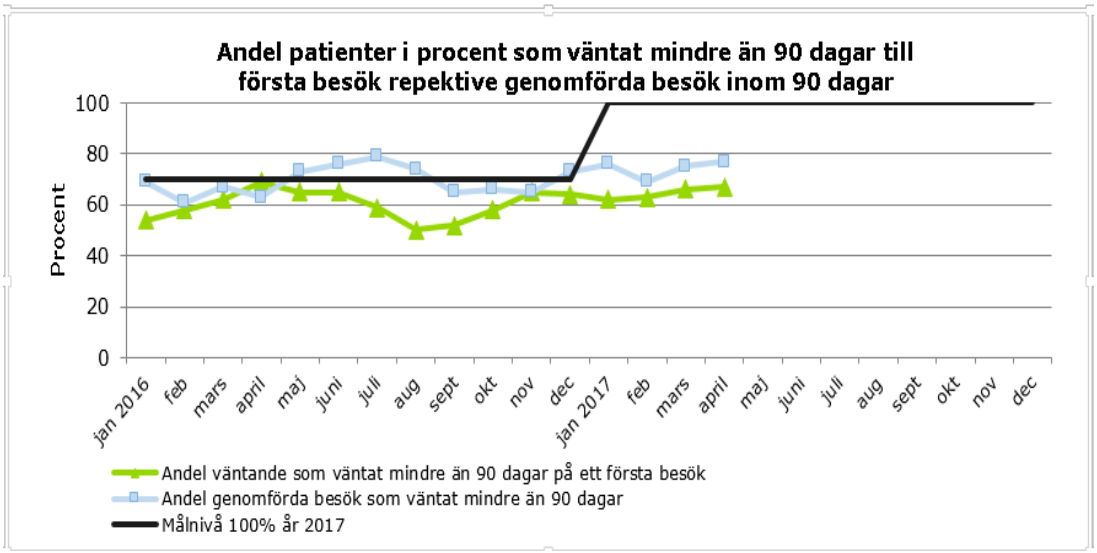
Köpt verksamhet antal besök Privata vårdgivare	Utfall 2014-04	Utfall 2015-04	Utfall 2016-04	Utfall 2017-04
Läkarbesök	1 772	1 238	724	141
Sjukgymnastbesök	19 054	16 361	15 175	13 986
Patienter som fått nödvändig tandvård	925	903	888	1046
Pat som fått tandvård som led i sjukdomsbehandling	95	103	156	162
Patienter med funktionsnedsättning (infördes 2013)	38	70	71	88
Antal som fått uppsökande tandvård	55	64	219	181
Antal barn som valt privattandläkare	3 068	3 206	3 849	4661

Kommentarer till produktionen privata vårdgivare: Läkarbesöken minskar pga färre avtal. Ålder för kostnadsfri barn- och ungdomstandvård är höjd till 21 år från 2017.

Tillgänglighet

Tillgänglighet – specialistvården

Vårdgarantin, tillgänglighet till besök och behandling genomförda inom 90 dagar inom specialiserad vård



Könsuppdelad statistik januari - april, 2017:
Väntande till 1:a besök, totalt: 65 procent varav kvinnor 66 procent och män 62 procent
Genomförda 1:a besök, totalt: 74 procent varav kvinnor 75 procent och män 73 procent

Kommentera de enheter som inte klarar målnivån 100 procent samt vilka åtgärder som vidtas.

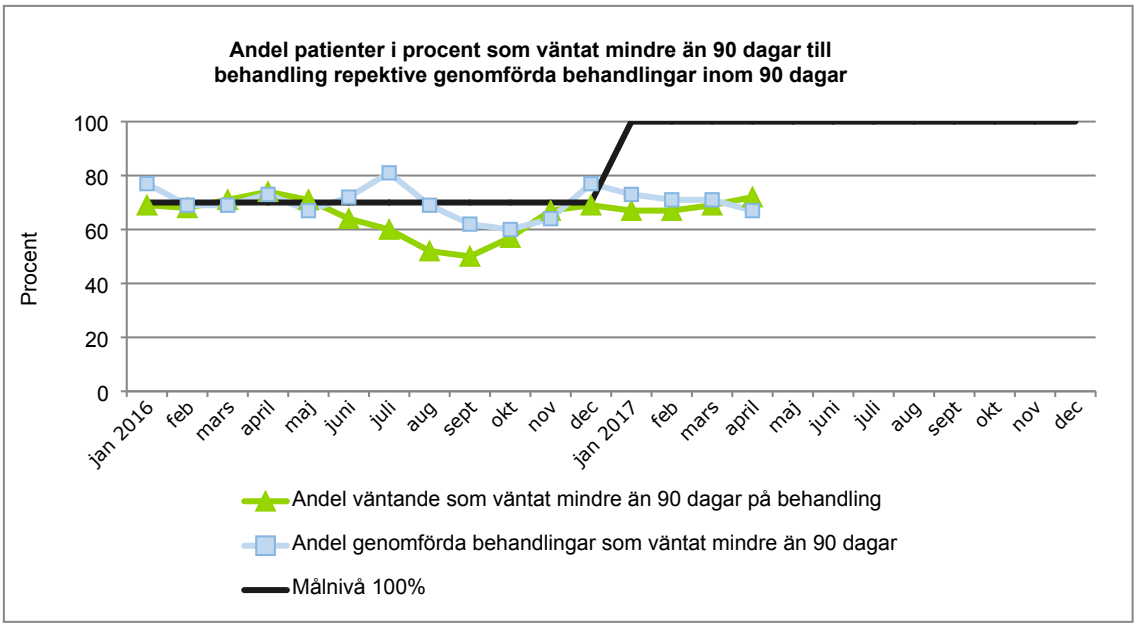
De allra flesta verksamheter går löpande igenom sina väntelistor för att ha dem aktuella.
Kirurgi- Produktionsmöten varannan vecka där aktuella siffror diskuteras och analyseras samt justerar där det går. En nyligen framtagen aktivitetslista kommer att användas för att göra en kort – och långsiktig plan, aktivitetslistan kommer att utgöra en bra grund för fortsatt planering och lämnas även till väntetidssamordnare.

Ögon - Fortsatt arbete pågår med effektivisering för att minska köer. Nybesök och operation (behandling) samma dag görs idag, men utökning av den verksamheten planeras. Ytterligare effektiviseringar kan komma att aktualiseras för att förskjuta arbetsuppgifter från läkare till sjuksköterska och från sjuksköterska till sekreterare,

samt för att få en jämnare produktion över året. Det finns produktionsplanering för läkare, men fortsatt arbete behövs för att synliggöra kapaciteten. Behov finns av produktions- och kapacitetsplanering för sjuksköterska.

Ortopedi - Genom dialog inom läkargruppen om vikten av att fylla samtliga mottagningstider (förutsatt att efterfrågad kompetens finns) har lett till att fler patienter bokats in för nybesök. Från och med 30 januari har ortopedmottagningen utökat modultiden med 20 minuter varje eftermiddag. Viss mottagning på Campus i samband med våra ”satsningsveckor”. Scheman med lite längre framförhållning gör att det är enklare att boka in patienter.

Psykiatri - Framtagande av antal väntande till utredning och behandling räknas manuellt. Under mars 2017 infördes ny rutin för internremisser. Den nya rutinen ger möjlighet att se väntande i stödsystemen.
Översyn av processer och flöden har påbörjats och förändringar genomförs för att förbättra flöden. Affektiva mottagningen har infört kvällsmottagning. Inköp av framförallt neuropsykiatriska utredningar genomförs för att förbättra tillgängligheten.



Könsuppdelad statistik för januari - april 2017:
Väntande till behandling totalt: 69 procent varav kvinnor 68 procent och män 70 procent
Genomförda behandlingar totalt: 70 procent varav kvinnor 70 procent och män 71 procent

Kommentera de enheter som inte klarar målnivån 100 procent samt vilka åtgärder som vidtas.
Barn Unga Vuxna - Kommer att börja registrera data för genomförda åtgärder efter sommaren
Ortopedi -Test med ökad protesproduktion i samband med helg genom att öppna upp fler vårdplatser under två helger. Försök att öka produktionen vad avser hand-, axel- och fotkirurgi genom satsningsveckor på Campus.

Tillgänglighet primärvården

Telefontillgänglighet samma dag, 0:an

Berg - Genomgång av rutiner har gjorts i Svenstavik.
Bräcke - telefontillgänglighet är inte bra trots försök på olika sätt att komma tillrätta med problemet. Förhoppningsvis kommer detta att lösa sig under våren-hösten, då distriktssköterskor är på ingång till tjänster som annonserats ut och som hittills varit vakanta.
Strömsund - plan finns att öka tillgängligheten efter COSMIC förändringen i maj.
Åre-Hallen - kommer att genomföra förbättringsarbete under året

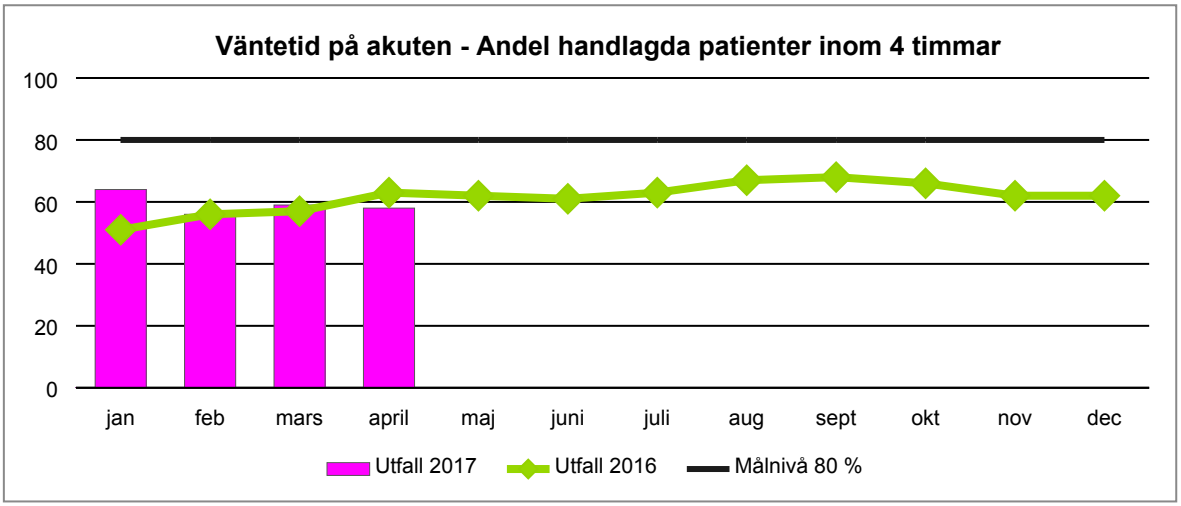
Östersund - Lugnvik - Gul, förbättringsarbete pågår.
Odensala - Förbättringsarbete på gång, placering av undersköterska på distriktssköterskemottagningen som hjälper till i telefonin samt på mottagningen. Planering av lättakut, distriktssköterskemottagning till hösten

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

Berg - Frågan tas upp ständigt på APT- kan bero på felregistrering (gäller Myrviken)
Bräcke - Mindre tillgång på ordinarie läkare på grund av frånvaro samt högre tryck inom alla patientkategorier gör att tider till läkare inte räcker till i den omfattning som är önskvärt. I Kälarne har det skett en inflyttning av drygt 100 nyanlända personer till tätorten, vilket medfört en 20 procent ökning. Som i sin tur också ökat trycket på patienter till HC.
Ragunda -Tillgängligheten till läkare inom 7 dagar är starkt begränsad beroende på att bemanningen är lägre än behovet. För att komma till rätta med det krävs en högre läkarbemanning och då fast anställda läkare saknas innebär det en kraftigt ökad kostnad.
Östersund-Lugnvik - Gul, förbättringsarbete pågår.

	0:an - Telefontillgänglighet Besvarat telefon, rådgivning / tidsbokning samma dag, mål 100%		**7:an - Läkarbesök inom 7 dagar, mål 100%.**	
	April 2016	April 2017	April 2016	April 2017
Myrvikens hc	82	94	73	71
Svenstavik hc	89	88	90	91
Bräcke hc	86	76	53	69
Kälarne hc	81	94	45	75
Funäsdalens hc	89	97	96	97
Sveg hc	62	93	80	97
Föllinge hc	89	93	89	93
Krokoms hc	88	90	83	75
H-strands hc	77	95	70	62
Backe hc	93	93	98	99
Strömsunds hc	81	73	91	84
Hallens hc	88	93	90	76
Järpens hc	89	93	84	96
Åre hc	96	97	100	99
Brunflo hc	88	80	83	82
Frösö hc	90	75	77	78
Lits hc	94	96	92	89
Lugnviks hc	69	82	76	84
O-sala hc	84	65	92	89
Z-gränds hc	85	66	80	79
Fjällhälsan	100	100	92	90
Offerdals hc	87	89	69	81
Nya Närvården	81	93	80	85
Närvård Frostviken	100	100	83	100

Väntetid vid akuten



Kommentarer till utfall och gjorda åtgärder för att uppnå målet:

Förändringar i arbetssätt pågår med bland annat att ersätta sekreterare i receptionen med sjuksköterska, uppstart av mångbesökarprojekt, förskjutning av arbetsuppgifter och planering av ombyggnation för snabbare flöde genom triagerummet. Akutmottagningen ser över möjligheten till ”snabbspår” för fler patientgrupper och ökat nyttjande av OBS-platser.

Patientsäkerhet

Inom Vårdhygien och Vårdskadeprevention fortlöper verksamheten enligt plan. Lokala och nationella mätningar, verksamhetsgenomgångar som patientsäkerhetsdialoger och hygienronder, markörbaserad journalgranskning, förbättrad avvikelsehantering är exempel på aktiviteter som pågår.

Under första tertialet 2017 anmäldes från Region Jämtland Härjedalen sammanlagt 12 Lex Maria-ärenden till IVO, varav 7 påbörjades under 2016. Under motsvarande period 2016 anmäldes 8 ärenden. Chefläkare har under första tertialet 2017 tagit beslut om 8 nya ärenden. Utredning pågår av ett fall av suicid som inträffat 2017.

Smittskydd har i under senare delen av perioden främst fokuserat epidemiologisk övervakning, detta på grund av planerad långtidsfrånvaro som inte kan vikarieersättas. Verksamheten kommer att återgå i normalläge under juni månad.

Läkemedelsteamet arbetar intensivt med utbildning och produktion av läkemedelsmallar för att uppgraderingen av COSMIC ska ske så smidigt som möjligt för verksamheterna inom Region Jämtland Härjedalen. Läkemedelsteamet har på grund av COSMIC uppgraderingen inte haft möjlighet att fullfölja enligt verksamhetsplan. En hel del arbetsuppgifter har prioriterats om vilken innebär ett fortsatt tung arbetsbelastning även efter uppstart av R 8.1.

Standardiserade vårdförlopp (SVF) första tertialen 2017

Region Jämtland Härjedalen erhöll 2,6 miljoner kronor i stimulansmedel genom att den inlämnade handlingsplanen blev godkänd. Ytterligare 10 SVF planeras vara införda innan sommaren.

Nätverket för sjuksköterskor och kontaktsjuksköterskor är etablerat och en kartläggning av hur de arbetar är genomförd och man ser att det råder ojämlikhet och ojämställdhet i det stöd som patienter med cancersjukdom

och deras anhöriga/närstående erhåller. Nätverket fokuserar just nu på Min vårdplan för att enas om ett sätt att arbetat med denna, samt att den ska finnas tillgänglig i COSMIC. Gruppen erbjuds grupphandledning (PREVIA) i syfte att bevara och utveckla sin professionella grund. Kirurgmottagningens enhetschef kommer att fungera som sammanhållande i gruppen.

Del lokala processarbetsgruppen presenterar sitt förslag till utveckling av cancerrehabilitering i juni. Ett intensivt arbete pågår för att skapa en övergripande koordinatorfunktion för SVF, vilket kommer att gynna kontaktsjuksköterskornas möjlighet att utveckla sitt arbete som stöd för patienter och närstående.

Primärvården i ligger långt fram i arbetet med SVF och har nu påbörjat en planering för intern utbildning om SVF. Utbildningen är en nationell satsning, som vi arbetar gemensamt med i norra regionen.

Uppföljning av framgångsfaktorer för regionstyrelse och regional utvecklingsnämnd

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 REGIONSTYRELSENS FRAMGÅNGSFAKTORER....3

1.1 Samhälle....3

1.2 Patient....7

1.3 Medarbetare....13

1.4 Verksamhetsresultat....17

2 REGIONALA UTVECKLINGSNÄMNDENS FRAMGÅNGSFAKTORER....21

3 VÅRDVALSNÄMNDENS FRAMGÅNGSFAKTORER....**FEL! BOKMÄRKET ÄR INTE DEFINIERAT.**

3.5 Samhälle....**Fel! Bokmärket är inte definierat.**

3.6 Patient....**Fel! Bokmärket är inte definierat.**

3.7 Verksamhetsresultat....**Fel! Bokmärket är inte definierat.**

1 Regionstyrelsens framgångsfaktorer

1.1 Samhälle

Fullmäktiges Strategiska mål	Framgångsfaktor	Läge 2017-04-30	Beskrivning av nuläget
Stimulera så att innovativa och framtidsinriktade idéer blir färdiga produkter och tjänster genom bra stöd, god beredskap och snabb hantering.	1. Stimulera innovativa och framtidsinriktade lösningar för att möta hälso- och sjukvårdens utmaningar. Till exempel via glesbygdsmedicin och genom att agera testbädd för näringslivet. Genomföra beviljade Horizon 2020-projektet C3 cloud och Interregprojektet Vältel med hög kvalitet.	→	Inom innovationsområdet har regionen under 2016 haft huvudansvaret för ett arbetspaket inom H2020. Innevarande år medverkar regionen i flera arbetspaket. Inom VälTel är organisatoriska grundstrukturen lagd och kontakter med kommuner i Norge och Sverige för information och behovsinventering. I ett delprojekt, om fickultraljud, har verksamhet startats.
Integration genomsyrar hela det regionala utvecklingsarbetet.	2. Samordna och bygga upp medicinsk-, kultur- och psykologisk/psykiatrisk kompetens inom området genom utbildning av personal samt utarbeta hållbara rutiner med övriga aktörer i arbetet med flyktingmottagande.	→	Enhet för asyl-flyktinghälsa har genom sitt utökade uppdrag ett ansvar att samla kompetens och arbetar för att förtydliga och göra verkstad av sitt nya uppdrag. Flera insatser är pågående bl.a. samverkan med MIUN och med specialistvården. SKL:s utbildningssatsning ”hälsa i Sverige för nyanlända och asylsökande” har i mars nått ut till 1600 personer i länet, via asylhälsans sjuksköterska som spridningsledare. Satsningar under planering gällande hälsofrämjande och förebyggande insatser. Samverkansrutiner och riktlinjer gällande tillståndslösa och anhörig-invandrade är under utarbetande. Lägesrapport samt rapportering i styrgrupp mars 2017 har lyft fortsatta utbildningsbehov som sammanställs för prioritering av extra statliga medel.
	3. Arbeta fram en lokal modell för hur Region Jämtland Härjedalen kan hjälpa sjukvårdsutbildade personer som söker asyl eller fått uppehållstillstånd att få praktikplats eller ett arbete inom hälso- och sjukvården, får sin utbildning validerad och få sin legitimation.	→	Region Jämtland Härjedalens personalavdelning arbetar för närvarande fram en förtydligad modell för språkpraktik för nyanlända med akademisk hälso- och sjukvårdsbakgrund. Förutom språkpraktik ska modellen ge insyn och förståelse för hur svensk hälso- och sjukvård är uppbyggd och fungerar.

Fullmäktiges Strategiska mål	Framgångsfaktor	Läge 2017-04-30	Beskrivning av nuläget
			Modellen ger också möjlighet för nyanlända att delta i internutbildningar anordnade av Region Jämtland Härjedalen. Modellen är framtagen från och i samarbete med Arbetsförmedlingen.
Förbättrad psykisk hälsa	4. Utveckla behandlingsmetoder och förebyggande insatser för psykisk hälsa.	→	Inom satsningen för bättre psykisk hälsa utvecklar primärvården och psykiatri stöd och behandling med hjälp av distansöverbryggande teknik. Arbetet ingår i Sveriges kommuner och landstings breddsatsning.
	5. Utveckla samverkan med Norge, Västerbottens läns landsting och Norrbottens läns landsting om stärkt psykisk hälsa bland samer.	→	Funäsdalens hälsocentral arbetar aktivt för att utveckla samverkan kring samiska patienter med SANKS och Röros i Norge. Ett kunskapsnätverk för samers hälsa håller på att inrättas i samverkan mellan Region Jämtland Härjedalen, Västerbottens läns landsting och Region Norrbotten. Här ingår psykisk ohälsa som en central del.
	6. Följa upp det suicidpreventiva arbetet i myndighetssamverkan för att uppnå målet om en nollvision vad gäller självmord.	→	Suicidprevention är ett prioriterat arbete i den nya handlingsplan som Regionen och Kommunerna har arbetat fram för att stärka psykisk hälsa i länet. För närvarande söks en samordnare av suicidpreventiva frågor som ska arbeta regionövergripande. Uppföljning och utveckling av det suicidpreventiva arbetet blir prioriterade frågor för den nya samordnaren.
	7. Högre grad av samverkan och samarbete med andra särskilt skolan.	→	Chefsnätverk har bildats mellan BUP och länets elevhälsochefer. Gemensamt mobilt team för mellanvård bildat mellan BUP och Östersunds kommun. Ökad satsning på BUP:s filialteam för att stärka samverkan mellan BUP-elevhälsa och socialtjänst i länets ytterkommuner. Flera exempel finns t.ex. samarbete med Jämtlands gymnasium om HBTQ diplomering.
Hälsofrämjande och trygga levnadsvillkor och samordnad hälso- och sjukvård för	8. Utveckla rutiner för upptäckt av barn och unga som utsätts eller riskerar att utsättas för psykiskt och fysiskt förtryck.	→	Flera delar har utvecklats: bättre möjlighet att dokumentera våldsutsatthet i journalsystemet och därigenom lättare att kunna följa upp. Förbättrad dokumentation av

Fullmäktiges Strategiska mål	Framgångsfaktor	Läge 2017-04-30	Beskrivning av nuläget
minskade sjukskrivningstal			orosanmälningar till socialtjänst. Utbildningssatsningar för alla medarbetare samt särskild utbildning av nyckelpersoner i verksamheten har skett i syfte att öka kompetens och följsamhet till rutiner.
	9. Ungdomsmottagningarna och Barn- och ungdomspsykiatrin ska samarbeta med kommunernas elevhälsa förebygga psykisk ohälsa hos barn och ungdomar.	→	Chefsnätverk mellan BUP och länets elevhälsochefer bildat, där ungdomsmottagningen har möjlighet att delta. Ungdomsmottagningen och BUP har inom satsningen för bättre psykisk hälsa påbörjat gemensamt arbete att hitta vägar att nå unga med psykisk ohälsa. Ett sätt att öka tillgängligheten är utveckling av distansöverbryggande teknik.
	10. Riskbruksverksamheten ska prioritera aktiviteter i syfte att minska tobaksbruket hos ungdomar inom handlingsplanen för en tobaksfri region 2025.	→	Ett flertal aktiviteter pågår för att minska tobaksbruk. Tobaksfri duo finns idag på 12 skolor i 4 kommuner i länet. Region Jämtland Härjedalen samordnar arbetet med Tobaksfri duo i länet i nära samverkan med kommunerna. Relevanta nätverk t.ex. FolkhälsoZ och BUZ är viktiga grupperingar för spridning av Tobaksfri duo.
	11. Tillsammans med kommunerna analysera resultat från hälsosamtal i skolan, med syfte förebygga övervikt och fetma hos barn och ungdomar.	→	En länsrapport om Hälsosamtalet i skolan 2015-2016 är framtagen 2017 i samverkan med representanter för skolsköterskor och elevhälsa. I rapporten redovisas resultat bland annat kring BMI. Presentation av resultaten har gjorts i ett flertal grupperingar både tjänstemanna- och politiska grupper inom Region Jämtland Härjedalen och kommuner.
	12. Kartlägga verksamhetens behov för att uppfylla barnkonventionen, och den kommande lagen.	→	I relation till att barnkonventionen ska implementeras är den mest uppenbara utmaningen att verksamheterna inte arbetar aktivt med artikel 3. Inget systematiskt arbete pågår i relation till artikel 3, *att barns bästa alltid ska komma i främsta rummet,* efter att arbetet inom nio områden inventerats. Fem områden uppger att man har intern barnkompetens som vid

Fullmäktiges Strategiska mål	Framgångsfaktor	Läge 2017-04-30	Beskrivning av nuläget
			behov kan användas. Inget område uttrycker behov av stöd i arbetet med att säkerställa beaktandet av barns bästa. Vad gäller barns rättigheter såsom de är formulerade i befintlig nationell lagstiftning - t.ex. SoL 14 (anmälningsskyldigheten) och HSL 2g§ (anhöriga barn) - så uttrycks behov av fortsatt stöd. Särskilt gäller detta anmälningsskyldigheten. Antalet orosanmälningar ser ut att öka, men arbetsuppgiften beskrivs som svår.
	13. Region Jämtland Härjedalen ska ha ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetssätt (inom levnadsvanorna tobak, alkohol, motion, och goda matvanor).		Pågående eller utfört arbete inom levnadsvanorna är Startkampanjen - för att fler ska röra sig. Arbete med att senarelägga alkoholdebut och motverka drog och tobaksbruk bland ungdomar, ”Team 1217”. ”Stoppa langning” arbetet. ”Trygga och nyktra transporter” i samverkan med Jämtland Härjedalens idrottsförbund. Webbaserad levnadsvanetest. Kampanjen ”PÅ” för ökad kondomanvändning. Utdelning av kondomer på aktuella arenor, skolor samt via gratiskondomer.nu. Planerat arbete är 100 % ren idrott v41, Riskbruksveckan 46, Tobaksfria veckan 47, planerad ”Ät smart” kampanj, ”Bra matvanor” (folktandvården), ”STOPP” kampanj för att fler ska sluta använda tobak.
	14. Arbeta efter långsiktig utvecklingsplan för att minska sjukskrivningar i länets befolkning.		Arbete pågår i enlighet med planen. Huvuddelen av aktiviteter är påbörjade. Sjuktalen i länet har sjunkit. Utfallet mars 2017 ligger bättre än planens målkurva.
	15. Region Jämtland Härjedalen ska vid utgång av 2018 ha stabila och fungerande rutiner för samordnad tidig rehabilitering och ha hög kompetens inom försäkringsmedicin.		Rutiner för Samordnad tidig rehabilitering (STR) har fastställts och arbetssättet implementeras nu på länets hälsocentraler. Vid STR-möten deltar vården, Försäkringskassa, Arbetsförmedling och Socialkontor. För att öka kompetensen i Försäkringsmedicin har Försäkringskassan och Regionens

Fullmäktiges Strategiska mål	Framgångsfaktor	Läge 2017-04-30	Beskrivning av nuläget
			processledning under 2016/2017 besökt länets hälsocentraler för utbildning och dialog. Samtliga AT/ST-läkare erbjuds obligatorisk utbildning i Försäkringsmedicin. Därutöver kommer ny web-utbildning i Försäkringsmedicin att under år 2017 erbjudas samtliga läkare.

1.2 Patient

Fullmäktiges Strategiska mål	Framgångsfaktor	Läge 2017-04-30	Beskrivning av nuläget
Patientsäker jämlik och jämställd vård av god kvalitet efter behov	16. Vårdsökande med störst behov ska ha företräde till vården. Vården ska vara jämlik för kvinnor, män, flickor, pojkar, utrikesfödda och inrikes födda oavsett funktions -nedsättning, sexuell läggning, könsidentitet eller uttryck, ålder kulturell bakgrund, utbildning, bostadsort, ekonomiska förutsättningar eller annat.	→	Prioritering av vem som har störst behov av vården ingår alltid i kliniskt vårdarbete. Inom verksamheterna finns goda exempel (reumatologin) där jämlik- och jämställdhetsarbete pågår för att säkerställa att vården ges på lika villkor. Dock behövs fortsatt stöd för alla verksamheter att leva upp till jämlik vård.
	17. Vården ska följas upp med könsuppdelad statistik och resultaten analyseras. Eventuella omotiverade skillnader och/eller likheter mellan män, kvinnor, flickor och pojkar avseende tillgång till vård, behandling, behandlingsresultat och bemötande ska åtgärdas. Åtgärderna ska följas upp för att säkerställa att åtgärderna ledde till en jämställd och jämlik vård.	→	Könsuppdelad statistik redovisas oftast idag. Resultat från interna uppföljningar, öppna jämförelser/ vården i siffror och patientenkäter är underlag som används. Viss analys görs av resultaten. Dock osäkert om vi kan säkerställa att åtgärder följts upp.
	18. Alla patienter som besöker sjukvården ska vara välinformerade om sina läkemedel och ha kostnadseffektiva läkemedel.	→	Ett led till att patienterna ska få kunskap om sin läkemedelsbehandling är att de får med sig utskrivningsinformation inklusive läkemedelsberättelse och aktuell läkemedelslista vid utskrivning från sjukhuset. Under första kvartalet 2017 ses en marginell ökning av utskrivningsinformation jämfört med snittet för föregående år. 2016 års mätning påbörjades andra kvartalet

Fullmäktiges Strategiska mål	Framgångsfaktor	Läge 2017-04-30	Beskrivning av nuläget
	19. Ytterligare minska och följa upp förskrivning av antibiotika.		Minskning med 5% av förskrivna recept per tusen invånare jämfört med Q1 2017, och en minskning med 2% jämfört rullande 12 månader. Tillsammans med verksamheten har Stramas ordförande arbetat med att förbättra användningen av antibiotika i samband med operation. Stramas ordförande har dessutom deltagit vid ett informationstillfälle för läkare med syfte att höja medvetandegraden för antibiotikaresistens och antibiotikaförskrivning.
	20. Tandhälsan för barn är ett prioriterat område. Där är det viktigt med samarbete mellan BVC och folktandvård för att stärka det förebyggande arbetet.		Screening av barn 0-2 år görs sedan 2014 i samarbete med sjuksköterskor på BVC. Andel screenade 2-åringar har ökat från 24 till 32,5 %, år 2016. Andelen med tandvårdsåtgärder har ökat från 4,5 till 12 % år 2016. Under 2017 planeras översyn av screening verksamheten, och granskning av journaler till 3-åringar som remitterats till barntandläkare.
	21. Andel patienter med behov av samordning från olika instanser som har en samordnad individuell plan ska öka jämfört med 2016.		IT-stöd för samordnad individuell plan (SIP) är inte implementerat, vilket medför svårigheter att följa upp. Arbete med IT-stöd fortsätter med extern resurs. Utbildningsinsatser för SIP är genomförda.
	22. Fortsatt arbete inom Ledningskraft för att beakta de äldre och multisjukas behov av vård och kontinuitet i denna. Tillgång till specialistkompetens och teamresurser är viktigt för dessa grupper. Implementering av närvårdsteam ska följas.		Ny uppdragsbeskrivning för Ledningskraft är klar. Mobilt närvårdsteam har startat.
	23. Vårdkvalitet ska bibehållas eller förbättras utifrån resultat i prioriterade kvalitetsregister.		I nuläget finns inga prioriterade kvalitetsregister i hälso- och sjukvårdsförvaltningens verksamhetsplan. Respektive

Fullmäktiges Strategiska mål	Framgångsfaktor	Läge 2017-04-30	Beskrivning av nuläget
			verksamhetsområde ska analysera och ge förslag på prioritering av kvalitetsregister för att åstadkomma ökat användande av kvalitetsregistrens resultat.
	24. Implementera nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder och därigenom synliggöra det förebyggande perspektivet i vårdprocesserna. Det hälsofrämjande arbetssättet ska främja goda matvanor, fysisk aktivitet, minskat tobaksbruk och alkoholbruk.	→	Region Jämtland Härjedalen är medlem i hälsofrämjande hälso- och sjukvård där uppdatering av olika kunskapsdokument sker. Mall för dokumentation av levnadsvanor i journalsystemet COSMIC är framtagen. Utbildningsinsatser för personal inom Region Jämtland Härjedalen sker kontinuerligt.
	25. Arbeta mer aktivt med förebyggande insatser mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar.	→	Arbete pågår enligt FöräldraBarnhälsans vårdprogram. Detta är inom verksamhetens uppdrag.
	26. Den reviderade rutinen "Att ställa frågan om våld och hantera svaret" ska tillämpas i högre utsträckning än 2016.	↑	Informationsinsatser har givits och stöd har erbjudits till verksamheterna. Användande av mallen "våldsutsatthet och / eller oro för barn" i journalsystemet COSMIC har ökat, vilket tolkas som att rutinen används i ökad omfattning.
	27. Utveckla samarbete mellan primärvården, psykiatri och specialiserade somatiska vården för att tidigt identifiera riskpersoner för suicid.	→	Hur arbetet bedrivs beror delvis på om det är en vuxen eller ett barn eller ungdom. Barn- och ungdomsmedicin remitterar alla som inkommer pga. förgiftning orsakat av alkohol, droger eller avsiktlig överdosering av läkemedel till kontakt med barn- och ungdomspsykiatrin för uppföljning och bedömning. Samarbetsformer mellan vuxenpsykiatri och primärvård medicinska ledning finns. Översyn av handläggningsöverenskommelse och Zamsyns dokument om suicid pågår. Särskild samordnare för arbetet med

Fullmäktiges Strategiska mål	Framgångsfaktor	Läge 2017-04-30	Beskrivning av nuläget
			förebyggande av självmord håller på att rekryteras.
	28. Identifiera behov av vårdnivå hos personer som ofta söker akut vård.	→	Tvåårigt projekt, ”mångbesökarprojektet”, är uppstartat under mars månad med 50 % sjuksköterskeresurs. Projektet syftar till att hitta sätt att identifiera personer som ofta söker akut vård och ta fram rutiner för bra omhändertagande.
	29. Bedriva ett aktivt patientsäkerhetsarbete i hela Region Jämtland Härjedalen och arbeta förebyggande för att minska vårdskador (t.ex. fall, trycksår, undernäring, blåsöverfyllnad). Arbetet ska i förekommande fall bedrivas tillsammans med kommunal vård.	→	Tillsammans med kommunerna har analys av trycksår genomförts. Planering av ”vårdrelaterade infektioner i fokus” pågår. Andra pågående aktiviteter är patientsäkerhetsdialoger, hälsovalsuppföljning, hygienronder och förbättrad information till medborgare. Ny läkemedelsmodul i journalsystemet COSMIC med utbildningsinsatser är i startskede. Se även 18 och 19. Kvalitetsregistret Senior Alert nämner flera verksamhetsområden som grund för att förebygga att riskpatienter får vårdskador.
Region Jämtland Härjedalens vård ska så långt möjligt ges i hemmet eller så nära hemmet som möjligt	30. Primärvården ska vara styrande i hälso- och sjukvårdssystemet utifrån att den vårdsökande ska få hjälp så nära hemmet som möjligt.	→	Projekt - Läkare från specialiserade vården jobbar i primärvården. Samverkansarena med kommunen - fredagsgruppen
	31. Primärvården ska erbjuda de vårdsökande kontinuitet och vid behov ett multiprofessionellt omhändertagande.	→	Införande av arbetssätt med triage, införande av öppen mottagning/lättakut Identifiera mångbesökare/multisjuka
	32. Specialiserade vården ska tillsammans med primärvård och kommunal vård ändra arbetssätt för att delta i utveckling av vård i hemmet.	→	Ett närvårdsteam har startats för att kunna möta patienterna i deras hem. Teamet består av läkare och sjuksköterska. Projekt återinskrivningar
	33. Inom Region Jämtland Härjedalen och tillsammans med kommunerna	→	Det finns flera goda exempel på utveckling av nya arbetsformer

Fullmäktiges Strategiska mål	Framgångsfaktor	Läge 2017-04-30	Beskrivning av nuläget
	utveckla nya arbetsformer för vård på distans och mobila lösningar,		och mobila lösningar. Patienter, som ska förberedas inför PCI, kallas till hälsocentralerna i Strömsund och Sveg istället för Östersund. Personalen på hälsocentralen tar förberedande prover och hjälper till med uppkoppling av videomötet med PCI-lab i på sjukhuset. Barn och unga vuxna bjuder in sina patienter till möten på distans med syfte att nå de yngre på nyare sätt. Även dietisterna som oftare möter äldre personer kan med distriktssköterskan som mellanhand genomföra kontakten med personen kvar i hemmet.
	34. Stöd ska ges till anhöriga som ger vårdande insatser i hemmet.		Stöd till anhöriga som ger vårdande insatser i hemmet är i första hand ett ansvar för kommunerna. Dock är kontakter med anhöriga väsentliga även inom regionens verksamheter och stöd till dem kan tillgodoses via t.ex. kontaktsjuksköterska eller kurator. Mobila verksamheter ger ett utökat stöd till anhöriga utöver sedvanligt stöd i samband med besök på hälsocentral eller sjukhus.
	35. Informera vårdsökande att använda 1177 vårdguidens webbplats: 1177.se med tillhörande e-tjänster (fd MVK).		Samtliga mottagningar arbetar aktivt för att patienter ska använda sig av 1177. Andel anslutna till e-tjänster (MVK) ökar, april 2017 ca 29 % av invånarna i Jämtland/Härjedalen
Fördjupat samarbete med kommunerna avseende barn, unga, äldre och utsatta grupper.	36. I samarbete med kommunerna erbjuda nyanlända en hälso- o sjukvård utifrån deras behov.		Ett gott samarbete finns i länet. Kommunala överenskommelser bör dock ses över under året 2017. Kontakter tagna för utarbetande av samverkansrutiner för att nå anhörig/anknytningsinvandrade med erbjudande om hälsoundersökning. Asyl-flyktinghälsan har under våren pågående informations/utbildningsinsatser utifrån SKL:s ”hälsa i Sverige för nyanlända och asylsökande”

Fullmäktiges Strategiska mål	Framgångsfaktor	Läge 2017-04-30	Beskrivning av nuläget
			där kommunernas personal inom HVB-hem och integration, migrationsverket och civilsamhället ges uppdaterad information om att hitta rätt i vården för nyanlända
	37. Identifiera våldsutsatta personer och erbjuda ett fungerande omhändertagande.	↑	Användande av mallen ”våldsutsatthet och / eller oror för barn” i journalsystemet COSMIC ökar. Se även 26. Alla gravida tillfrågas i vårdkedjan om våld och våld i nära relation vid ett särskilt besök på MVC.
	38. Samarbetet mellan kommunerna och Region JH bör prioritera gemensamt agerande när det gäller barn, unga, äldre och utsatta grupper. I samarbetet ingår familjecentraler, elevhälsa, ungdomsmottagningar och missbruksvård.	↑	Elevhälsan – överlämnande av bvc. journal till elevhälsan Handläggningsdokument/överenskommelse bl.a. gällande missbruksvård är under uppdatering med psykiatrin Filial ungdomsmottagningen startad i Strömsund
Bättre bemötande och anpassad kommunikation på patientens villkor	39. Utifrån värdegrund och normkritiskt förhållningssätt identifiera brister och vidta åtgärder som stödjer professionellt bemötande.	→	Medarbetarutbildningen klar men målet att samtliga ska ha gjort utbildningen 2016 uppnåddes inte trots upprepade påminnelser. Fortsatta diskussioner ska föras på arbetsplatsträffar.
	40. Tillämpa rutin för samtal med barn som anhöriga vid dödsfall och svåra sjukdomar.		Inget svar inkommit
	41. Utveckla analys och styrning utifrån resultat av patientenkäter eller andra källor för patienters erfarenheter/synpunkter.	→	Under 2017 kommer nationella patientenkäter att genomförs. Analys av resultat kommer att genomföras, förberedelsearbete påbörjat. En annan källa som kan behöva utvecklas är användande av patienters uppfattningar om egna vårdens resultat, som finns i en del kvalitetsregister.
	42. Förbättra kommunikation med patient med hänsyn tagen till behov av tolk, skriftlig information om behandling, behov av teckenspråk, punktskrift.	↑	Inom ramen för arbete med nationella minoriteter pågår översättning av texter till sydsamiska. Inom asylhälsan har insatser genomförts för att säkerställa att tolk finns

Fullmäktiges Strategiska mål	Framgångsfaktor	Läge 2017-04-30	Beskrivning av nuläget
			tillgänglig då det behövs. Inom de verksamheter som nyanlända oftast besöker inom vården är kunskapen om betydelsen att tolka bra.
Öka patientinflytande	43. Öka patientmedverkan genom bland annat deltagande i förbättringsarbeten och i upprättandet av standardiserade vårdförlopp.	→	Det finns flera exempel på att patienter och i vissa fall anhöriga deltagit i förbättringsarbeten, alternativt att intresseföreningar haft representation. Så har skett i arbetena med standardiserade vårdförlopp. Föreningen Jämtgubben har medverkat i översyn av patientflödet för prostata.
	44. I alla verksamheter ska patienterna ha inflytande och deras erfarenheter tas tillvara genom brukarråd eller på annat sätt.	→	Flera verksamheter har fungerande brukarråd eller patientgruppsrepresentanter. Om det inte finns brukarråd, arbetar verksamheterna för att möta intressenter på annat sätt.
	45. Arbeta för ett mer personcentrerat arbetssätt genom individanpassad information och använda personens egna resurser dvs vad denne kan göra själv.	→	Inom medicinska specialiteter har personcentrerat arbetssätt aktivt eftersträvats. Här prövas även särskild vårdplan i journalsystemet för detta. Personcentrerat arbetssätt och individanpassad information är en aktivitet i hälso- och sjukvårdsförvaltningens verksamhetsplan.
	46. Kunskap och information om egenvård är en viktig del av vårdens utveckling.	→	Underlag har tagits fram för att kunna arbeta vidare med frågan gällande vad egenvård kan vara och hur det kan beskrivas mellan huvudmännen
	47. Journal på nätet ska införas under 2017	→	Införandet går enligt plan beräknat start 171001

1.3 Medarbetare

Fullmäktiges Strategiska mål	Framgångsfaktor	Läge 2017-04-30	Beskrivning av nuläget
Attraktiv arbetsgivare	48. Tydliga förväntningar på chefer i organisationen ger förutsättningar till ett gott ledarskap.	→	Projektledare Chefsutveckling är anställd och börjar 8/5.

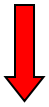
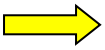
Fullmäktiges Strategiska mål	Framgångsfaktor	Läge 2017-04-30	Beskrivning av nuläget
	49. Vägledande för arbetsorganisationen ska vara att varje medarbetares kompetens används fullt ut. Alla ska synas och få återkoppling och vid behov stöd.		Årligen har medarbetare ett medarbetarsamtal. I mallen för samtalet finns bl a frågor om framtida behov av kompetensutveckling och förändring av arbetets innehåll. Även ett löneförberande samtal inför löneöversyn ges årligen. I det ingår det att prata om prestation och ge återkoppling och feedback på det år som gått. Arbetsmiljöenkäten ger möjlighet till dialog på arbetsplatsen om arbetssätt, roller, ansvar och rutiner.
	50. Region Jämtland Härjedalen ska vara en attraktiv arbetsgivare för både kvinnor och män.		Syftet med Handlingsplanen för attraktiv arbetsgivare 2017-2019 är att vara attraktiv för både män och kvinnor. I handlingsplanen ingår aktiviteter med ett jämställdhets- och mångfaldsperspektiv.
	51. Alla medarbetare ska arbeta utifrån ett tydligt fokus på vilka Region Jämtland Härjedalen är till för, dvs patienter, kunder och brukare.		I Handlingsplanen för attraktiv arbetsgivare 2017-2019 är målet för chefer och medarbetare att se till medborgarnas och regionens behov. Där finns tydliga skrivningar om att varje medarbetare har stor betydelse för en framgångsrik verksamhet och ska bidra aktivt till verksamhetens behov, uppdrag och utveckling.
	52. Region Jämtland Härjedalen ska vara en hälsofrämjande arbetsplats med goda anställningsvillkor och tillgång till hälsofrämjande insatser.		Två gånger per år mäts arbetsmiljön via en enkät som går till alla medarbetare. Under 2017 gjordes det i slutet av februari. Indexet i oktober 2016 var 4,51 och index 2017 var 4,61
	53. Regionens värdegrund ska vara vägledande i medarbetarnas vardag för att utveckla arbetsmiljön och därmed stärka bemötande och värdskap.		Under hösten 2016 och början av 2017 ska alla medarbetare gå en webbutbildning i värdegrund/varumärket. I nuläget har 2700 gått utbildningen. Påminnelse om utbildningen har gått ut.
	54. Modellen för arbetsvärdering ska följas upp ur ett jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv.		Ännu ej påbörjat arbetet men beräknas starta efter sommaren. Hela systemet för arbetsvärderings ska ses över

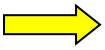
Fullmäktiges Strategiska mål	Framgångsfaktor	Läge 2017-04-30	Beskrivning av nuläget
			och ska vara klart tidig höst för att användas för årliga lönekartläggningen och löneanalys.
	55. Forskning och innovation ska stimuleras. Region Jämtland Härjedalen ska vara en lärande organisation där spridning av förbättringsarbeten och forskningsresultat är en naturlig del av verksamheten. Region JH ska erbjuda kvinnor och män i flera yrkesgrupper att delta i forskning, även på deltid.		Kommunikations- och FoU-enheten har i uppdrag att arbeta med en dynamisk aktivitetsplan för att fler medarbetare/medborgare ska få kännedom om den forskning som görs inom regionen och att regionen ligger i framkant när det gäller forskning. Ett kontinuerligt arbete pågår för att skapa, och ständigt förbättra, den akademiska miljön som stimulerar till forskning och vidareutbildning för regionens anställda. Under 2016 togs beslut om att minska FoU-medlen med 1,5 miljoner kr. På sikt bidrar detta beslut till en avstannande progress när det gäller att bygga upp den akademiska miljön inom organisationen.
En god arbetsmiljö	56. Alla medarbetare ska vara delaktiga och ha inflytande i den egna verksamhetens planering och dess utveckling.		I arbetsmiljöenkäten finns frågor om delaktighet och självbestämmande på arbetsplatsen. Delaktighet / Självbestämmande : Det finns påverkansmöjligheter på den egna arbetssituationen Resultat 4,,29 (oktober 2016 4,30) Jag tycker att jag kan påverka hur arbetet organiseras på min arbetsplats Resultat 4,06 (oktober 2016 4,04)
	57. Mångfald, i betydelsen inkludering prioriteras i såväl den inre organisationen som samverkan mellan förvaltningar är en nödvändighet för kompetensförsörjningen.		Under 2016 (heltid) och 2017 (50%) har en etableringskoordinator varit anställd för att stödja nyanlända i vår organisation. Ett flertal har placeringar som språkpraktikanter inom organisationen och två personer har vikariat som läkarassistent.

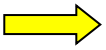
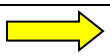
Fullmäktiges Strategiska mål	Framgångsfaktor	Läge 2017-04-30	Beskrivning av nuläget
	58. Teknikutveckling inom Region Jämtland Härjedalens verksamheter ställer krav på att medarbetare och chefer erbjuds fortbildning.	→	Samtal förs med bl a MIUN för att utbilda och förbereda studenter inför yrkeslivet. Nya möten bokade med MIUN för att fortsätta samtalen.
Kompetensutveckling och karriärvägar	59. Utveckla chefsrollen och etablera chefsnätverk.	→	Se punkt 48
	60. Alla medarbetare ska ha en individuell kompetensutvecklingsplan.	→	I mallen för medarbetarsamtal finns mall för kompetensutvecklingsplan. I nya kompetenshanteringssystemet kommer chef och medarbetare att få stöd i dokumenteringen.
	61. Arbetsgivaren ska ta tillvara såväl kvinnliga som manliga medarbetare som har intresse av ledarskap	→	Under våren 2017 har annonsering om att söka chefaspirant utbildningen gått ut. Många sökanden och urval pågår
	62. Karriärvägar för alla yrkeskategorier ska finnas samt möjlighet till utveckling genom utbildning.	→	I nuläget är modellen för karriärvägar framtagen för sjuksköterskor, undersköterskor och psykologer fastställda. För dessa grupper pågår verksamhetsanpassning. För fysioterapeuter, arbetsterapeuter är det på gång arbetsgrupper.
En kompetensförsörjning som understödjer omställning till framtidens behov	63. Inventera kommande kompetensförsörjnings-behov. Framåtsyftande kompetensförsörjning med hänsyn tagen till befolkningens behov av vård.	↑	Kompetenskartläggning är genomförd. Utifrån kartläggningen pågår analys och framtagande av åtgärder på regionnivå.
	64. Region Jämtland Härjedalen är en god förebild för elever och studenter inom olika vårdutbildningar.	↑	Marknadsföring och träffar med studenter pågår. Sjuksköterskestudenterna träffar regionen termin 3,5 och 6. Termin 3 är träffen av välkomnande karaktär inför deras första placering inom regionen.
	65. Aktivt arbeta för att studenter blir framtida medarbetare.	→	Enhetschefer och medarbetare försöker hala tiden peppa aktuella studenter att bli framtida kolleger eller vidareutbilda sig inom området inför framtiden område kvinna
	66. Olikheter bland medarbetare ska värdesättas genom att inkludera medarbetare från t.ex. andra länder och kulturer	↑	Försöker bland ansökningar se om det finns sökande från annan kultur. Det är intressant och viktigt för verksamheten. Område Kvinna
Minskade sjuktal för Region JH:s medarbetare	67. Region Jämtland Härjedalen ska tillsammans med arbetsförmedlingen, försäkringskassan med flera arbeta med ett långsiktigt utvecklingsarbete för att minska den höga andelen sjukskrivna.	↑	Tillhör 68 Arbete pågår i enlighet med planen. Sjuktalen utvecklas positivt i Jämtlands län och hos Region Jämtland Härjedalen som arbetsgivare.

Fullmäktiges Strategiska mål	Framgångsfaktor	Läge 2017-04-30	Beskrivning av nuläget
	68. Arbeta utifrån långsiktig plan för minskade sjukskrivningar		Regionens sjuktal har sänkts från 7,2 till 6,5 i jämförelse med samma period förra året. Ett aktivt arbete pågår med att sänka sjukfrånvaron.

1.4 Verksamhetsresultat

Fullmäktiges Strategiska mål	Framgångsfaktor	Läge 2017-04-30	Beskrivning av nuläget
God ekonomisk hushållning	69. God ekonomisk hushållning innebär att Region Jämtland Härjedalen ska uppnå och bibehålla en styrka i ekonomin och långsiktigt följa principen att varje generation jämställt och solidariskt bär kostnaden för den service som den konsumerar och beslutar om.		Uppnås inte i nuläget. Visar fortsatt prognostiserat underskott och ackumulerat underskott är inte återställt, vilket gör att vi lånar av oss själva. Målet är att ta fram åtgärder för att nå en ekonomi i balans men nuvarande åtgärder är uppenbarligen inte tillräckliga.
	70. Om ny verksamhet bedöms nödvändig ska den finansieras antingen genom ökade intäkter eller genom att fördela om befintlig verksamhet.		Ett arbete som pågår idag då inga beslut tas som inte är finansierade. Varje förändring prövas noggrant.
	71. Bevaka och vidta ytterligare åtgärder för att uppnå målen i finansplanen.		Arbetet med resultatförbättrande åtgärder pågår ständigt och kompletteras allt eftersom det visar sig behövas.
Långsiktigt hållbar verksamhet	72. Ekologisk hållbarhet: Region Jämtland Härjedalens miljö och klimatpåverkan ska minimeras. Till stöd för sitt inre arbete har verksamheterna certifierade ledningssystem ISO 14001 och EMAS. Inom alla verksamheter ska teknik, arbetssätt och transportsätt väljas, så att klimatpåverkan från tjänsteresor och transporter minskar.		Klimatpåverkan från tjänsteresor och transporter har ökat de senaste åren, så att vända trenden och åstadkomma en minskning är en väldigt stor utmaning. Genom den analys av resor som gjordes i början av året, tillsammans med framtagande av åtgärder/handlingsplan med CERO-metoden samt intern reserådgivning, finns ändå ett antal åtgärder planerade. Satsningarna på distansoberoende teknik kan också medföra minskat resande och om det får den effekten så kan det också ge minskning av klimatpåverkan. Om dessa åtgärder är tillräckligt för att åstadkomma en minskning av klimatpåverkan från resor redan under 2017 ä dock högst oklart.

Fullmäktiges Strategiska mål	Framgångsfaktor	Läge 2017-04-30	Beskrivning av nuläget
	73. Social hållbarhet: Region Jämtland Härjedalen ska genom sitt utvecklingsuppdrag verka för ett socialt hållbart samhälle. Det innebär att alla individer får sina rättigheter respekterade. Alla ska på lika villkor erbjudas en livsmiljö där de kan tillgodogöra sig kunskap, utvecklas och ha en god hälsa.		Se framgångsfaktor 1.
	74. Ekonomiskt hållbart definierar Region Jämtland Härjedalen som god ekonomisk hushållning.		Innebär ett överskott på 2 procent. Under innevarande planperiod bedöms inte målet vara rimligt fram till 2019.
	~~*75. Verksamheterna ska ha beredskap för arbete med regionbildning i Norrland om riksdag och regering fattar sådant beslut.*~~		EJ AKTUELL
Effektiva processer	76. Utvecklingsarbetet med effektiva processer ska ha följande fokuseringar: - god tillgänglighet – god patientsäkerhet – god kvalitet – jämlik och jämställdhet – effektiv rekrytering av personal samt minskade sjukskrivningar i länet.		Plan för hur samtliga enheter ska införa Produktionsplaner har upprättats. Likaså arbete med väntelistor och telefontillgänglighet. Distansöverbryggande teknik möjliggör ökad tillgänglighet inom PV. Arbete med införande av SVF pågår. Arbete med rehab koordinatorer minskar sjukskrivningar. Systematiskt patientsäkerhetsarbete. Uppföljning av könsuppdelad statistik.
	77. Förbättra resultaten avseende tillgänglighet till vård genom systematiskt arbete med produktions- och kapacitetsplanering, förhållningssätt enligt Lean och standardiserade arbetssätt, t.ex. SVF.		Produktionsplaner har tagits fram till majoriteten av mottagningarna inom medicin. Kvarstår att arbeta verksamhetsnära med planerna samt ta fram kapacitetsplaner. De flesta verksamheter inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen arbetar systematiskt med produktions – och kapacitetsplanering. Dock har detta arbete ännu inte fått utfall på tillgängligheten i någon större utsträckning. En orsak till detta är att arbetet innebär förändrade arbetssätt vilket tar tid att genomföra.
	78. Förbättra effektiviteten genom att beskriva vårdens processer och komma överens om ansvar mellan de specialiteter som är involverade i aktuell process.		Processkartläggning och klargöra ”vem gör vad” pågår inom hela medicinområdet.(medicin gul) Standardiseringar såsom SVF, förändrade arbetssätt och

Fullmäktiges Strategiska mål	Framgångsfaktor	Läge 2017-04-30	Beskrivning av nuläget
			kompetensförskjutningar pågår inom flera områden./
	79. Effektiva processer innebär bland annat att rätt kompetens utför respektive arbetsuppgift i rätt tid.		Kompetensförskjutning pågår inom flera områden.
	80. Vårdens processer ska följas upp utifrån faktabaserade underlag. In – och utprioriteringar ska ske i öppna processer.		Uppföljning av nyckeltal görs regelbundet i samtliga ledningsgrupper.
	81. Alla medarbetare ska ha tillgång till resultat för enhetens viktigaste nyckeltal (kan vara från kvalitetsregister, intern uppföljning eller underlag från prodiver).		Intern uppföljning sker på enhetsnivå, områdesnivå, förvaltningsledning och regionledning. Samtliga enheter inom hälso- och sjukvården har måltavlor som kan följas månadsvis av medarbetarna
	82. Inköp ska göras ur ett hållbarhetsperspektiv som prioriterar hänsyn till miljö och hälsa.		I samband med upphandling ställs relevanta krav i enlighet med upphandlingspolicyn, organisationens regler för hållbar upphandling samt Upphandlingsmyndighetens kriteriedokument gällande miljö. I samtliga dokument tas hänsyn till både miljö och hälsa.
	83. Energianvändningen ska fortsätta minska så att de långsiktiga målen nås.		Vi kommer att klara uppdraget under året om det inte blir några störningar som vi inte kan påverka ex mycket kallt år.
	84. Socialt ansvar ska beaktas vid upphandling av tjänster och produkter.		I upphandlingspolicyn framgår att upphandling ska ske utifrån miljöhänsyn och miljö samt sociala hänsyn där så är möjligt. Exempel på sociala hänsyn är kollektivavtalsenliga villkor, antidiskrimineringsklausuler, krav med särskilt fokus på hållbar utveckling i främjande av ekologiska och rättvist producerade produkter. I varje enskild upphandling övervägs vilka krav som ska ställas bland annat utifrån ovanstående. Vi arbetar även nationellt med en uppförandekod för leverantörer där vi ställer krav på bl.a. FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna (1948) -ILO:s åtta kärnkonventioner.
Fördjupat samarbete för att minska kostnader och öka intäkter	85. Verkställ åtgärdspaketen i långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning.		1. Akut omhändertagande, PCI infört, resultatförbättring uppnådd under 2016. 2. Sjukresor: Mål 5 mkr för helår 2017. Kostnaderna minskade första

Fullmäktiges Strategiska mål	Framgångsfaktor	Läge 2017-04-30	Beskrivning av nuläget
			tertialet med 0,3 mkr (-2,7 %). Utredning av sjukresor i egen regi pågår. 4. Effektivisera lokal/resursutnyttjande inom sjukhuset: Mål 2 mkr 2018. En utredning gjord men inga resultatförbättringar identifierade. 6. Förändra strukturen för primärvården: Mål 8 mkr för helår 2017. Ingen resultatförbättring första tertialet 2017. 7. Förändra strukturen för folktandvården. Målet uppnått 2015 och 2016. 8. Minskning av administrativa och regionövergripande kostnader. Målet uppnått 2015 och 2016. 9. Intäkter. Den största effekten av höjningen 1 april 2016 av patientavgifter för öppenvård, kom 2016. Under första tertialet 2017 steg intäkterna från patientavgifter öppenvård med 0,1 mkr (+0,4 %). Om intäkterna korrigeras för att mammografi och vård för personer över 85 år blev kostnadsfri 1 januari 2017, steg intäkterna från patientavgifter med 1,6 mkr (+8,4 %). 9. Slutenvårdsavgifterna höjdes per 1 okt 2016. Ökningen första tertialet blev 0,4 mkr (+17 %). 10. Förhindra inläggning/minska antalet färdigbehandlade patienter på vårdavdelning. Mål 10 mkr 2017. Ingen effekt än. 11. Vårdflöden psykisk ohälsa. Mål 2 mkr 2017. Ingen effekt än. 12. Läkemedelshantering. Mål 5 mkr 2018. 13. Hemtagning riks- och regionvård. Måltidpunkt 2018. 14. Samverkan med kommunerna och gemensamma funktioner. Måltidpunkt 2017. Diskussioner påbörjade. 15. Samverkan med landstinget Västernorrland. Mål 10 mkr 2018. 16. Samarbete kring labverksamhet. Mål 2-4 mkr 2016. Ej uppnått. 17. Minskad sjukskrivning. Mål 2 mkr 2017. Sjukskrivningarna har börjat minska.
	86. Verkställa åtgärdsplan efter 20151111.		Regionstyrelsen fick i januari 2017 en återredovisning och därmed har ärendet avslutats. De återstående punkterna hanteras som särskilda ärenden eller

Fullmäktiges Strategiska mål	Framgångsfaktor	Läge 2017-04-30	Beskrivning av nuläget
			infogas i andra pågående åtgärder.
	87. Verkställa regionstyrelsens beslut februari 2016 om åtgärder.	→	En genomlysning av område Kirurgi har verkställts och pågår i form av OPUS 2020. Minska antalet arbetade timmar till 2013 års nivå har omformulerats i mars 2017 till ett ekonomiskt mått. Vilket även kan kopplas till att

2 Regionala utvecklingsnämndens framgångsfaktorer

Fullmäktiges Strategiska mål	Uppföljning av framgångsfaktorer	Läget 2017-04-30	Beskrivning av vad som gjorts och vad som planeras inom 2017
Effektiv infrastruktur kring vägar, järnvägar, flyg, bredband och digital teknik	Medverka i arbetet för fossilfritt 2030	↑	Arbetar bland annat via länet sklimatråd.
	Arbeta fram, och under år 2018 fastställa, en ny Länstransportplan för perioden 2018 – 2029 utifrån regeringens direktiv och ramar. (redovisas som aktivitet 2017, men som mål 2018)	→	Arbete pågår
	Verka för ett ökat kollektivt resande	→	Totala resandet för Länstrafiken är ungefär som motsvarande period 2016, 899 000 resor 2017 jämfört med 904 000 2016, 99,4 %. Inom tätorten är det 1 377 000 jämfört med 1 386 000, 99,4 % På tåget, med Länstrafikens färdbevis, 45 000 jämfört med 44 000, en liten ökning

	Verka för att Regionens intressen tas till vara i Trafikverkets förslag till ny Nationell plan för transportsystemet för perioden 2018 – 2029		Arbete pågår
	Verka för att minst 90 % av alla hushåll och företag har tillgång till bredband om minst 100 Mbit/s vid utgången av 2020 (redovisas som aktivitet 2017-2019, men som mål 2020)		Arbete pågår genom regionens bredbandssamordnare.
	Fler utexaminerade med IT-kompetens		Redovisas i årsbokslut.
	Verka för en digitalisering i samhället		Arbete med länets digitala agenda fortgår.
Kulturen har en viktig roll för regional utveckling, hälsa, delaktighet, inflytande och personlig utveckling	Genomföra Kultur i vården-program och särskilda programaktiviteter för seniorer		Genomförs fortlöpande och utvärderas vid årsbokslut och i den statliga uppföljningen. Tre aktuella program våren -17: Trio Senora, Säg det i toner, Qvintett Noel.
	Utveckla arbetet med volontärsarbete		Sker genom Jamtli. Enligt årsbokslut 2016 var det 128 personer på volontärsbasis. 2017 redovisas i årsbokslut
	Fortsätta arrangörsutvecklingsarbetet med särskild inriktning på unga arrangörer och nyanlända		Arrangörsutvecklingsarbete tas vidare och redovisas vid årsbokslut och i den statliga uppföljningen.

	Öka möjligheten att arbeta med regionens konst inom hälso- och sjukvården		Fyra verksamma konstnärer / formgivare har i uppdrag att ge förslag av inköp av konst och val av verk i RJH konstsamling för åtta verksamheter. Ett är i samverkan med Region Jämtland Härjedalens samiska samrådsgrupp och Strömsund hc. Syftet med det är att bidra med samisk konst och konsthantverk i Strömsunds hc: s uppdrag att utveckla en samisk profil. Utveckling av målet har påbörjats, till exempel genom det pågående projektet med dagverksamhet. Möjligheten att på sikt kunna tillgängliggöra konstsamlingen digitalt har öppnats i och med att nytt konstdatabassystem har installerats.
	Utveckla det pedagogiska arbetet med nyanlända och ensamkommande barn		Enligt redovisning 2016 har ett stort antal aktiviteter skett och löper vidare under 2017. Redovisas vid årsbokslut.
	Samverka för insatser i det regionala integrationsarbetet		Enligt redovisning 2016 har ett stort antal aktiviteter skett och löper vidare under 2017. Redovisas vid årsbokslut.
Jämtland Härjedalen har en ökad inflyttning med fler i arbete och ökat företagande	Faktabaserad kunskapsspridning om det demografiska läget och dess största påverkansfaktorer		Under våren har ett programområde bestående av 7 olika insatsområden tagits fram. Underlaget baseras på en omfattande omvärldsbevakning. Målet är en långsiktig näringslivs- och befolkningstillväxt. Förslaget har presenterats i olika regionala sammanhang, bl.a. för kommunalråd och kommunchefer samt för Regionens utvecklingsnämnd. Under kommande period genomförs en fördjupad dialog med olika aktörer kring målsättning, prioriteringar och innehåll

	Nära samverkan med kommuner och näringsliv gällande inflyttning och rekrytering		Målgruppen i projektet Yrkesspråk är SFI- och yrkeslärare (från Bergs, Härjedalens, Krokoms, Strömsunds, Åre och Östersunds kommuner), vilka ska kompetensutvecklas för att ha rätt kompetens när SFI i allt högre grad kombineras med yrkesutbildning Projektledare har rekryterats och projektets analysfas har startat med kartläggning av kommunernas och utbildningsanordnares verksamheter och spridning av information till deltagare kring utbildningsinsats med start i september. Två Integrationschefsmöten har genomförts hittills under 2017 och på agendan har varit t.ex. dialog med expert från Migrationsverkets bosättningsenhet och dialog kring fortsatt samverkan kring projektansökningar. Planering av en workshop kring framtida utvecklingsbehov gällande integration och hur vi kan arbeta tillsammans planeras för att genomföras i maj.

Sandra Hedman
Samordningskansliet

RS/1321/2015 2017-05-17

Avstämning av övergripande handlingsplaner per april 2017

En uppföljning har gjorts av hur arbetet går med aktiviteter och mål i de övergripande handlingsplanerna eller motsvarande som ingår i regiondirektörens direktiv för 2017. Sammantaget visar uppföljningen per april 2017 att för de flesta handlingsplaner pågår arbete enligt plan och flera mål ser ut att kunna vara uppfyllda till årets slut. För handlingsplan miljö och handlingsplan tillgänglighet ser det sämre ut och få mål ser ut att kunna vara uppfyllda till årets slut. Handlingsplanerna gällande sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter samt Handlingsplan för mottagande av asylsökande och nyanlända flyktingar är nya varav rapport sker först till delårsbokslutet per augusti.

Uppföljningen har utgått från följande värden:

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

Uppföljning

Ärende	Beslut	Dnr	Anmärkning
1. Övergripande handlingsplan för Barnkonventionen och de nationella minoriteterna 2016-2018	RD 2015-11-02	RS/1447/2015	**Kommentar**: Arbete med handlingsplanen pågår. För barnkonventionen är en av de främsta utmaningarna att uppfylla barnkonventionens artikel 3 om att barns bästa alltid ska komma i första rummet. Det finns också behov av stöd till verksamheterna om hur de kan arbeta med barns delaktighet. Arbetet med delarna som avser nationella majoriteter går framåt i väntad takt. Några områden behöver arbetas mer med, till exempel samernas rätt till språk och insatser för att öka kunskaper om nationella minoriteter bland medarbetare och beslutsfattare. Det är också osäkert hur vi ska arbeta vidare med integrerad samiska vid utvecklingskontroller inom barnhälsovården efter avslutad pilot. En information till regionfullmäktige om Region Jämtland Härjedalens arbete som samisk förvaltningsmyndighet genomfördes i april

Sandra Hedman
Samordningskansliet

RS/1321/2015 2017-05-17

Ärende	Beslut	Dnr	Anmärkning
2. Övergripande handlingsplan för Tillgänglighet 2016	RD 2016-05-27	RS/705/2016	↓ **Kommentar:** Verksamheterna inom hälso- och sjukvården i Region Jämtland Härjedalen klarar inte målen för vårdgarantin på totalen. Se redovisning av måluppfyllelse i tertialrapport. Ny plan för 2017 upprättas i juni.
3. Övergripande handlingsplan Läkemedel 2017	RD 2016-11-16	RS/1957/2016	→ **Kommentar:** Arbete med aktiviteter pågår men detaljerad status kommer att lämnas först i tertialrapporten med anledning av pågående införande av Cosmic läkemedelsmodul.
4. Övergripande handlingsplan Suicidpreventivt arbete 2016-2018	RD 2015-10-16	RS/1635/2015	↑ **Kommentar:** I mars 2017 hölls en regional konferens kring suicidprevention, 450 personer deltog. En suicidpreventiv samordnare förväntas anställas under maj månad (gemensam för Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner). När samordnaren är tillsatt påbörjas ett arbete kring att ta fram en länsövergripande handlingsplan.
5. Övergripande handlingsplan Patientsäkerhet 2017-2019	HSdir 2016-11-28	Centuri 33786	→ **Kommentarer:** Det övergripande målet är att andel vårdskador ska minska. De för i år tillgängliga resultaten pekar på att vi går mot en minskning men eftersom flera mål mäts på årsbasis är det förtidigt att dra slutsatser. Mätmetod Markörbaserad journalgranskning, resultat 7 %, minskning med 10 % från föregående år (13 %).
6. Övergripande handlingsplan Lean 2014	LD 2013-11-13	LS/1637/2013	Ej längre aktuell. Pågår arbete med en uppföljare.
7. Övergripande handlingsplan Miljö 2017	RD 2016-11-11	RS/2026/2016	↓ **Kommentar:** Fyra av åtta mål blir svårt att nå, särskilt minskad klimatpåverkan från resor och ingen ökad avfallsmängd.

Sandra Hedman
Samordningskansliet

RS/1321/2015 2017-05-17

Ärende	Beslut	Dnr	Anmärkning
8. Övergripande handlingsplan för informationssäkerhet 2016-2017	RD 2016-11-25	RS/1444/2015	➔ **Kommentar:** Inom kontinuitetsplanering har ett stort jobb genomförts gällande Cosmic. Registerinventering inför dataskyddsförordning är genomförd, jobbar nu vidare med att skapa förteckning. Workshop genomförd avseende roller och ansvar inom informationssäkerhet och IT frågor (Cosmic, E-hälsa), resultat ska bearbetas vilket är försenat. E-utbildning informationssäkerhet till medarbetare finns inte ekonomiska resurser 2017. Risk att det inte hinns med att ta fram eget material/utbildning. Fastställande av maximala tolerabla avbrottstider och planering för återstart efter avbrott är inte genomfört, påbörjas till hösten, risk för att det inte hinns göras klart 2017. Automatiserad behörighetshantering – projekt med beställningsportal pausat inom IT och kommer inte att slutföras under året. Aktiviteter inom molntjänster planeras genomföras under hösten.
9. Övergripande handlingsplan Attraktiv arbetsgivare 2017-2019	RD 2016-12-05	RS/1585/2016	↑ Det pågår en mängd aktiviteter inom handlingsplan för attraktiv arbetsgivare 2017-2019, exempelvis: **Medarbetare** - Introduktion för nyanställda är genomförd i februari, framtagande av webbutbildning i jämställdhet pågår. **Chef och ledarförsörjning** - planering av chefsaspirantutbildning som startar till hösten, avslut av pågående Ny som chef och planering av höstens utbildning, grupphandledning för chefer, ledarutvecklingsprogrammet. **Kompetensförsörjning** – Kompetenskartläggningen genomförd och utifrån den görs analys och åtgärdsplan, införande av kompetenshanteringssystem pågår, karriärvägar pågår, utforma modell för sjuksköterskans första år är klart, utforma kompetenskort för undersköterskor pågår samt en plan för 2017 angående marknadsföring/mässor mm är framtagen. **Lönebildning** – regler och riktlinjer är framtagna som stöd vid lönesättning. **Hälsa och arbetsmiljö**- Arbetsmiljöenkäten är genomförd i februari -17 och resultatet visar ett högre index i jämförelse med okt 2016, att göra skyddsombudsrollen attraktiv pågår,

Sandra Hedman
Samordningskansliet

RS/1321/2015 2017-05-17

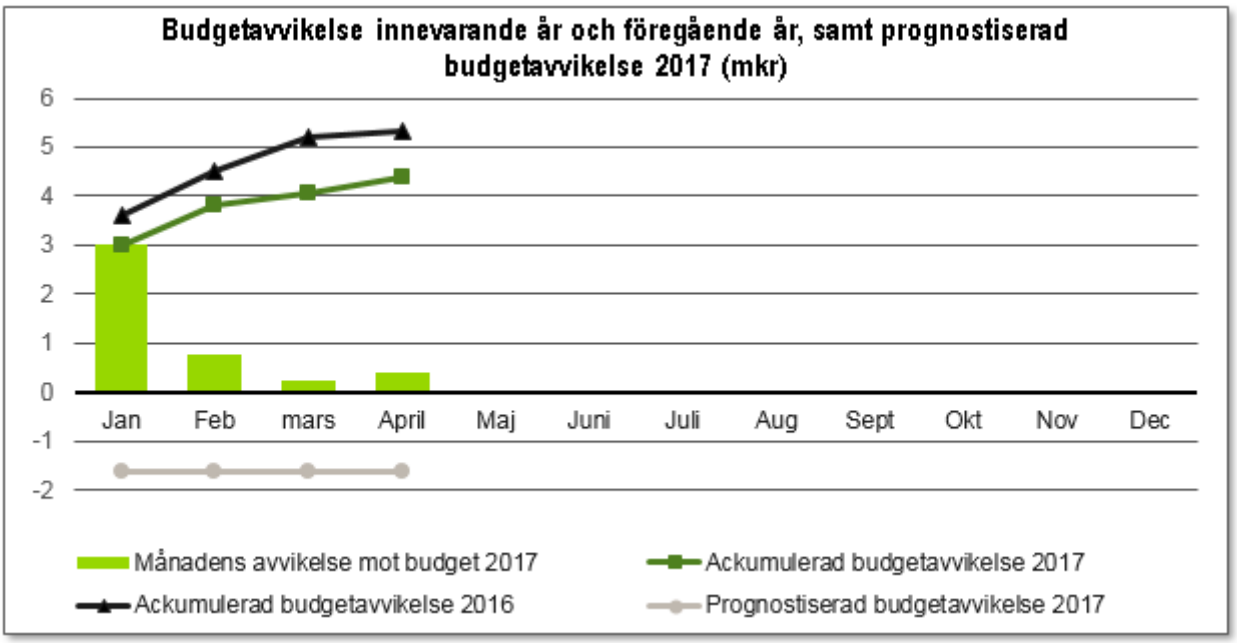
Ärende	Beslut	Dnr	Anmärkning
10. Landstingsövergripande handlingsplan E-hälsa 2014	2013-05-28	LS/678/2013	Ska omarbetas. Arbete har också inletts om ett transformationsprogram för att öka digitalisering i Region Jämtland Härjedalen.
11. Handlingsplan för utveckling av cancervården i Region Jämtland Härjedalen 2016 – 2018, inklusive uppföljning av handlingsplan för 2013-2015	HS dir 2016-05-25	RS/1035/2016	➔ **Kommentar:** Utifrån gällande handlingsplan, 2016-2018, har hälso- och sjukvårdsdirektören, skrivit specifika uppdrag. De löper på enligt plan och kommer, kontinuerligt, att följas upp genom en statusrapport, två gånger/år, med början juni 2017.
12. Handlingsplan för kommunerna i Jämtlands län och Region Jämtland Härjedalen gällande Område Psykisk hälsa 2016-2020	Förankring i SVOM 2016-09-30	RS/2120/2016	↑ **Kommentar:** Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner har gemensamt beslutat att samfinansiera aktiviteter på regional nivå. Två samordnare tillsattes i januari 2017 (tjänst om 50 % per person). Samordnarna har uppdraget att samordna arbetet med handlingsplanen samt att omsätta handlingsplanens mål till aktiviteter. Processen är påbörjad i de delar som handlingsplanen omfattar.
13. Bättre liv för sjuka äldre – strategi och handlingsplan 2017	SVOM 2016-12-16	RS/55/2017	➔ **Kommentar:** Arbetet inom Ledningskraft fortsätter.
14. Övergripande handlingsplan för Vård och omsorg i glesbygd – Norrlands inland, världsledande i utvecklingen av framtidens vård och omsorg i glesbygd	2014-05-21	LS/821/2014	➔ Arbetet med planen går framåt med en aningens ändrat innehåll.
15. Övergripande handlingsplan gällande sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, 2017-2021	RD 2017-03-30	RS/179/2017	**Kommentar:** Planen fastställdes 30 mars 2017. Följs upp först i delårsrapport.
16. Plan för mottagande av asylsökande och nyanlända flyktingar	Regionstabschef 2017-04-10	Centuri 32658-1	**Kommentar:** Planen fastställdes 10 april 2017. Följs upp först i delårsrapport.

Tertialrapport april 2017

Område Vårdvalsnämnden (VVN/19/2017)

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Tertialrapport för april 2017
Område Vårdvalsnämnd



Sammanfattning

Under årets första tertial har fokus legat på uppföljning av 2016 års verksamhet samt uppdraget för samtliga valfrihetssystem inför 2018.

Verksamhet

Vårdvalsnämndens verksamhet består av tre olika uppdrag:

- Hälsovalet
- Privata vårdgivare
- Beställartandvård

De av vårdvalsnämnden planerad åtgärder/uppdrag som finns i verksamhetsplanen är antingen är till största delen påbörjade eller klara. För tre av målen har aktivitet ej påbörjats.

Måluppfyllelse

Vårdvalsnämnden har inga produktionsmål att följa upp sin verksamhet mot. En uppföljning av vårdvalsnämndens uppföljningsplan har gjorts som lagts in i denna tertialrapport.

Ekonomiskt utfall

Efter april har nämndens verksamheter ett överskott på 4,4 miljoner kronor. Helårsprognosen beräknas med ett underskott motsvarande 1,6 miljoner kronor på grund av ohanterad obalans i tilldelad ram.

Viktiga händelser januari till april 2017

Verksamhetsberättelser har lämnats in av vårdgivare som har ett avtal/överenskommelse med beställarenheten, vilka har granskats och sammanställts

Den årliga uppföljningen av föregående års verksamhet inom hälsovalet genomfördes under mars/april månad i muntlig dialog med vårdgivarna.

En översyn och justering inför 2018 har genomförts inom samtliga av Region Jämtland Härjedalens vårdval. Smärre justering kommer att genomföras inom Hälsoval region Jämtland Härjedalen, vårdval för medicinsk fotvård samt i vårdvalet för barn- och ungdomstandvård.

Torvalla ansökte i januari om att få starta egen vårdenhet vilket beviljats från 1 april 2017. Anpassningar för detta har genomförts, framförallt gällande IT stöd.

Två leverantörsträffar med vårdgivare inom hälsovalet har genomförts under perioden, där bl a uppdraget från 2018 har diskuterats.

Flera av de statliga satsningar påverkar primärvården där beställarenheten involverats i flera av dessa exempelvis utveckling av nationellt kunskapsstöd och införande av analysverktyg för bättre uppföljning.

Kvällsmöte har hållits med vårdgivare verksamma enligt nationella taxan och medicinska fotvårdare angående byte av utbetalningssystem samt regionens införande av e-frikort.

I slutet av 2016 och början har 2017 har fem fysioterapeuter inom nationella taxan och fem inom hälsovalet deltagit i en fördjupad uppföljning.

Inom beställartandvården fortsätter arbetet med utveckling av IT-stöd, samverkan med kommunerna och att göra tandvårdsstödet mer känt.

Vårdvalsnämndens ordförande, vice ordförande, beställarchef samt handläggare har deltagit i Primärvårdsdag anordnad av Dagens Medicin.

Vårdvalsnämnden har haft två sammanträden under perioden

Ärenden som hanterats:

- Delegationsbeslut (VVN/32/2016).
- Årsbokslut 2016 vårdvalsnämnd (VVN/30/2016).
- Revidering av vårdvalsnämndens verksamhetsplan (VVN/20/2016).
- Svar på motion från Elin Hoffner (V) om medicinsk fotvård (VVN/28/2016).
- Årsbokslut 2016 Hälsoval Region Jämtland Härjedalen (VVN/2/2017)
- Inkomna handlingar (VVN/31/2016).

Uppföljning

- Höjda patientavgifter
- Beställd barn-och ungdomstandvård
- Beställd medicinsk fotvård
- Nationella taxan – ersättningsetablering
- Hälsoval 2016

Informationer

- Beställartandvård
- Smittskyddsenhet
- Patientnämnd
- Bemanningsprojektet
- Kreativa teamet

= aktivitet ej påbörjad
= aktivitet påbörjad
= aktivitet klar

Uppföljning av verksamhetsmålen

Samhälle

Strategiska mål: Stimulera så att innovativa och framtidsinriktade idéer blir färdiga produkter och tjänster genom bra stöd, god beredskap och snabb hantering. Integration genomsyrar hela det regionala utvecklingsarbetet. Regionen har en ökad inflyttning med fler i arbete och ökat företagande. Minska sjukskrivningar. Förbättrad psykisk hälsa. Hälsofrämjande och trygga levnadsvillkor och samordnad hälso-och sjukvård för minskade sjukskrivningstal.

Uppföljning av Vårdvalsnämndens verksamhetsplan

SAMHÄLLE		
Stimulera så att innovativa och framtidsinriktade idéer blir färdiga produkter och tjänster genom bra stöd, god beredskap och snabb hantering		
Stimulera innovationsutveckling hos hälsovalsaktörerna.		Förslag har funnits
Integration genomsyrar hela det regionala utvecklingsarbetet		
Följa upp hur vårdgivarna inom hälsovalet tar tillvara på kompetens som synliggörs och bereder möjlighet till anställning.		Genomfört i uppföljning för 2016
Jämtland Härjedalen har en ökad inflyttning med fler i arbete och ökat företagande.		
Säkerställa att medborgarna får tillgång till likvärdig vård och känner trygghet. Viktigt vid planerande av vårdens utveckling och i samverkan med kommunerna.		
Följa utvecklingen för vårdgivarna i gränstrakter och turistorter kring hur de arbetar för att bli attraktiva för utomlänspatienter		Arbete pågår med att bli attraktiva för alla patienter
Förbättrad psykisk hälsa		
Följa utvecklingen av behandlingsmetoder och distansoberoende teknik för behandling och förebyggande arbete inom psykisk hälsa		Kommer att ingå statlig satsning
Följa upp handlingsplanen för den statliga satsningen om psykisk hälsa		
Hälsofrämjande och trygga levnadsvillkor och samordnad hälso- och sjukvård för minskade sjukskrivningstal		
Ge information om vårdvalen till medborgarna på olika sätt så att de blir mer kända.		Planering inför hösten
Följa upp tillgängligheten		Görs månadsvis
Inför regionfullmäktiges sammanträde i juni anpassa ett förfrågningsunderlag för hälsoval, barn- och ungdomstandvård och medicinsk fotvård 2018 med utgångspunkt från strategiska mål i regionplanen.		
Arbeta för jämlik tandhälsa i länet och tillgodose särskilt utsattas behov av tandvård tex bedömningstandvård och nödvändig tandvård.		
Öka kunskapen hos länets medborgare om det reformerade tandvårdsstödet.		
Följa utvecklingen av sjuktalen i länet.		Görs månadsvis
Medverka och bevaka frågor som rör arbetet med samverkan i norra regionen		

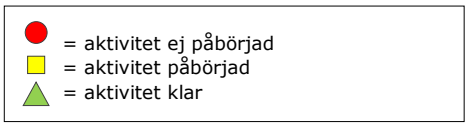
= aktivitet ej påbörjad
= aktivitet påbörjad
= aktivitet klar

Patient

Strategiska mål: Patientsäker jämlik och jämställd vård av god kvalitet efter behov. Region Jämtland Härjedalens vård ska så långt som möjligt ges i hemmet eller så nära hemmet som möjligt. Fördjupat samarbete med kommunerna avseende barn, unga, äldre och utsatta grupper. Bättre bemötande och anpassad kommunikation på patientens villkor. Ökat patientinflytande.

Uppföljning av Vårdvalsnämndens verksamhetsplan

Patientsäker jämlik och jämställd vård av god kvalitet efter behov.		
Följa upp hälsovalet 2016 med fokus på kontinuitet och om primärvården är jämlik och jämställd i länet.		
Se över tilläggsuppdraget för folkhälsoinsatser inför 2018.		Ingen förändring inför 2018
Utveckla vårdvalen så att de motsvarar befolkningens behov.		Ingen mätning genomförd 2016
Följa utvecklingen gällande standardiserade vårdförlopp för cancer.		
I syfte att kunna ge bättre och snabbare vård för personer med psykisk ohälsa, följa upp hur samverkan mellan specialiserad psykiatri, psykosociala enheter inom primärvård och andra samhällsaktörer utvecklas		
Följa upp vårdvalet för barntandvård så att vårdvalet för barntandvården kan utformas så att den blir likvärdig i hela länet och har hög kvalitet.		
I det förebyggande arbetet följa hur barn med risk för sämre tandhälsa fångas upp.		Utv av IT-stöd pågår
Följa upp vårdvalet för medicinsk fotvård utifrån om den utmärks av kvalitet, lättillgänglighet, kontinuitet, professionellt bemötande och god service.		
Tillsammans med regionstyrelsen genomföra strategiska upphandlingar av privata vårdgivare där de kan komplettera vården som bedrivs i egen regi		
Den vård som är möjlig ska ges i hemmet eller så nära hemmet som möjligt.		
Följa specialiserade vårdens utveckling av vård i hemmet tillsammans med primärvård och kommunerna.		
Följa utveckling gällande distansoberoende metoder och arbetssätt då mer vård ska utföras i eller nära hemmet.		
Fördjupat samarbete med kommunerna avseende barn, unga, äldre och utsatta grupper.		
Följa upp hur hälsovalsaktörerna arbetar utifrån Region Jämtland Härjedalens övergripande mål med gemensamt agerande när det gäller barn, unga, äldre och andra utsatta grupper.		
Följa utveckling av familjecentraler, elevhälsa och ungdomsmottagningar.		
Följa arbetet med hur onödiga inläggningar undviks		
Bra bemötande och anpassad kommunikation på patientens villkor.		
Följa upp hur hälsovalsaktörerna arbetar utifrån Region Jämtland Härjedalens övergripande mål med lättillgänglig, tydlig och anpassad information till olika målgruppers förutsättningar.		Pågår
Analysera behov av anpassad kommunikation och kommunikation kring vårdvalsmöjligheter.		Pågår
Ökat patientinflytande.		
Följa upp hur hälsovalsaktörerna arbetar med att tillvarata kunskaper och synpunkter, till exempel genom brukarråd.		Görs i bokslut



Verksamhetsresultat

Strategiska mål: God ekonomisk hushållning. Långsiktigt hållbar verksamhet. Effektiva processer.

Uppföljning av Vårdvalsnämndens verksamhetsplan

God ekonomisk hushållning med solidarisk fördelning		
Vårdvalssystemens ersättningsmodeller ska utformas så att de får en tydligare styrförmåga som leder till tillgänglig, likvärdig vård som arbetar aktivt med ständiga förbättringar, forskning, utveckling och innovationer.		
Vid utformning av Hälsovalets regelverk och ersättningsmodell ska dialog med regionstyrelsens utskott för ekonomi ske för att tillsammans analysera ekonomiska konsekvenser.		
Granska privata vårdgivare som arbetar enligt nationella taxan ur ett patientsäkerhets- och ekonomiskt perspektiv. Syftet är, dels att se om vårdgivaren lever upp till de krav som ställs i patientdatalagen, dels att se om regionen betalar ut rätt ersättning till vårdgivarna.		
Granska fysioterapeuter som arbetar inom hälsovalet med syfte att se om vårdgivare lever upp till de krav som ställs i patientdatalagen.		
Långsiktig hållbar verksamhet		
Följa upp och stimulera hälsovalsaktörerna att nyttja och utveckla distansoberoende tekniska lösningar.		
Beredskap för eventuell regionbildning		Ej aktuellt
Effektiva processer		
De vårdval som regionen har ska vara tydliga och stödja utveckling av effektiva processer mellan olika vårdgivare och olika vårdhuvudmän.		
De vårdvalssystem som regionen har ska löpande följas upp och kraven och resultaten ska utvärderas.		
Utveckla den upphandlade vården i samarbete med regionstyrelsen.		
Utveckla avtalsrelationen med folktandvården och länets kommuner när det gäller uppsökande tandvård och nödvändig tandvård.		Förslag till rutin påbörjad
Följa upp hur ”program med mål och riktlinjer för privata utförare” som tagits fram under mandatperioden fungerar.		Program ej fastställt
Följa upp hur vårdgivarna arbetar utifrån Region Jämtland Härjedalens fokuseringar i arbetet med effektiva processer i fråga om tillgänglighet, patientsäkerhet, kvalitet, jämlikhet och jämställdhet samt minskade sjukskrivningar.		
Följa upp resultat och användande av riktade statsbidrag som rör verksamheter inom vårdvalsnämnden.		Pågår

Ekonomi

Ekonomiskt utfall jämfört med budget och föregående år

Period 2017-04

Centrum 27 RR-kod 11-80

RR	Ack utfall	Ack budget	Bud-Utf Diff	Ack utfall fg år	Ack utf-Ack fg år Diff	Utf ack - Ack fg år %	Årsprogn	Årsbudge	Årsbudg-Årsprogn Diff
Kommuner o landsting	190	0	190	277	-88	-32	0	0	0
Tjänster,material,varor	0	0	0	198	-198	-100	0	0	0
Bidrag	30 018	3 806	26 212	24 039	5 979	25	11 418	11 418	0
Övriga intäkter	46	0	46	0	46	0	0	0	0
Summa Intäkter	**30 254**	**3 806**	**26 448**	**24 514**	**5 740**	**23**	**11 418**	**11 418**	**0**
Lönekostnader	-148	0	-148	-174	27	-15	0	0	0
Övr personalkostnader	-11	0	-11	0	-11	0	0	0	0
Summa Personalkostnader	**-159**	**0**	**-159**	**-174**	**15**	**-9**	**0**	**0**	**0**
Köpt vård	-223 696	-201 289	-22 407	-216 295	-7 401	3	-603 865	-603 865	0
Med diagnostik samt övr tjänst	-4 592	-4 188	-404	-3 786	-807	21	-14 164	-12 564	-1 600
Läkemedel	-4 700	-5 259	559	-4 572	-128	3	-15 777	-15 777	0
Övr verksamhetsnära kostn	-15 184	-13 482	-1 702	-13 626	-1 557	11	-40 445	-40 445	0
Summa Verksamhetsnära kostnader	**-248 172**	**-224 217**	**-23 954**	**-238 279**	**-9 893**	**4**	**-674 251**	**-672 650**	**-1 600**
Lokaler,el,utrustning,rep	-5	0	-5	-13	8	-59	0	0	0
Sjukresor	-94	-110	17	-118	24	-20	-331	-331	0
Tjänsteresor, logi	-10	0	-10	0	-10	0	0	0	0
Övrigt	-17	0	-17	-184	167	-91	0	0	0
Summa Övriga kostnader	**-126**	**-110**	**-16**	**-314**	**188**	**-60**	**-331**	**-331**	**0**
Summa Kostnader	**-248 457**	**-224 328**	**-24 129**	**-238 768**	**-9 690**	**4**	**-674 582**	**-672 981**	**-1 600**
Summa Verksamhetens nettokostnad	**-218 203**	**-220 522**	**2 318**	**-214 254**	**-3 950**	**2**	**-663 164**	**-661 563**	**-1 600**
RESULTAT	**-218 203**	**-220 522**	**2 318**	**-214 254**	**-3 950**	**2**	**-663 164**	**-661 563**	**-1 600**

Utfall på resp kostnadsställe	Utfall ack	Utfall ack föreg år	Senaste årsprognos
7037 Hälsoval kapitering	2,9	3,9	0
7055 Privata vårdgivare	-0,5	0,5	0
7056 Beställartandvård	-0,1	0,9	-1,6
	2,3	**5,3**	-1,6

Redogör för avvikelser mot ackumulerat utfall föregående år:
Ack utfall t o m februari är 3 mkr sämre än motsvarande tid föregående år. Anledningen är en lägre budgetram för privata vårdgivare då några avtal upphört från 2017 samt en ohanterad obalans motsvarande 1,6 mkr .

Redogör för årsprognosens avvikelser mot budget:
Prognos för helår kommer troligen att bli - 1,6 mkr.
Så här i början av året är det svårt att se om de privata aktörerna inte arbetar upp till taket i sina avtal och om beställartandvården och hälsovalet ger överskott. Därför görs antagandet om – 1,6 mkr som motsvarar summan för ohanterad obalans.

Produktion

Köpt verksamhet antal besök Privata vårdgivare	Utfall 2014-04	Utfall 2015-04	Utfall 2016-04	Utfall 2017-04
Läkarbesök	1 772	1 238	724	141
Sjukgymnastbesök	19 054	16 361	15 175	13 986
Patienter som fått nödvändig tandvård	925	903	888	1046
Pat som fått tandvård som led i sjukdomsbehandling	95	103	156	162
Patienter med funktionsnedsättning (infördes 2013)	38	70	71	88
Antal som fått uppsökande tandvård	55	64	219	181
Antal barn som valt privattandläkare	3 068	3 206	3 849	4661

Kommentarer till produktionen: Läkarbesöken minskar pga färre avtal. Ålder för kostnadsfri barn- och ungdomstandvård är höjd till 21 år från 2017

	Telefontillgänglighet - Besvarat telefon, rådgivning/tidsbokning	telefon	7:an - Läkarbesök inom 1 vecka. Mål 100%.	läkarbesök
	April 2016	April 2017	April 2016	April 2017
Myrvikens hc	82	94	73	71
Svenstavik hc	89	88	90	91
Bräcke hc	86	76	53	69
Kälarne hc	81	94	45	75
Funäsdalens hc	89	97	96	97
Sveg hc	62	93	80	97
Föllinge hc	89	93	89	93
Krokoms hc	88	90	83	75
H-strands hc	77	95	70	62
Backe hc	93	93	98	99
Strömsunds hc	81	73	91	84
Hallens hc	88	93	90	76
Järpens hc	89	93	84	96
Åre hc	96	97	100	99
Brunflo hc	88	80	83	82
Frösö hc	90	75	77	78
Lits hc	94	96	92	89
Lugnviks hc	69	82	76	84
O-sala hc	84	65	92	89
Z-gränds hc	85	66	80	79
Fjällhälsan	100	100	92	90
Offerdals hc	87	89	69	81
Nya Närvården	81	93	80	85
Närvård Frostviken	100	100	83	100

6

Delårsrapport över tillgångs- och skuldförvaltningen

RS/1074/2017

2017-05-23

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

RS/1074/2017

Delårsrapport över tillgångs- och skuldförvaltningen

Ärendebeskrivning

Delårsrapport över tillgångs- och skuldförvaltningen är motsvarigheten till likviditetsrapporten med undantaget att likviditeten inte längre redovisas i denna rapport. Likviditeten rapporteras istället direkt i månadsrapporter, delårsbokslut och årsbokslut.

Syfte med rapporten är att följa upp regionens placeringar och skulder gällande avkastning mot uppsatta mål, tillgångsfördelning och följsamhet mot ”Reglemente avseende finansiering och skuldförvaltning samt förvaltning av likviditet och pensionsmedel”. Delårsrapport över tillgångs- och skuldförvaltningen innehåller uppföljning av mål, innehavsförteckningar, avstämning mot givna limiter samt uppföljning av dynamiska riskprincipen.

På grund av den rådande likviditetssituationen i regionen är likviditetsportföljen under avveckling. Detta görs genom att värdepapper som förfaller inte återinvesteras, vilket gör att de kvarvarande värdepapperen inte kommer kunna ligga inom kreditlimiterna för att de får för stor andel av den totala portföljen.

Under perioden som rapporten avser har Region Jämtland Härjedalen tagit upp ett lån på 40 miljonerkronor från Kommuninvest.

Regiondirektörens förslag

Delårsrapport över tillgångs- och skuldförvaltningen godkänns.

I tjänsten

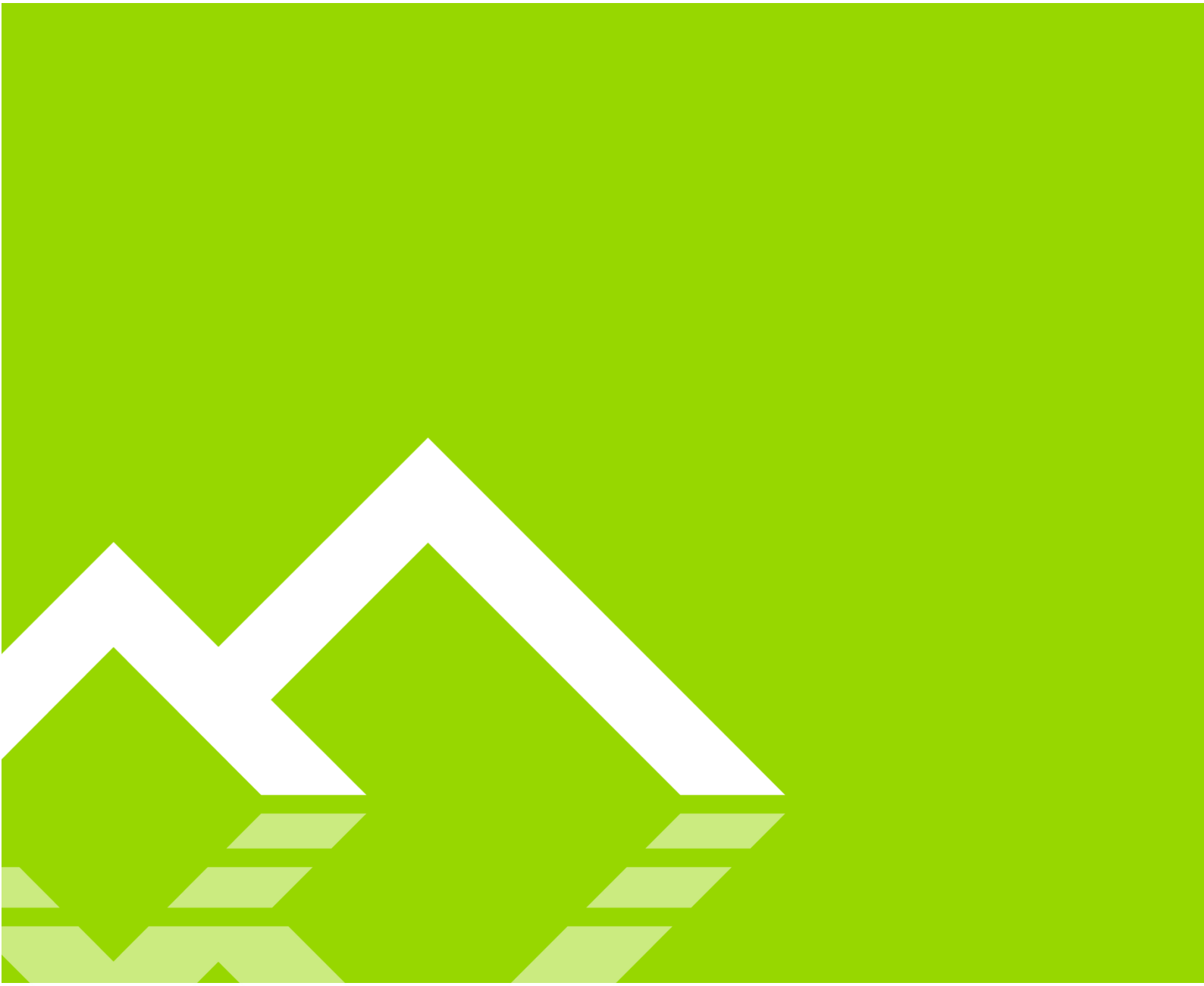
Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Bo Carlbark
Ekonomidirektör

Utdrag till

Ekonomidirektör
Finansekonom

Delårsrapport över tillgångs-och skuldförvaltningen 2017-04-30



REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 VIKTIGA MARKNADSHÄNDELSER 2017, TERTIAL 1 3

2 LIKVIDITETSPORTFÖLJ PER 2017-04-30 4

2.1 Avkastning relativt index och mål 4

2.1.1 Kommentar kring portföljens avkastning sedan årsskiftet 4

2.1.2 Transaktioner sedan årsskiftet 4

2.2 Förteckning över innehaven samt marknadsvärde 4

2.3 Tillgångsfördelning 6

2.4 Avstämning mot reglementet 6

2.4.1 Avstämning mot placeringslimiter 6

2.4.2 Avstämning mot kreditlimiter 6

2.4.2.1 Kommentar till avvikelse 6

2.4.3 Etisk och miljömässig klausul 6

3 PENSIONSPORTFÖLJEN PER 2017-04-30 7

3.1 Avkastning relativt index och mål 7

3.1.1 Kommentar kring portföljens avkastning sedan årsskiftet 7

3.1.2 Placeringar/försäljningar av värdepapper 8

3.2 Förteckning över innehaven samt marknadsvärde 8

3.3 Tillgångsfördelning 9

3.4 Avstämning mot reglementet 9

3.4.1 Avstämning mot placeringslimiter 9

3.4.2 Avstämning mot kreditlimiter 9

3.4.2.1 Kommentar till avvikelse 10

3.4.3 Etisk klausul och miljömässig klausul 10

3.5 Uppföljning av dynamiska riskprincipen 10

3.6 Aktuell fördelning enligt kreditlimiterna 10

4 SKULDFÖRVALTNING PER 2017-04-30 13

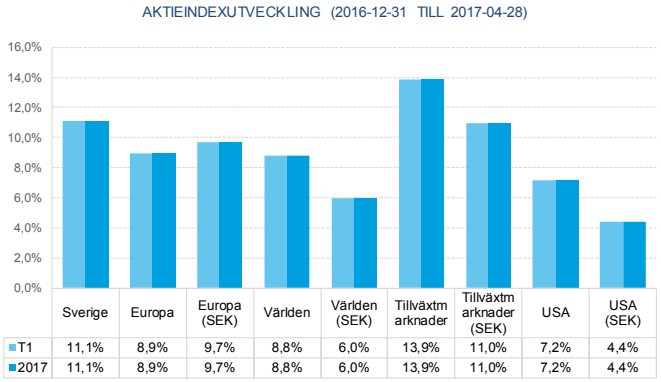
4.1 Avstämning mot finanspolicy 13

4.2 Skuldportfölj 13

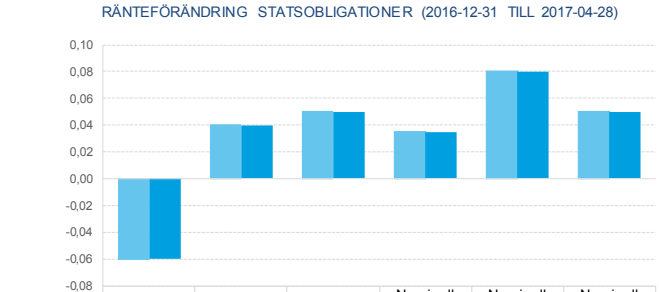
4.3 Förändring i upplåning 13

1 VIKTIGA MARKNADSHÄNDELSER 2017, TERTIAL 1

- Den 20:e januari tillträdde **Donald Trump** in som USAs 45:e president.
- Det amerikanska aktieindexet **S&P 500** nådde sin högsta nivå någonsin den 1:a mars.
- Amerikanska centralbanken **Federal Reserve** valde den 15:e mars att höja den amerikanska styrräntan med 0,25 %-enheter, till spannet 0,75 – 1,00 %.
- Internationella valutafonden (**IMF**) höjde i april prognosen för den globala tillväxten under 2017 med 0,1 % -enheter till 3,6 %.
- Den 23:e april gick socialliberala mittenkandidaten **Emmanuel Macron** och nationalkonservativa **Marine Le Pen** vidare till den andra omgången i det franska presidentvalet. (Macron vann sedan valet den 14:e maj.)
- Den 27:e april annonserade **Riksbanken** att reporäntan behålls oförändrad på -0,50 % men att stödköpen utökas med ytterligare köp av 7,5 miljarder kronor nominella statsobligationer och 7,5 miljarder kronor reala.
- **VIX-indexet** som beskriver den förväntade volatiliteten på den amerikanska aktiemarknaden noterades den 27:e april på sin lägsta nivå sedan juli 2014



	Sverige	Europa	Europa (SEK)	Världen	Världen (SEK)	Tillväxtm arknader	Tillväxtm arknader (SEK)	USA	USA (SEK)
T1	11,1%	8,9%	9,7%	8,8%	6,0%	13,9%	11,0%	7,2%	4,4%
2017	11,1%	8,9%	9,7%	8,8%	6,0%	13,9%	11,0%	7,2%	4,4%



	Real 2020	Real 2028	Real 2032	Nominell 2026	Nominell 2032	Nominell 2039
T1	-0,06	0,04	0,05	0,03	0,08	0,05
2017	-0,06	0,04	0,05	0,03	0,08	0,05
Aktuell yield	-2,08	-1,03	-0,59	0,59	1,24	1,57

2 LIKVIDITETSPORTFÖLJ PER 2017-04-30

2.1 Avkastning relativt index och mål

Hittills under 2017 har portföljen gett en avkastning på ca 0,15%. Det innebär en avkastning som var 0,09 procentenheter bättre än det årliga förvaltningsmålet(utvecklingen på indexet OMRX T-Bill + 1%). I kronor räknat innebär det att den kortsiktiga portföljen har avkastat cirka 54 tusen kronor över målet i år.

TILLGÅNGSUTVECKLING JÄMFÖRT MED INDEX

Tillgångsslag	Index	Tillgångsavkastning sedan 2016-12-31	Indexavkastning sedan 2016-12-31	Differens
Totalportföljen	OMRX T-Bill + 1%	0,15%	0,06%	0,09%

Källa för index: Bloomberg

2.1.1 Kommentar kring portföljens avkastning sedan årsskiftet

Portföljens avkastning under årets första tertial är primärt hänförlig till Handelsbanken Kreditcertifikat iTraxx som haft en avkastning om 2,6 % under perioden. Placeringarnas genomsnittliga duration per 2017-04-30 var 0,1 år.

2.1.2 Transaktioner sedan årsskiftet

Inga transaktioner har gjorts i portföljen under årets första tertial. Sedan årsskiftet har portföljen erhållit ca 59 tkr i kuponger.

2.2 Förteckning över innehaven samt marknadsvärde

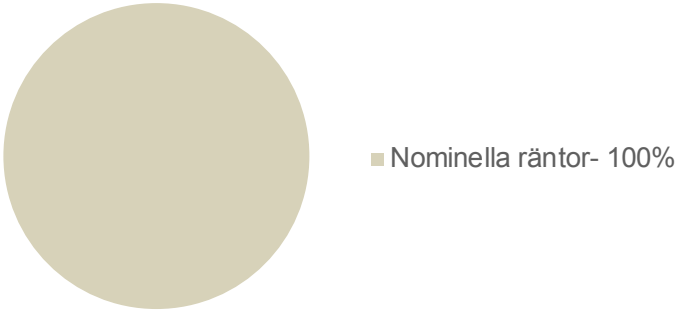
Nedan visas en förteckning över den korta portföljens innehav inklusive marknadsvärde, kreditrating, andel av portföljen och duration. Portföljen är under avveckling och marknadsvärdet var per den sista april 43,8 MSEK

TILLGÅNGAR	Nominellt belopp Antal andelar 2017-04-30	Marknadsvärde 2017-04-30	Löptid	Rating (Moody's | S&P)	Vikt	Duration
NOMINELLA RÄNTOR						
Handelsbanken Kreditcertifikat iTraxx 170710	5 000 000	4 975 000	2017-07-10	Aa2 | AA-	11%	0,2
Sveriges Säkerställda Obligationer AB 4,0 % 2017-06-2	20 000 000	20 814 933	2017-06-21	Aaa | NR	48%	0,1
Västerås stad FRN 2017-08-28	10 000 000	10 008 650	2017-08-28	WR | AAA	23%	0,1
Ålandsbanken FRN 3M stibor + 100bps 2017-06-12	8 000 000	8 011 533	2017-06-12	WR | AAA	18%	0,1
Totalt nominella räntor		43 810 117			100%	0,1
Totalt räntor		43 810 117			100%	0,1
LIKVIDA MEDEL						
Likvida medel		0			0%	
Totalt likvida medel		0			0%	
TOTALT		**43 810 117**			**100%**	**0,1**

Instrumenten är indelade efter huvudsaklig exponering. Avkastningen per instrument är beräknat utifrån att instrumentet innehavs oavbrutet från den första dagen i månaden till den sista, inklusive eventuella utdelningar och kuponger. Avkastningen per delportfölj och totalportföljen är justerad för eventuella transaktioner som har gjorts under perioden, vilket gör att den kan skilja sig från genomsnittet av avkastningen på de enskilda instrumenten. Totaldurationen beräknas exklusive strukturerade produkter.

2.3 Tillgångsfördelning

Den korta portföljen utgörs till 100 % av räntebärande tillgångar



2.4 Avstämning mot reglementet

2.4.1 Avstämning mot placeringslimiter

Samtliga innehav ligger inom de övergripande limiterna för tillgångsslagen.

2.4.2 Avstämning mot kreditlimiter

Ett innehav ligger utanför kreditlimiterna. Nedan anges procentuell fördelning på emittenter i förhållande till limiterna. Under avsnitt 3.6 återfinns limiterna samt den fullständiga avstämningen för samtliga limiter.

KREDITEXPONERING PER MOTPART

Motpart	Motpart	Rating-kategori
SCBC	48%	A
Västerås stad	23%	A
Ålandsbanken	18%	B
Handelsbanken	11%	C

2.4.2.1 Kommentar till avvikelse

Innehavet Sveriges Säkerställda Obligationer AB 4,0 % 2017-06-21 (emittent SCBC) utanför kreditlimiterna. I takt med att portföljen krymper kommer innehaven inte att kunna ligga inom samtliga policylimiter. Regionen kan hantera avvikelsen antingen genom att flytta instrumentet till pensionsportföljen, avyttra det eller acceptera oförändrad portfölj och att det då kommer att ligga utanför limiterna tills hela portföljen gått till förfall.

2.4.3 Etisk och miljömässig klausul

Placeringarna har följt den etiska och miljömässiga klausulen (4.10) i *Reglemente avseende finansiering och skuldförvaltning samt förvaltning av likviditet och pensionsmedel.*

3 PENSIONSPORTFÖLJEN PER 2017-04-30

3.1 Avkastning relativt index och mål

Avkastningen på hela portföljen under perioden var ca 1,42 %, vilket var i linje med ett sammansatt jämförelseindex. Omräknat på årsbasis har förvaltningen haft en real avkastning om 2,38 % de senaste 5 åren, vilket är bättre än det långsiktiga avkastningsmålet om 2% realt per år under en 5-årsperiod.

TILLGÅNGSUTVECKLING JÄMFÖRT MED INDEX

Tillgångsslag	Index	Tillgångsavkastning sedan 2016-12-31	Indexavkastning sedan 2016-12-31	Differens
Nominella räntebärande värdepapper	OMRX Bond	0,0%	0,2%	-0,2%
Reala räntebärande värdepapper	OMRX Real	-0,1%	0,0%	-0,1%
Utländska aktier	MSCI AC World TR (SEK)	4,6%	5,8%	-1,2%
Blandfonder	50% OMRX Bond / 50% SIX PRX	7,3%	5,6%	1,6%
Totalportföljen	Sammansatt jämförelseindex	1,4%	1,4%	0,0%

Källa för index: Bloomberg

3.1.1 Kommentar kring portföljens avkastning sedan årsskiftet

I ränteportföljen beror avvikelsen mot index på kortare duration, vilket varit negativt under perioden. Även den utländska aktieportföljen har underpresterat gentemot index, vilket till stor del beror på en geografisk undervikt mot tillväxtmarknaderna som utvecklats starkt under perioden relativt utvecklade marknader.

Placeringarnas genomsnittliga duration per 2017-04-30 var 1,2 år.

3.1.2 Placeringar/försäljningar av värdepapper

Under årets första tertial har innehavet i korträntefonden från Handelsbanken minskats till förmån för investeringar i den globala aktiefonden från Handelsbanken. Portföljen har erhållit kuponger och utdelningar på ca 1,2 MSEK samt återinvesterade fondrabatter hänförliga till SEB Hållbarhetsfond Global och Carlsson Norén Macro Fund till ett värde om totalt ca 110 tkr.

3.2 Förteckning över innehaven samt marknadsvärde

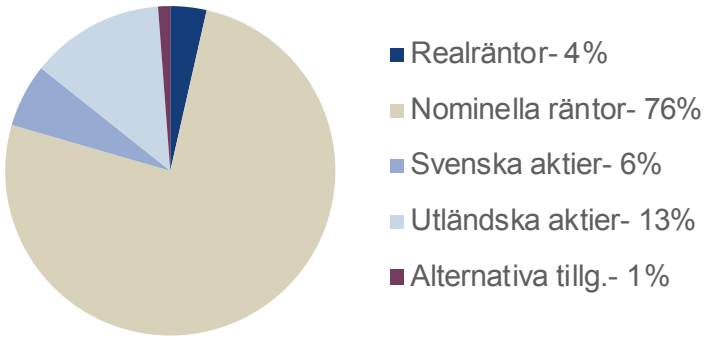
Nedan visas en förteckning över pensionsportföljens innehav inklusive marknadsvärde, kreditrating, andel av portföljen och duration.

TILLGÅNGAR	Nominellt belopp Antal andelar 2017-04-30	Marknadsvärde 2017-04-30	Löptid	Rating (Moody's | S&P)	Vikt	Duration
NOMINELLA RÄNTOR						
Barclays Fondobligation 2019-03-10	200 000 000	200 000 000	2019-03-10	Baa3 | BBB+	45%	1,9
DNB Nor FRN 2018-05-07	6 000 000	6 030 487	2018-05-07	Aa2 | A+	1%	0,0
Handelsbanken Korträntefond Sverige- Ack	55 784	5 826 613			1%	0,4
Landshypotek FRN 2018-04-27	8 000 000	8 029 485	2018-04-27	WR | AAA	2%	0,2
Länsförsäkringar FRN 2018-05-15	10 000 000	10 061 136	2018-05-15	A1 | A	2%	0,0
Nordea Bank Finland FRN CDS Atlas Copco 2018-07-20	5 000 000	4 951 300	2018-07-20	Aa3 | AA-	1%	0,2
Nordea Bank Finland FRN CDS SKF 2018-07-20	5 000 000	4 952 150	2018-07-20	Aa3 | AA-	1%	0,2
Nordea fondobl 17 Bluebay EM Bonds	2 000 000	2 193 000	2017-11-07	WR | AA-	0%	0,5
Nordea Hypotek AB FRN 2019-02-26	20 000 000	20 107 733	2019-02-26	Aaa | NR	4%	0,1
Swedbank Hypotek AB 3,75 % 2017-12-20	40 000 000	41 626 167	2017-12-20	Aaa | AAA	9%	0,6
Vasakronan FRN 2019-03-19	10 000 000	10 028 788	2019-03-19	WR | NR	2%	0,1
Totalt nominella räntor		313 806 859			70%	1,3
REALRÄNTOR						
Svenska staten 3107 0,5% 2017-06-01	15 000 000	15 918 092	2017-06-01	Aaa | NR	4%	0,1
Totalt realräntor		15 918 092			4%	0,1
Totalt räntor		329 724 951			73%	1,2
BLANDFONDER						
Carnegie Strategifond G	403 365	54 791 004			12%	1,6
Totalt Blandfonder		54 791 004			12%	1,6
UTLÄNDSKA AKTIER						
Handelsbanken Global Dynamisk 90 Inst	108 028	16 601 806			4%	
SEB Hållbarhetsfond Global	1 699 693	27 160 920			6%	
Totalt direktägda aktier och fonder		43 762 726			10%	
GLOBALA STRUKTURERADE PRODUKTER						
Handelsbanken AIO världen 2018-10-28	14 000 000	15 666 000	2018-10-28	Aa2 | AA-	3%	1,5
Totalt globala strukturerade produkter		15 666 000			3%	1,5
Totalt utländska aktier inkl. strukturerade produkter		59 428 726			13%	
Totalt aktier		59 428 726			13%	
ALTERNATIVA TILLGÅNGAR						
Carlsson & Norén Macro Fund	43 980	5 325 396			1%	3,5
Totalt alternativa tillgångar		5 325 396			1%	3,5
LIKVIDA MEDEL						
Likvida medel		0			0%	
Totalt likvida medel		0			0%	
TOTALT		**449 270 078**			**100%**	**1,2**

Instrumenten är indelade efter huvudsaklig exponering. Avkastningen per instrument är beräknat utifrån att instrumentet innehavs oavbrutet från den första dagen i månaden till den sista, inklusive eventuella utdelningar och kuponger. Avkastningen per delportfölj och totalportföljen är justerad för eventuella transaktioner som har gjorts under perioden, vilket gör att den kan skilja sig från genomsnittet av avkastningen på de enskilda instrumenten. Totaldurationen beräknas exklusive strukturerade produkter.

3.3 Tillgångsfördelning

Pensionsportföljen utgörs till 79,5 % av räntebärande tillgångar och till 19,3 % av aktier samt 1,2% av alternativa tillgångar. Andelen likvida medel i portföljen uppgår till 0%.



3.4 Avstämning mot reglementet

3.4.1 Avstämning mot placeringslimiter

Samtliga innehav ligger inom de övergripande limiterna för tillgångsslagen.

3.4.2 Avstämning mot kreditlimiter

Samtliga innehav förutom Barclays fondobligation, emitterad av Eksportfinans, ligger inom kreditlimiterna. Sedan den förra rapporten har inga förändringar skett av kreditbetygen för värdepapperen i pensionsportföljen. Nedan anges procentuell fördelning på emittenter i förhållande till limiterna. Under avsnitt 3.6 återfinns limiterna samt den fullständiga avstämningen för samtliga limiter.

KREDITEXPONERING PER MOTPART

Motpart	Motpart	Rating-kategori
Eksportfinans ASA	45%	E
Swedbank Hypotek (IR)	9%	B
Nordea Hypotek	4%	B
Svenska staten	4%	A
Handelsbanken	3%	C
Länsförsäkringar	2%	D
Vasakronan	2%	F
Nordea Finland	2%	D
Landshypotek	2%	B
DnB NOR	1%	C
Nordea Bank	0%	D

3.4.2.1 Kommentar till avvikelse

Som rapporterats i tidigare likviditetsrapporter, har Region Jämtland Härjedalen en obligation utgiven av det norska bolaget Eksportfinans. Obligationen utgör 45 % av portföljen. I november 2011 fick bolaget sin rating sänkt till en nivå som medför att denna placering ligger utanför kreditlimiterna. Sedan Regionstyrelsen tog del av händelsen i december 2011 har utvecklingen för bolaget varit gynnsam och ratingen har förbättras från BB+ till BBB+. Förvaltningen rekommenderar fortsatt att obligationen skall hållas till förfall 2019-03-10.

3.4.3 Etisk klausul och miljömässig klausul

Placeringarna har följt den etiska och miljömässiga klausulen (4.10) i *Reglemente avseende finansiering och skuldförvaltning samt förvaltning av likviditet och pensionsmedel.*

3.5 Uppföljning av dynamiska riskprincipen

I syfte att minska förlusterna vid kraftiga börsfall styrs andelen riskfyllda tillgångar, i huvudsak aktier, i den långsiktiga kapitalförvaltningen dynamiskt. Målsättningen är att portföljen som mest kan falla 10 % från den högsta nivån som uppnåtts de senaste 24 månaderna.

Under det första tertialet 2017 har risksituationen försämrats något då skyddsnivån har höjts. Analysen av portföljen ger en maximal andel aktier om 35 %, vilket är lägre än vid årsskiftet 2016/2017 då maximal andel uppgick till 39%. Beräknad maximal andel aktier är dock högre än aktuell andel aktier som ligger på 19,3 %.

Portföljen kan idag falla 11,3 % innan den når den uppsatta skyddsnivån, vilket kan jämföras med en marginal om 13,2 % vid årsskiftet 2016/2017. Givet aktuell allokering är sannolikheten att inom 12 månader falla under skyddsnivån fortsatt mycket låg.

3.6 Aktuell fördelning enligt kreditlimiterna

KREDITLIMITER ENLIGT POLICY					Max andel per
	Durationskategori				emittent
	0-1 år	1-3 år	3-7 år	>7 år	Motpart
Ratingkategori					
A. Stater, kommuner el. motsv. med AAA / Aaa	100%	100%	100%	100%	30%
B. Värdepapper med rating om lägst AAA /Aaa	100%	100%	90%	80%	30%
C. Värdepapper med rating om lägst AA /Aa2	100%	90%	70%	50%	20%
D. Värdepapper med rating om lägst A /A2	80%	60%	40%	20%	20%
E. Värdepapper med rating om lägst BBB/Baa	20%	10%	5%	0%	5%
F. Värdepapper med rating lägre än BBB/Baa	10%	5%	0%	0%	5%

Nedan visas aktuell fördelning i pensionsportföljen

AKTUELL KREDITPOLICY

Ratingkategori	Durationskategori 0-1 år	1-3 år	3-7 år	>7 år
A. Stater, kommuner el. motsv. med AAA / Aaa	76%	48%	0%	0%
B. Värdepapper med rating om lägst AAA /Aaa	72%	48%	0%	0%
C. Värdepapper med rating om lägst AA /Aa2	57%	48%	0%	0%
D. Värdepapper med rating om lägst A /A2	52%	45%	0%	0%
E. Värdepapper med rating om lägst BBB/Baa	47%	45%	0%	0%
F. Värdepapper med rating lägre än BBB/Baa	2%	0%	0%	0%

KREDITEXPONERING PER KATEGORI

Ratingkategori	Durationskategori K. 0-1 år	L. 1-3 år	M. 3-7 år	N. >7 år
A. Stater, kommuner el. motsv. med AAA / Aaa	4%	0%	0%	0%
B. Värdepapper med rating om lägst AAA /Aaa	16%	0%	0%	0%
C. Värdepapper med rating om lägst AA / Aa2	1%	3%	0%	0%
D. Värdepapper med rating om lägst A /A2	5%	0%	0%	0%
E. Värdepapper med rating om lägst BBB/Baa	0%	45%	0%	0%
F. Värdepapper med rating lägre än BBB/Baa	2%	0%	0%	0%

KREDITEXPONERING PER MOTPART, PENSIONSPORTFÖLJ APRIL 2017

Motpart	Motpart	Rating-kategori
Eksportfinans ASA	45%	E
Swedbank Hypotek (IR)	9%	B
Nordea Hypotek	4%	B
Svenska staten	4%	A
Handelsbanken	3%	C
Länsförsäkringar	2%	D
Vasakronan	2%	F
Nordea Finland	2%	D
Landshypotek	2%	B
DnB NOR	1%	C
Nordea Bank	0%	D

Nedan visas aktuell kreditexponering i likviditetsportföljen

AKTUELL KREDITPOLICY

Ratingkategori	Durationskategori 0-1 år	1-3 år	3-7 år	>7 år
A. Stater, kommuner el. motsv. med AAA / Aaa	100%	0%	0%	0%
B. Värdepapper med rating om lägst AAA /Aaa	30%	0%	0%	0%
C. Värdepapper med rating om lägst AA /Aa2	11%	0%	0%	0%
D. Värdepapper med rating om lägst A /A2	0%	0%	0%	0%
E. Värdepapper med rating om lägst BBB/Baa	0%	0%	0%	0%
F. Värdepapper med rating lägre än BBB/Baa	0%	0%	0%	0%

KREDITEXPONERING PER KATEGORI

Ratingkategori	Durationskategori K. 0-1 år	L. 1-3 år	M. 3-7 år	N. >7 år
A. Stater, kommuner el. motsv. med AAA / Aaa	70%	0%	0%	0%
B. Värdepapper med rating om lägst AAA /Aaa	18%	0%	0%	0%
C. Värdepapper med rating om lägst AA / Aa2	11%	0%	0%	0%
D. Värdepapper med rating om lägst A /A2	0%	0%	0%	0%
E. Värdepapper med rating om lägst BBB/Baa	0%	0%	0%	0%
F. Värdepapper med rating lägre än BBB/Baa	0%	0%	0%	0%

KREDITEXPONERING PER MOTPART, LIKVIDITETSPORTFÖLJ APRIL 2017

Motpart	Motpart	Rating-kategori
SCBC	48%	A
Västerås stad	23%	A
Ålandsbanken	18%	B
Handelsbanken	11%	C

4 SKULDFÖRVALTNING PER 2017-04-30

4.1 Avstämning mot finanspolicy

Regionens upplåning uppfyller samtliga regler och limiter i reglementet avseende finansiering och skuldförvaltning. Ränte- och kapitalbindning låg den sista april på 1,7 år, vilket är inom riskmandaten på 1,5 år till 4 år. Genomsnittsräntan var 0,14 % per samma datum.

Ränte och kapitalbindning	Mål	Riskmandat	Utfall	Uppfyllt
Kapitalbindning	2 år	1,5 år - 4 år	1,7 år	Ja
Räntebindning	2 år	1,5 år - 4 år	1,7 år	Ja

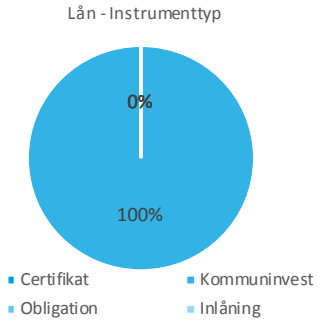
Förfallostruktur	Intervall	Riskmandat	Utfall	Uppfyllt
Kapitalförfall	< 1 år	0% - 35%	0%	Ja
Ränteförfall	< 1 år	0% - 35%	0%	Ja

4.2 Skuldportfölj

Regionens skuldportfölj utgjordes vid utgången av tertialet av ett lån om 40 mkr till Kommuninvest.

Skuldportfölj

Instrumenttyp	Aktuell skuld	Andel av total skuld
Certifikat	0	0%
Kommuninvest	40 000 000	100%
Obligation	0	0%
Inlåning	0	0%
Summa	**40 000 000**	**100%**



4.3 Förändring i upplåning

I tabellen nedan beskrivs förändringen i Regionens utlåning under årets första tertial.

	2017-04-30	2016-12-31
Lån (kr)	40 000 000	-
Derivat - ränteswappar (kr)	-	-
Genomsnittsränta	0,14%	-
Genomsnittsränta (inkl ränteswappar)	0,14%	-
Lånemarginal mot Stibor 3m	0,61%	-
Genomsnittlig räntebindning (år)	1,73	-
Ränteförfall inom 1 år (kr)	0	-
Ränteförfall inom 1 år (%)	0%	-
Genomsnittlig kapitalbindning (år)	1,73	-
Kapitalförfall inom 1 år (kr)	0	-
Kapitalförfall inom 1 år (%)	0%	-
Marknadsvärde derivatinstrument (kr)	-	-

7

Regionstyrelsens uppsiktsplikt 2017 om Stiftelsen Jamtli

RS/1065/2017

2017-05-16

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

RS/1065/2017

Regionstyrelsens uppsiktsplikt 2017 om Stiftelsen Jamtli

Ärendebeskrivning

Enligt kommunallagen (KL) 6 kap. 1 § ska styrelsen leda och samordna förvaltningen landstingets angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnders verksamhet. Regionstyrelsen ska också ha uppsikt över kommunal verksamhet som bedrivs i sådana juridiska personer (exempelvis kommunala bolag) som avses i 3 kap. 16a – 18b §§ och sådana kommunalförbund som kommunen eller landstinget är medlem i.

I regionstyrelsens uppföljningsplan för 2017 ingår bland annat att följa upp verksamheten inom ett antal bolag som regionen helt eller delvis äger eller på annat sätt har intresse i. Ett av de bolagen som Region Jämtland Härjedalen ska följa upp är Stiftelsen Jamtli.

Resultatet av uppföljningen redovisas genom en uppföljningsrapport. Som underlag till rapporten har en endast en preliminär årsredovisning samt information från styrgruppen för Nationalmuseum studerats. Sammantaget visar uppföljningen att Stiftelsen Jamtli redovisar en god måluppfyllelse men ett negativt ekonomisk resultat.

Preliminär årsredovisning per sista december 2017 visar på ett negativt resultat med – 1,5 Mnkr. Stora projekt och investeringar pågår inom Stiftelsen Jamtli. Därmed har även likviditeten varit pressad på grund av de stora byggprojekten med konstmuseiflygeln, de nya bostäderna samt Nationalmuseum. Det finns en checkräkningskredit som är utnyttjad till ett belopp av 6,7 miljoner kronor samt en långfristig skuld på 1,9 miljoner kronor. Enligt styrgruppen för nationalmuseum visar byggprojektet på vissa brister. Eftersom Stiftelsen Jamtli under 2017 troligen kommer att ha stor likviditetspåverkan i samband med byggprojekt Nationalmuseum, så finns ett behov av att byggprojektet följs upp under 2017. Dels för att se att byggnationen fortlöper enligt plan men även i syfte att visa om projektbudgeten håller eller om ytterligare likviditetsbehov kommer att behövas.

Regiondirektörens förslag

1. Styrelsen för Stiftelsen Jamtli uppmanas att kraftfullt agera för att följa styrgruppens rekommendationer avseende uppdrag kring Nationalmuseum Norr

2. En ny granskning avseende byggprojekt ska göras under hösten 2017.

3. Redovisningen om Stiftelsen Jamtli utifrån regionstyrelsens uppsiktsplikt godkänns.

Utdrag till

Stiftelsen Jamtli
Regionala utvecklingsnämnden

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

2017-05-05

RS/1065/2017

Rapport om Stiftelsen Jamtli

Syftet med den här rapporten är att redovisa om Stiftelsen Jamtli bedriver sin verksamhet i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt. Redovisningen har sin utgångspunkt i det som regionstyrelsens uppsiktsplikt omfattar.

Rapporten utgår från Stiftelsen Jamtlis preliminära årsredovisning 2016, eftersom Region Jämtland Härjedalen inte fått in påskriven årsredovisning när denna rapport skrivs. Även information från Nationalmuseums styrgrupp har inhämtats, som består av tjänstemän från både Östersunds kommun och Region Jämtland Härjedalen samt Jamtli.

Regionstyrelsens uppsiktsplikt

Enligt kommunallagen (KL) 6 kap. 1 § ska styrelsen leda och samordna förvaltningen landstingets angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnders verksamhet. Regionstyrelsen ska också ha uppsikt över kommunal verksamhet som bedrivs i sådana juridiska personer (exempelvis kommunala bolag) som avses i 3 kap. 16a – 18b §§ och sådana kommunalförbund som kommunen eller landstinget är medlem i.

Regionstyrelsen ska följaktligen:

- Ha överblick och kännedom över Region Jämtland Härjedalens verksamheter
- Övervaka den ekonomiska förvaltningen
- Tillse att medlen används ändamålsenligt
- Övervaka att fullmäktiges beslut blir verkställda
- Lämna råd och anvisningar samt påpekanden vid brister
- Påkalla ingripanden av fullmäktige när så erfordras.

De skriftliga och muntliga rapporterna ska innehålla information om hur nämnd, bolag, stiftelse eller förening uppfyller sitt syfte och uppdrag utifrån gällande ägardirektiv, bolagsordning, stadgar etc. samt hur de uppfyller sina övergripande mål utifrån regionplanen.

Om Stiftelsen Jamtli

Stiftelsens ändamål är att förvalta stiftelsens samlingar och markområden och hålla dem tillgängliga för allmänheten. Stiftelsen ska inom i huvudsak Jämtlands län bedriva och främja kulturminnesvård och museal verksamhet liksom annan därmed förenlig och närstående kulturell verksamhet. Stiftelsen kan även, i egen regi eller genom särskilt bildade organ, hyra ut eller på annat sätt affärsmässigt nyttja de byggnader de förfogar över.

Stiftelsen Jamtli är en moderstiftelse med 5 dotterbolag. Dock upprättas ingen koncernredovisning i enlighet med bestämmelserna i Årsredovisningslag 7:3.

Verksamheten

Under året valde Jamtli att ha entréfritt tio månader under året, precis som de statliga museerna, och ett något högre entrépris till sommarens Jamtli Historieland. Jamtli fick inte väsentligt fler besökare under lågsäsongen och under stora delar av sommaren var besökstalet alltför lågt.
Den nya entrépolicyn blev en lärdom att Jamtli redan är duktiga på att attrahera besökare och det finns inte så många fler att locka in med gratis entré.

I slutet av 2016 fick Jamtli klartecken att sätta igång med bygget av ett konstmuseum som ska inrymma en satellitverksamhet för Nationalmuseum i Stockholm. Under året har det förberetts för att bygget av det nya huset ska kunna påbörjas under 2017 och kunna invigas försommaren 2018.

Projektet med nationalmuseum påbörjades redan 2011, då Jamtli ansökte hos Regionförbundet Jämtlands län om medfinansiering till projekt Nationalmuseum Norr. Beslut fattades senare av regionförbundets styrelse att bifalla ansökan (från sk. 1:1-medel)

Jamtli återkommer 2014 och i diariet LS/269/2014 finns handlingar i ärendet som senare beslutas av såväl landstingsstyrelsen som landstingsfullmäktige §140/ 2014.

Samtidigt med det nya muséet beslutade Jamtli att satsa långsiktigt genom att bygga bostäder på Jamtlis område. Jamtli bygger nio småhus i egen regi, samt åtta hus som Östersundshem placerar i samma område. I slutet av året började bygget och successivt under 2017 kommer husen att stå klara. När alla husen är inflyttningsklara kommer det kunna bo ca 50 personer på Jamtliområdet.

Under året har Jamtli investerat i en ny etablering av 1950-tals miljö i form av banvaktsstugan Nyvik som ett tillskott till sommarens Historieland. Men också som en ny miljö för minnestimuleringsverksamhet och på övervåningen en volontärverkstad för statistverksamhetens textilrekvisita.

I samarbete med Jämtlands gymnasium har Jamtli etablerat ett metodkök i Milkolandbyggnaden och en helt ny klasslokal i anknytning härtill. För Historielands fordonspark förvärvades ett stort tält som kan klimatstyras under året.

Strategiska insatser har gjorts under året för att bidra till Tekniklands utveckling. Jamtli har förvärvat mark mellan flygfältet och E14 som skapar möjlighet för Teknikland att växa. Jamtli har också arbetat för att få in fler delägare i bolaget och målet är att samla alla aktiva i och omkring flygfältet i samma organisation.

Ekonomi

Ekonomiskt blev 2016 betydligt sämre än förväntat. För 2016 redovisas ett minusresultat på 1,5 miljoner kronor i den preliminära årsredovisningen. Omsättningen har varit 82,2 miljoner kronor och balansomslutningen 31,7 miljoner kronor. En soliditet på 22,0 procent. Lågt besökstal under sommaren och stora nysatsningar under året har bidragit till detta. Likviditeten har också varit pressad på grund av de stora byggprojekten med konstmuseiflygel och nya bostäderna.

Jamtlis dotterbolag har alla en låg omsättning i förhållande till Stiftelsen Jamtli, några särskilda risker kan inte påvisas utifrån deras preliminära årsredovisningar för 2016:

Dotterbolag		Ägarandel %	Eget kapital	Årets resultat
The nordic center of heritage learning and creativity AB		75	1 096	233
Restaurang Hov		100	90	-
Jämtland Teknikland AB		55	137	2
Världsarv Ragundadalen AB		55	143	- 31
Härjedalens fjällmuseum AB		55	280	25
			1 746	**229**

Stora projekt pågår inom Stiftelsen Jamtli vilket får påverkan på både kostnader och likviditet. Det finns en checkräkningskredit som är utnyttjad till ett belopp av 6,7 miljoner kronor samt en långfristig skuld på 1,9 miljoner kronor. Det kan därför vara bra att följa den ekonomiska utvecklingen för Stiftelsen Jamtli under 2017.

En styrgrupp har upprättats för Nationalmuseum som ska bestå av tjänstemän från både Östersunds kommun och Region Jämtland Härjedalen samt Jamtli.

Styrgruppens uppdrag och analys:

1. **Säkerställa att entreprenörsavtal har upprättats enligt norm**

Förfrågningsunderlaget innehåller en del som inte följer norm, bland annat blandas entreprenadformer. Entreprenadavtal har tecknats, daterat med påskrift 2016-11-30.

2. **Följa byggnationen och säkerställa att entreprenörsavtal följs**

Styrgruppen har reflekterat över den höga projekteringskostnaden som inklusive arkitekt och fackkonsulter uppgår till 9 miljoner kronor inklusive moms.

Betalningsplan avviker från upprättat kontrakt. ÄTA (Ändring och Tillkommande Arbeten) hantering följer inte kontraktet, bland annat uppfylls inte skriftlighet vilket kan orsaka otydlighet för vem som ansvarar och betalar ÄTA-arbeten.

Styrgruppen rekommenderar att Jamtli anlitar en erfaren byggprojektledare som kan bistå och stödja Jamtlis projektledare under genomförandeprocessen.

3. **Utarbeta underlag för en överenskommelse mellan finansiärerna för den ofinansierade delen av projektet (17 mkr)**

Den ofinansierade delen som avses hade redan innan styrgruppen tillträtt lösts genom att stiftelsen upptagit lån på 17 miljoner kronor hos Swedbank med ställda säkerheter(Östersund Norr 1:14) och att respektive part (regionen/kommunen) vardera behandlar fråga om ökat driftbidrag för att täcka amorteringen av detta (212 500 kr per part och år).

4. **Att göra kassaflödesbudget för projektet och följa upp löpande både inbetalningar och utbetalningar.**

Kassaflödesbudget bör och har upprättats av stiftelsen själva (inte styrgruppen). Mindre revideringar pågår men då betalplan inte följde kontraktsförutsättningar så uppstår likviditetsbrist enligt budget redan kvartal 3 2017. Likviditetsbristen som uppstår under perioden kvartal 3 2017 till kvartal 3 2018 varierar under åren men är i storleksordningen 1,3 miljoner kronor till 5 miljoner kronor, det finns i nuläget ingen plan hos Jamtli hur detta likviditetsunderskott skall hanteras.

I kassaflödesbudgeten från stiftelsen ligger inbetalningarna från tillväxtverket med samma summa per kvartal under det kommande året och skulle förseningar uppstå på dessa inbetalningar kommer likviditetssituationen försämras ytterligare. Enligt kassaflödesbudgeten är det 14,8 miljoner kronor som väntas in från tillväxtverket under projekttiden.

5. **Vid eventuella avvikelser snabbt initiera åtgärder för att undvika fördyringar.**

Avvikelser har redan skett och styrgruppen kom in sent i projektet och har därför mycket svårt att påverka projektet så att fördyringar inte sker. Styrgruppen har ännu inte kunnat ta del av en projektbudget för hela projektet.

Byggmöten en gång per månad och ett projektmöte däremellan anser vi vara lite om inte daglig tillsyn finns. Byggmöten leds och protokoll skrivs av entreprenören PEAB. Enligt AB 04 skall byggmöten ledas av beställaren.

Jamtlis uppföljning av målen i huvudmannadirektiven:

Utifrån de mål som Stiftelsen Jamtli har och som Region Jämtland Härjedalen tagit del av visar att stiftelsen har en bra måluppfyllelse, där fem av sex mål är uppfyllda.

- Stiftelsen ska sträva efter att uppnå 2/3 egenfinansiering.
  Stiftelsen strävar mot målet, som inte är helt uppfyllt, men de kommersiella delarna av verksamheten har ökat sina intäkter under 2016.

  Samtliga mål nedan har uppfyllts.
- Antal besökare på Jamtli ligger i intervallet 180-210 000 under året
  Utfall blev 199 478 besökare under 2016.
- Stiftelsen strävar efter att vara ledande inom utveckling av kulturarvspedagogisk verksamhet och barn- och ungdomar är en prioriterad grupp
- Stiftelsen bidrar till hållbar regional utveckling genom att aktivt verka för demokratiskt, social, ekonomisk och ekologiskt hållbar utveckling
- Utveckla samverkan och öka den sociala gemenskapen för främjande av kulturell mångfald, demokratiskt medborgarskap och geografisk spridning av kulturutbud
- Stiftelsen bidrar genom sin verksamhet till att öka intresset för konst, foto och samtida uttryck samt för historia, natur, kulturarv och hembygdsvård

Slutsats och bedömning

Eftersom endast preliminär årsredovisning har kunnat granskas och att Stiftelsen Jamtli under 2017 troligen kommer att ha stor likviditetspåverkan i samband med byggprojekt Nationalmuseum, så finns ett behov av att byggprojektet följs upp under 2017. Dels för att se att byggnationen fortlöper enligt plan men även i syfte att visa om projektbudgeten håller eller om ytterligare likviditetsbehov kommer att behövas.

Rekommendationen är att Jamtli utarbetar en plan för att hantera större likviditetsunderskott (större än 10 miljoner kronor, om pengarna från tillväxtverket kommer senare än man räknat med i budgeten).

Styrgruppen rekommenderar även att Jamtli upprättar en känslighetsanalys för likviditeten på projektet och även skapar likviditetsberedskap för att kunna hantera det som känslighetsanalysen visar. Vidare har inte styrgruppen fått ta del av en detaljerad projektbudget för Nationalmuseum trots påtryckningar och kan därmed i nuläget inte bedöma om den genom lån finansierade fördyringen på 17 miljoner kronor räcker eller om det finns risk för ytterligare fördyringar.

Sedan många år tillbaka har Jamtli checkkredit hos Region Jämtland Härjedalen på 7,6 miljoner kronor, denna kredit har bara utnyttjats marginellt och under kortare perioder under tidigare år. Nu är krediten utnyttjad till fullo och vad pengarna används till eller när krediten skall återställas framgår inte av kassaflödesbudgeten.

8

Regionstyrelsens uppsiktplikt om Samordningsförbundet Jämtlands län

RS/1064/2017

2017-05-05

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

RS/1064/2017

Regionstyrelsens uppgiftsplikt om Samordningsförbundet Jämtlands län

Ärendebeskrivning

Enligt kommunallagen (KL) 6 kap. 1 § ska styrelsen leda och samordna förvaltningen landstingets angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnders verksamhet. Regionstyrelsen ska också ha uppsikt över kommunal verksamhet som bedrivs i sådana juridiska personer (exempelvis kommunala bolag) som avses i 3 kap. 16a – 18b §§ och sådana kommunalförbund som kommunen eller landstinget är medlem i.

I regionstyrelsens uppföljningsplan för 2017 ingår bland annat att följa upp verksamheten inom ett antal bolag som regionen helt eller delvis äger eller på annat sätt har intresse i. Ett av de bolagen som Region Jämtland Härjedalen ska följa upp är Samordningsförbundet Jämtlands län.

Resultatet av uppföljningen redovisas genom en uppföljningsrapport. Som underlag till rapporten har en endast en preliminär årsredovisning studerats. Sammantaget visar uppföljningen att Samordningsförbundet Jämtlands län redovisar en god måluppfyllelse och en god ekonomi.

Preliminär årsredovisning per sista december 2017 visar på ett positivt resultat med 2,6 Mnkr.

Regiondirektörens förslag

1. Redovisningen om Samordningsförbundet utifrån regionstyrelsens uppsiktsplikt godkänns.

Utdrag till

Organisation/person som protokollsutdrag och/eller yttrande ska skickas till.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

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

2017-05-05

RS/1064/2017

Rapport uppsiktsplikt Samordningsförbundet Jämtlands län

Syftet med den här rapporten är att redovisa om Samordningsförbundet i Jämtlands län bedriver sin verksamhet i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt. Redovisningen har sin utgångspunkt i det som regionstyrelsens uppsiktsplikt omfattar.

Rapporten utgår från samordningsförbundets preliminära årsredovisning 2016, eftersom Region Jämtland Härjedalen inte fått påskriven årsredovisning.

Regionstyrelsens uppsiktsplikt

Enligt kommunallagen (KL) 6 kap. 1 § ska styrelsen leda och samordna förvaltningen landstingets angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnders verksamhet. Regionstyrelsen ska också ha uppsikt över kommunal verksamhet som bedrivs i sådana juridiska personer (exempelvis kommunala bolag) som avses i 3 kap. 16a – 18b §§ och sådana kommunalförbund som kommunen eller landstinget är medlem i.

Regionstyrelsen ska följaktligen:

- Ha överblick och kännedom över Region Jämtland Härjedalens verksamheter
- Övervaka den ekonomiska förvaltningen
- Tillse att medlen används ändamålsenligt
- Övervaka att fullmäktiges beslut blir verkställda
- Lämna råd och anvisningar samt påpekanden vid brister
- Påkalla ingripanden av fullmäktige när så erfordras.

De skriftliga och muntliga rapporterna ska innehålla information om hur nämnd, bolag, stiftelse eller förening uppfyller sitt syfte och uppdrag utifrån gällande ägardirektiv, bolagsordning, stadgar etc. samt hur de uppfyller sina övergripande mål utifrån regionplanen.

Om Samordningsförbundet Jämtlands län

Samordningsförbundet i Jämtlands län bildades som länsförbund 2011. Det är ett av Sveriges 80 samordningsförbund där kommuner, landsting, försäkringskassan och arbetsförmedlingen verkar för att samordna rehabiliteringsinsatser. Målgruppen är människor i åldrarna mellan 16 och 64 år med behov av samordnade rehabiliteringsinsatser. Man ska skapa möjligheter och stötta människor så att de kommer ut på eller närmar sig arbetsmarknaden. Lagen om finansiell samordning anger ramarna för verksamheten. Uppdraget är att bedriva utvecklingsarbete samt finansiera projekt, utvärderingar och uppföljningar samt sprida erfarenheter.

Samordningsförbundet har ansvar för att rapportera in resultat i det nationella uppföljningssystemet SUS, ”sektorövergripande system för uppföljning av samverkan och finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet”. Via SUS får regering och departement rapporter om olika insatser som finansierats med samverkansmedel och vilka resultat de gett.

Ekonomi

För 2016 redovisas ett positivt resultat på 2,6 miljoner kronor. Region Jämtland Härjedalens bidrag för 2016 var 2,2 miljoner kronor.

Under året har följande rapporterats till SUS:
Under året har 102 personer fördelat på 42 män och 60 kvinnor varit inskrivna i olika projekt. 65 deltagare har avslutats. Huvuddelen av deltagarna har varit mellan 19-27 år. De flesta har deltagit i aktiviteter under sju till nio månader. Av de avslutade kan konstateras att 78 procent har fått eller ökat omfattningen av arbete och/eller studier.

Totalt 747 personer har registrerats i volyminsatser exempelvis konferenser, konsultationer och utbildningar. En förändring och förflyttning kan konstateras när man mäter försörjning före och efter projektavslut. Mest markant synes det minska de försörjningsstödet vara.

Måluppföljning mot styrelsebeslut

Samordningsförbundet Jämtlands län hade fyra mål 2016 och samtliga är uppfyllda.

Aktiva rätt sammansatta LOKSAM-grupper i alla kommuner.	Målet uppfyllt
70 procent avslutade projekt skall vara implementerade	Målet uppfyllt. 5 projekt avslutade, av dessa ger 4 ett utfall på 80 procent
Erfarenheter av arbetssätt och metoder skall spridas i länet	Målet uppfyllt
Länsövergripande event skall genomföras	Målet uppfyllt. Samjamtdagen genomfördes 161021. Ett 60 tal deltog.

9

Regionstyrelsens uppföljning 2017 om miljö, Miljöbokslut 2016

RS/1034/2017

2017-05-09

Enheten för krisberedskap, säkerhet och miljö
Åsa Paletun
Tfn: 063-14 76 78
E-post: asa.paletun@regionjh.se

RS/1034/2017

Miljöbokslut 2016

Ärendebeskrivning

Miljöbokslut upprättas årligen utifrån kraven i EMAS-förordningen samt fastställt kontrollprogram för Östersunds sjukhus.

Förutom uppföljning av målen i övergripande handlingsplan för miljö så redovisas även data utifrån de obligatoriska miljöindikatorerna i EMAS-förordningen, parametrarna i kontrollprogrammet samt de miljöaspektsförteckningar som är upprättade för vår verksamhet.

Beslutsunderlag

Miljöbokslut 2016

Regiondirektörens förslag

Miljöbokslut 2015 godkänns.

I tjänsten

Ingela Jönsson
T.f. Regiondirektör

Mikael Ferm
Regionstabschef

Utdrag till

Miljöstrateg Samordningskansliet

Miljöbokslut 2016

Dnr RS/1034/2017

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Förord

Region Jämtland Härjedalen är en stor organisation som ansvarar för insatser inom hälso- och sjukvård, tandvård, utbildning, forskning, kultur och regional utveckling. Verksamheterna är av stor betydelse för den enskilde medborgaren och utvecklingen av Jämtlands län.

Eftersom vi har en relativt stor miljöpåverkan i våra verksamheter har regionen integrerat miljöarbetet i ett miljöledningssystem sedan 2004. Från 2011 är miljöledningssystemet integrerat i regionens generella ledningssystem. Miljöledningssystemet är uppbyggt utifrån den internationella standarden ISO 14 001 och EU-förordningen EMAS. Ledningssystemet gäller för alla verksamheter i Region Jämtland Härjedalen.
Under 2015, efter regionbildningen, genomfördes en recertifiering och från 21 december 2015 är hela Region Jämtland Härjedalens verksamhet Miljöcertifierad.

Certifieringen gäller hälso- och sjukvård inklusive specialistsjukvård och primärvård, folktandvård, länskulturen, utbildning och utveckling, folkhögskolor, diagnostik, teknik och service, regional utveckling samt regionstaben.
De verksamheter som inte omfattas av certifieringen är stiftelser och bolag som helt eller delvis ägs av Region Jämtland Härjedalen, samt politiska beredningar, revisorer, Regionstyrelse, Vårdvalsnämnd, Regional utvecklingsnämnd och regionfullmäktige.

Miljöledningssystemet ställer krav på organisationen att utifrån miljöpolicyn och våra betydande miljöaspekter sätta upp miljömål och presentera resultaten av arbetet i en offentlig miljöredovisning. I den här miljöredovisningen kan du läsa hur vi lyckats i det arbetet, vad vi gjort och vad vi kan bli bättre på.

ISO 14001
MILJÖ
CERTIFIERAD
SWEDAC ACKREDITERING
1450
ISO/IEC 17021
BMG TRADA CERTIFIERING

EMAS
KONTROLLERAT
MILJÖLEDNINGSSYSTEM

Utgåva 1
2017-05-09
Dnr: RS/1034/2017

BMG TRADA Certifiering AB
Ackrediteringsnummer 1450

Miljöpolicy

Den miljöpolicy som gäller beslutades 2013-10-23 av dåvarande Landstingsfullmäktige och gäller tills vidare för Region Jämtland Härjedalen, men kommer att ses över med tanke på att man i policyn använder benämningen landstinget.

I Miljöpolicyn läggs fast att:

Landstinget ska, genom att ständigt utveckla och förbättra miljö- och hälsoarbetet, verka för god hälsa och positiv livsmiljö för alla i Jämtlands län.

De egna verksamheterna ska sträva efter att välja tekniska, ekonomiska och hälsobefrämjande lösningar med största möjliga miljöhänsyn för att nå en långsiktig hållbar utveckling såväl ur ekologiskt, socialt som ekonomiskt perspektiv.

Vi ska leva upp till de miljökrav som ställs i gällande lagstiftning och till nationella och regionala miljö- och klimatmål och krav som landstinget berörs av. Vi ska tillämpa ett jämställdhets-, jämlikhets- och barnperspektiv på landstingets miljöarbete.

Miljöarbetet i Jämtlands läns landsting ska vara ett föredöme i Sverige och internationellt

Landstinget ska därför arbeta enligt följande;

- minska både vår indirekta och direkta negativa miljöpåverkan
- upprätta miljö- och klimatmål för verksamheten för att uppnå ständiga förbättringar
- minimera negativ läkemedelspåverkan på miljö och hälsa genom aktiva insatser
- minimera negativ påverkan på miljö och hälsa från kemikalier och kemiska produkter
- upphandla och köpa in varor och tjänster som medför minsta möjliga miljöbelastning och utvärdera deras miljö- klimat- och hälsoeffekter
- ställa krav på att entreprenörer och leverantörer följer landstingets miljöpolicy i tillämpliga delar
- upprätthålla tydliga ansvars- och beslutsfunktioner i miljöfrågor
- använda gröna nyckeltal för att följa miljöutvecklingen
- höja medarbetarnas kompetens och öka delaktigheten i miljöarbetet
- arbeta aktivt för att öka insikten om sambandet mellan miljö, hälsa, jämställdhet och jämlikhet
- samverka med andra aktörer i frågor om miljö och hälsa och stödja externa projekt inom området

- samverka med andra aktörer inom socialt ansvarstagande och miljömedicinskt arbete

Innehåll

FÖRORD **2**

MILJÖPOLICY **3**

1 VÅRA MILJÖMÅL 2016 ..... **5**

2 RESULTATREDOVISNING - MILJÖPÅVERKAN **7**

2.1 KLIMATPÅVERKAN 7
2.1.1 Energi *8*
2.1.2 Resor och transporter *9*
2.1.3 Köldmedieanvändning *10*
2.1.4 Medicinska gaser *11*
2.2 GIFTFRI MILJÖ 12
2.2.1 Kemikalieanvändning *12*
2.2.2 Läkemedel och miljö *13*
2.2.3 Livsmedel *15*
2.2.4 Hållbara inköp och giftfri miljö *16*
2.2.5 Avloppsutsläpp *17*
2.3 RESURSEFFEKTIVITET OCH MILJÖ 17
2.3.1 Användning av material och produkter *17*
2.3.2 Avfall *18*
2.3.3 Upphandling och resurseffektivitet *19*
2.3.4 Vattenanvändning *20*

3 EFTERLEVNAD AV LAGAR OCH ANDRA KRAV **20**

4 HÅLLBARHETSARBETE INOM REGIONAL UTVECKLING **21**

4.1 KLIMATRÅD JÄMTLANDS LÄN 21
4.2 EUROPAFORUM NORRA SVERIGE (EFNS) 21
4.3 MITTNORDENKOMMITTÉN 22
4.4 MILJÖMINISTERNÄTVERKET ENCORE 22
4.5 PVC-FRIA BLODPÅSAR 22
4.6 GIFTFRI VARDAG OCH GIFTFRITT JÄMTLAND HÄRJEDALEN 22
4.7 ENERGIKONTORET 23
4.7.1 Samordning energi- och klimatrådgivare *23*
4.7.2 Projektverksamhet *23*
4.8 ENERGIOMSTÄLLNING FÖR TILLVÄXT 25

5 STATISTIK OCH FÖRDJUPNING **26**

5.1 KLIMATPÅVERKAN 26
5.1.1 Energi *27*
5.1.2 Resor och transporter *31*
5.1.3 Köldmedieanvändning *33*
5.1.4 Medicinska gaser - Lustgas *34*
5.2 RESURSEFFEKTIVITET OCH MILJÖ 34
5.2.1 Avfall *34*

6 BETYDANDE MILJÖASPEKTER **38**

7 ORDLISTA/BEGREPPSFÖRKLARINGAR **39**

1 Våra miljömål 2016

Minska regionens **energianvändning** i regionens fastigheter och verksamheter, Energianvändning kWh/m^2 och CO_2-utsläpp.
Mål för helår 2016: 210,2 kWh/m^2

Resultat: 200,7 kWh/m^2. Målet uppnått. För detaljer – se kapitel 2.1.1. och 5.1.1.

Minska regionens tjänsteresor och interna transporter inom alla verksamheter samt välja teknik och transportsätt, så att regionens **klimatpåverkan från tjänsteresor och transporter** minskar.
Mål 2016: -10 % CO2 jämfört med 2011.

Utsläppen har ökat med 24 % (336 ton) jämfört med referensåret och har även ökat med 4 % (65,5 ton) jämfört med 2015. Under 2016 påbörjades därför ett antal åtgärder för att vända trenden – se vidare under kapitel 2.1.2. och 5.1.2

Andelen **ekologiska livsmedel** ska vara minst 21 % och andelen **socialt-etiskt märkta livsmedel** minst 6 % av det totala utfallet av livsmedelsinköpen.

Andelen ekologiska livsmedel var totalt 26,4 % och andelen socialt-etiskt märkta livsmedel var 8,7 % vilket innebär att båda målen uppnåddes med marginal. Personalkaffet är 100 % ekologiskt och socialt-etiskt och för de enskilda produktionsköken blev resultatet följande:

Ekologiska livsmedel	**Andel**	**Socialt-etiskt märkta livsmedel**	**Andel**
Kostenheten	23,4 %	Kostenheten	6,3 %
Birka folkhögskola	33,6 %	Birka folkhögskola	5,8 %
Bäckedal folkhögskola	27,5 %	Bäckedal folkhögskola	5,1 %

Ökad **medvetenhet i miljöfrågor** hos alla medarbetare

Som prioriterad aktivitet för detta mål är att visa minst två av regionens informationsfilmer om miljö på arbetsplatsträffar under året. Endast ett område i organisationen hade med detta mål i verksamhetsplanen. Dock har filmerna visats på ett antal enheter ändå.

Regionens **totala avfallsmängd** ska minska med 1 % till slutet av 2016 jämfört med 2012

Istället för minskning, så ökade mängden med 9 % = 75 ton. Brännbart avfall stod för största ökningen. Skärande/stickande samt läkemedelsavfall fortsätter att öka. För detaljer – se kapitel 2.3.2 och 5.2.1

Andel **avfall som går till materialåtervinning** ska vara minst 47 %

Återvinningsgraden 2016 var 41 %. Materialåtervinning minskar jämfört med 2015, dock högre än 2012, men kompenserar inte för den stora ökningen av brännbart avfall. Även farligt avfall har ökat.

Principerna för **hållbara inköp** ska vara allmänt kända för all personal involverade i inköp.

Inget område har med målet att gå igenom reglerna för hållbara inköp under året så sannolikheten är låg att vi nått framgång med detta mål generellt i organisationen. Dock är reglerna välkända och tillämpas på upphandlingsenheten. Reglerna har också reviderats under året och information om detta har gått ut i ett s.k. ”ledningsmail” till chefer i organisationen.

2 Resultatredovisning - Miljöpåverkan

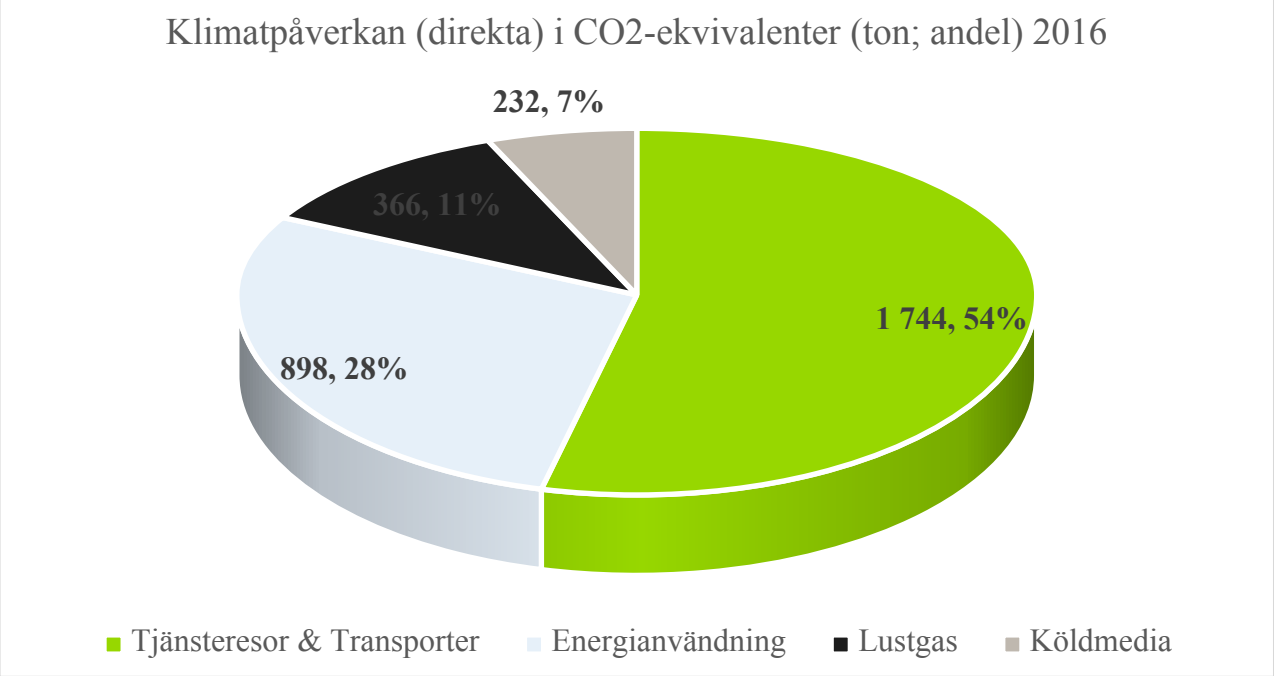
Region Jämtland Härjedalen påverkar miljön på många sätt. I detta miljöbokslut har vi valt att gruppera vår miljöpåverkan under tre huvudrubriker, Klimatpåverkan, Giftfri miljö och Resurseffektivitet och miljö. Inom det regionala utvecklingsarbetet har vi också stor positiv miljöpåverkan vilket redovisas separat i kapitel 4.

2.1 Klimatpåverkan

Region Jämtland Härjedalen påverkar klimatet på flera sätt, både direkt och indirekt och både positivt och negativt. Den mer direkta påverkan sker genom vår användning av energi, bränslen till resor och transporter samt användning av köldmedia och medicinska gaser – det är också den direkta påverkan som vi i dagsläget mäter. En mer indirekt påverkan sker genom användning av material, produkter, konsumtion av livsmedel samt informations- och samverkansinsatser och deltagande och drivande av olika projekt.

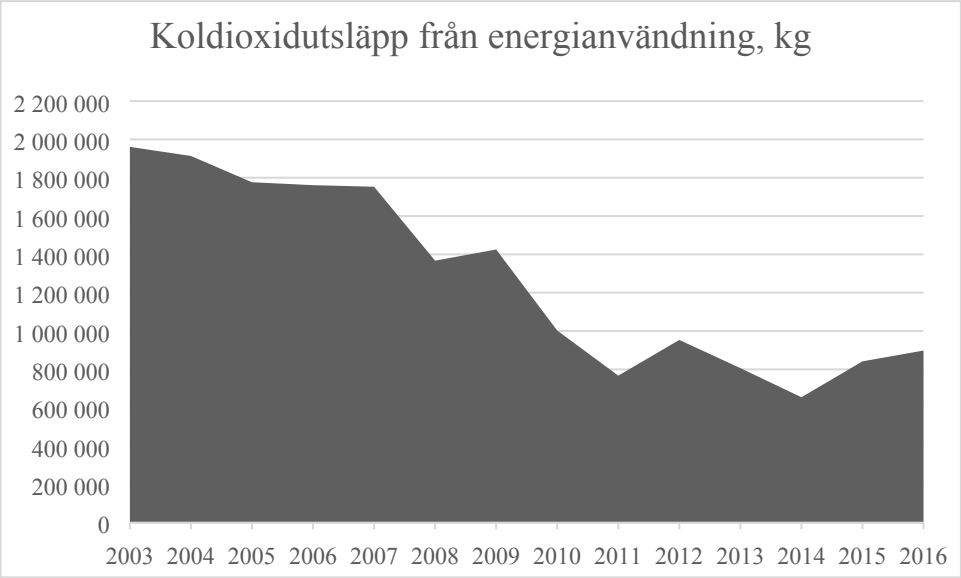
Under 2016 inleddes stora satsningar på distansoberoende teknik, framför allt inom hälso- och sjukvården som kan medföra bland annat ökad tillgänglighet till vård och även minska klimatpåverkan genom minskat behov av resor i samhället.
Energikontoret Region Jämtland Härjedalen arbetar för minskade utsläpp av växthusgaser genom projekt och aktiviteter som syftar till effektivare energianvändning och ökad användning av förnybar energi. Under 2016 har projekt inom energi och klimat beviljats medel för drygt 18 miljoner kronor, varav ungefär hälften gått till projekt som ägs av Region Jämtland Härjedalen.

När det gäller vår direkta klimatpåverkan är det utsläpp från resor och transporter som dominerar.

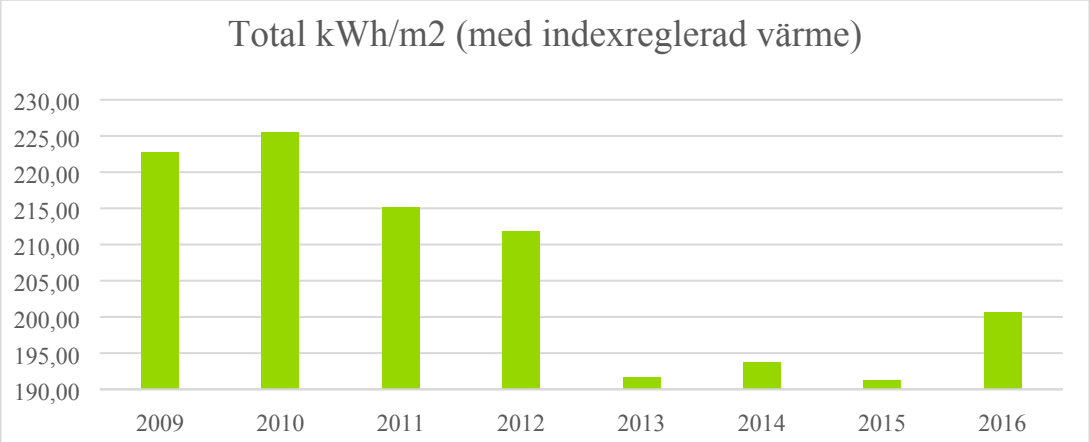


2.1.1 Energi

Koldioxidutsläppen från energianvändningen minskat med 37 % sedan 2009 och hela 54 % sedan 2003.



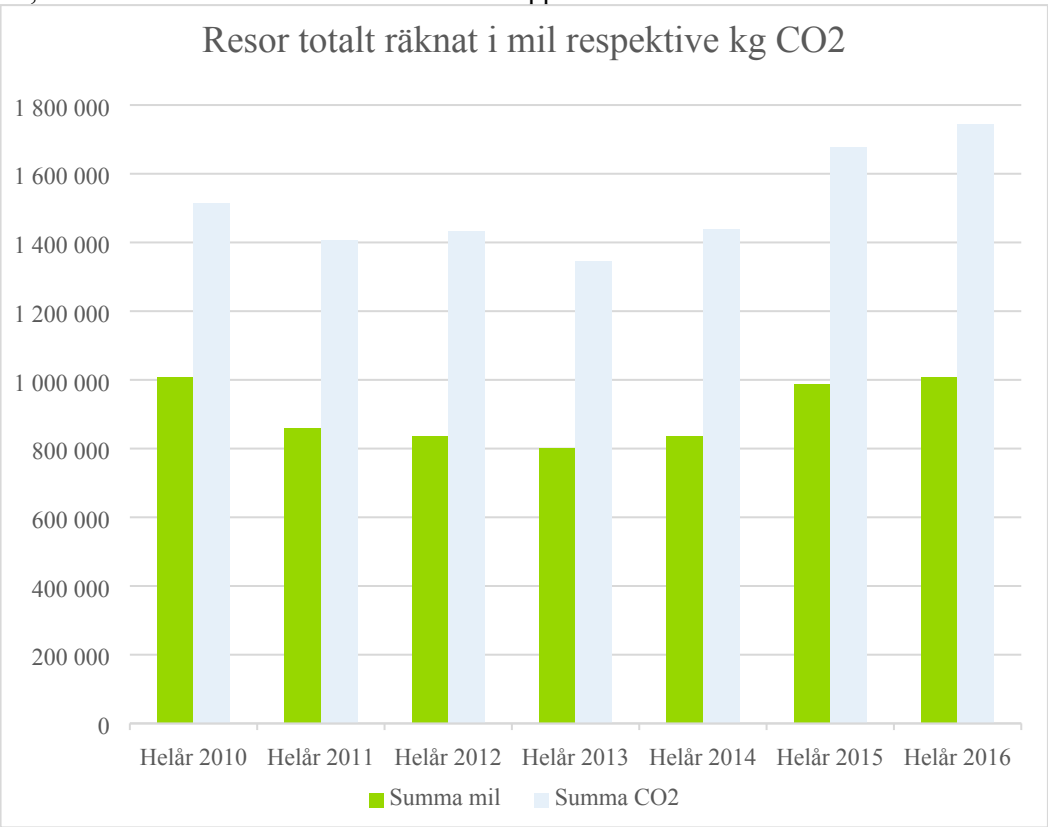
Energi för uppvärmning och kyla är beroende av klimatet, så kalla vintrar och varma somrar gör att energibehovet ökar vilket även påverkar utsläppen. Vårt eget vindkraftverk försörjer vårt elenergibehov med ca 30 % och resterande el som vi köper är enbart ”Bra miljöval-el” och när det gäller värme så är det nästan helt biobaserat genom den fjärrvärme vi använder. Det som ändå har störst effekt för minskad klimatpåverkan är minskad energianvändning och för att se hur energieffektiv vår verksamhet och våra fastigheter är så är vårt mål att minska energianvändningen per kvadratmeter. Värdet energiindexregleras, d.v.s. vi använder en omräkningsfaktor som tar hänsyn till utetemperatur m.m. för att få ett värde på vår energieffektivitet som är oberoende av det klimat våra fastigheter är belägna i.



Den ökning vi ser 2016 beror dels på att vi sålt en fastighet i Hammerdal. När vi säljer av energieffektiva fastigheter/verksamheter så går medelvärdet upp vilket vi även sett tidigare. Inom sjukhusområdet pågår också, som energieffektiviseringsåtgärd, ombyggnation av ventilationsaggregat vilket bidrar till en ökning av energin eftersom andra ventilationsaggregat då måste gå för fullt dygnet runt under ombyggnadstiden.

2.1.2 Resor och transporter

Region Jämtland Härjedalen ger upphov till en mängd resor, dels genom att invånarna och besökare reser till och från våra verksamheter, leverans av varor till och hämtning av avfall från våra verksamheter samt att den egna personalen reser till och från arbetet samt i tjänsten, ambulansverksamhet och våra interna transporter av gods, post, prover, avfall m.m. Det vi mäter i dagsläget är de resor och transporter som vår egen personal utför i arbetet. Klimatpåverkan från tjänsteresor och transporter är en av de största utmaningarna vi har just nu, då resandet i antal mil och koldioxidutsläppen ökat de senaste åren.



De senaste åren har flygresorna ökat jämfört med tåget för de längre resorna vilket också gör att utsläppen per rest mil ökat. De flesta längre tjänsteresorna sker till Stockholm. Där är det möjligt att välja både tåg och flyg, men indragning av nattågstrafik och avgångs- och ankomsttider som inte är optimala för den enskilda resan har påverkat dels mångas attityd gentemot tåg och i många fall medfört att tåg tyvärr inte varit ett möjligt alternativ. Under 2016 skedde 89 % av resorna till och från Stockholm med flyg och endast 11 % med tåg. Det är därför också angeläget att i möjligaste mån försöka påverka arrangören av möten och utbildningar att anpassa tiderna så att det är möjligt att delta även om man vill resa med tåg, men framförallt att det går att delta på distans så att man i de sammanhang där det är lämpligt kan helt slippa att resa. Det är dock en rimlig bedömning att det är möjligt att förändra resmönstret även med befintliga förutsättningar.

Jämtlands län är ett geografiskt stort område och regionen har verksamhet på många orter och det medför i sig många regionala resor och transporter. Länet som helhet har bland de längsta körsträckorna med bil per invånare i Sverige. Tyvärr är inte bränsleinfrastrukturen för alternativa bränslen utbyggd på ett sådant sätt att det är helt enkelt att ställa om till fordon med alternativ drift eller helt biobaserade bränslen. Det är också ett angeläget område att arbeta med för regionen och i samverkan med andra aktörer för att kunna arbeta för en fossiloberoende fordonstrafik i länet. Ett steg på vägen är också den upphandling av länsbusstrafiken som är på gång.

För att kunna vända trenden med ökade utsläpp från resor och transporter har flera åtgärder initierats under 2016. Under våren ansökte Region Jämtland Härjedalen tillsammans med Östersunds kommun om projektmedel från Energimyndigheten för att dels låta göra en analys av tjänsteresor och arbetspendling utifrån klimatpåverkan och kostnader med CERO-metoden som utvecklats på KTH och dels genomföra intern reserådgivning. Strax innan sommaren beslutade Energimyndigheten att bevilja medel till projektet som startade hösten 2016 och fortgår t.o.m. 2017.
Under 2016 har också nya regler för resor arbetats fram och dessa beslutades i början av 2017 och innehåller bland annat ett internt klimatkompensationssystem som ska främja tågresande framför flyg.

2.1.3 Köldmedieanvändning

Ett flertal ämnen kan användas som köldmedia, d.v.s. energibärare i bland annat kylskåp, frysar, värmepumpar och luftkonditioneringsanläggningar. Så länge köldmediet är inneslutet i aggregaten gör de ingen skada, men vid läckage kan köldmediet slippa ut och påverka miljön. Äldre typer av köldmedia var främst skadliga för ozonskiktet, men lagregleringar har gjort att en omställning skett till andra typer av köldmedia. De som används i dagens system har dock ofta istället en stark klimatpåverkan. Användning av köldmedia är hårt reglerat i lagstiftning, med återkommande kontroller och läcksökning av anläggningarna m.m. Under 2015 hade vi inga läckage, men under 2016 fick vi tyvärr läckage på några aggregat.

Utsläpp 2016			
Köldmedia	**kg**	**CO_2-fakt**	**kg CO_2-ekv**
R134a	0	1300	0
R407C	20,7	1600	33 120
R410A	101	1900	191 900
R404A	2	3260	6 520
Summa:	123,7		**231 540**

Olika ämnen har olika stark påverkan på växthuseffekten och för att beräkna klimatpåverkan räknar man om till koldioxidekvivalenter. I tabellen ovan ser man t.ex. att köldmediet R134a har 1300 gånger kraftigare påverkan på klimatet än koldioxid.

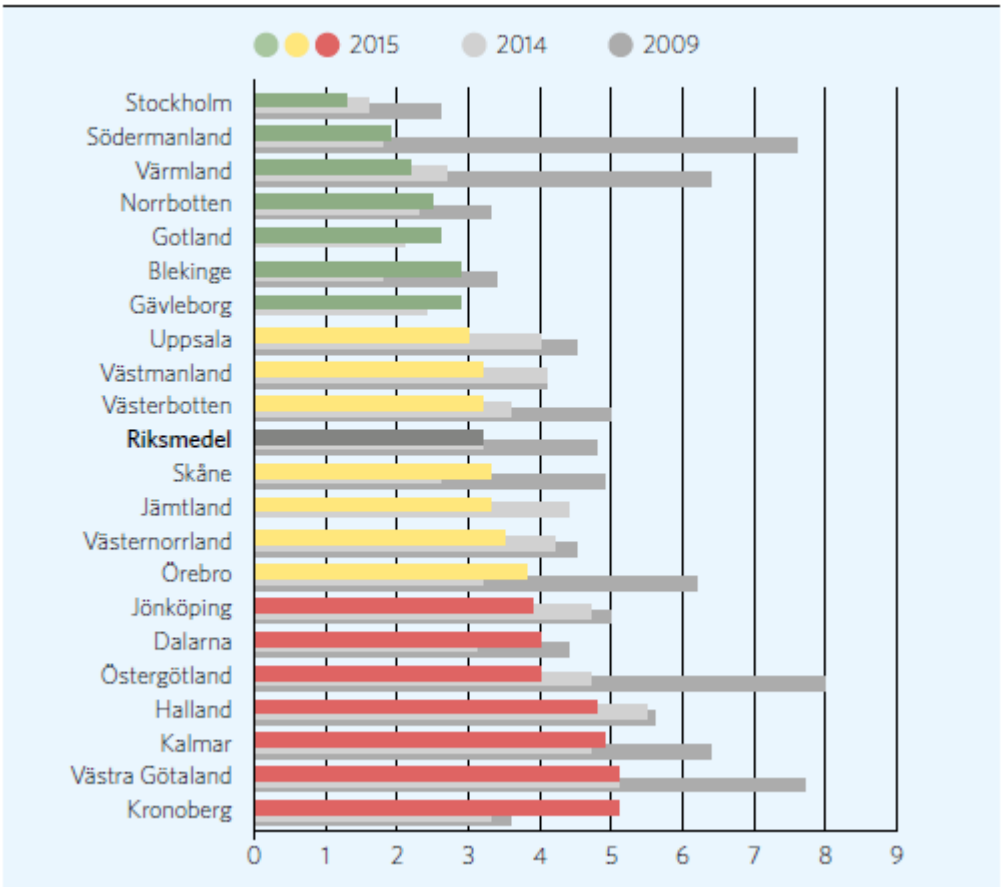
2.1.4 Medicinska gaser

Vissa medicinska gaser har klimatpåverkan om de kommer ut i miljön. Medicinsk lustgas är en sådan gas och är en lättare form av narkosmedel med smärtstillande egenskaper som används främst vid förlossningar. Lustgas har ca 300 gånger större påverkan på klimatet än koldioxid. I dag finns det anläggningar för sjukhus att destruera lustgas. Lustgasen samlas då in med så kallad dubbelmask som både försörjer med lustgas och fångar in överskottet. Den uppsamlade lustgasen skickas sedan genom en destruktionsapparat och skickas sedan ut i atmosfären som kväve och syre, alltså vanlig luft. Region Jämtland Härjedalen har dock

ingen sådan anläggning, så den lustgas som används inom sjukvården kommer ut i atmosfären.

Under 2016 användes 1 227 kg lustgas i vår verksamhet vilket motsvarar ca 366 ton koldioxid.

DIAGRAM 5. Klimatpåverkan från medicinska gaser (kg CO_2-ekv/invånare)



Ur Rapport Öppna Jämförelser ” Miljöarbetet 2016 i landsting och regioner”

I rapporten öppna jämförelser kan man se att ett antal regioner/landsting mellan 2009 och 2015 installerat destruktionsanläggningar på de stora förändringarna av resultatet. Vi ligger trots allt inte så långt under riksmedel, vilket ändå tyder på att vi har en god hushållning och inga stora läckage. I sammanställningen räknas även några andra medicinska gaser in av vilka vi har väldigt marginell användning.

2.2 Giftfri miljö

"Förekomsten av ämnen i miljön som har skapats i eller utvunnits av samhället ska inte hota människors hälsa eller den biologiska mångfalden. Halterna av naturfrämmande ämnen är nära noll och deras påverkan på människors hälsa och ekosystemen är försumbar. Halterna av naturligt förekommande ämnen är nära bakgrundsnivåerna."

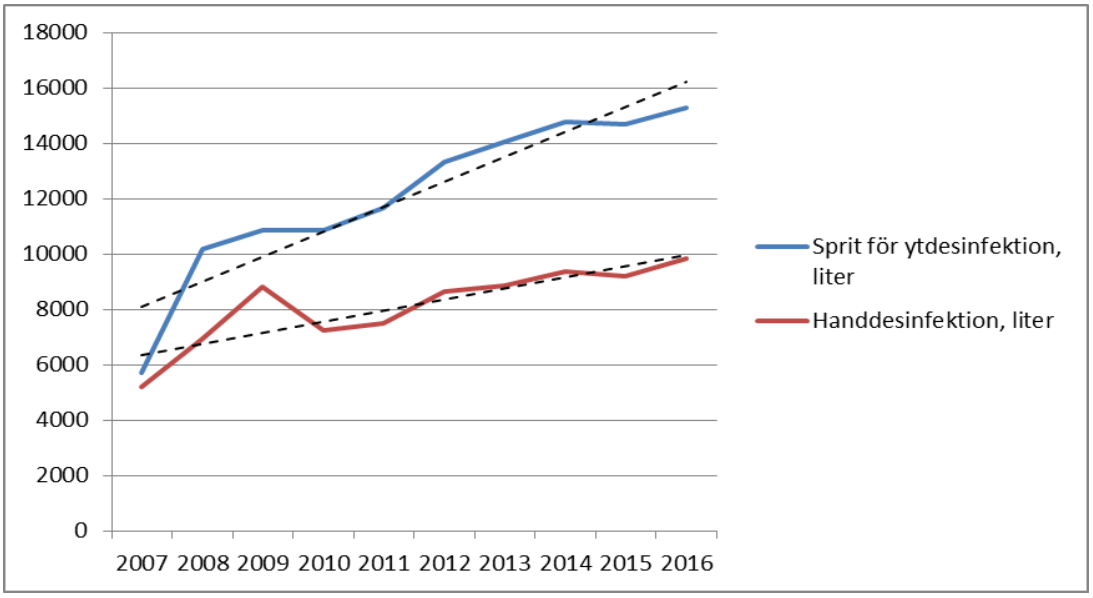
– riksdagens definition av det nationella miljökvalitetsmålet Giftfri miljö.

Giftfri miljö är också ett av de prioriterade målen för länet och Region Jämtland Härjedalen har tagit ett samordningsansvar för att tillsammans med länets aktörer fasa ut farliga ämnen från offentliga miljöer. Miljöer där barn vistas är prioriterade eftersom barn och unga är särskilt känsliga för påverkan av farliga ämnen.
Målet är att underlätta för kommuner och hälso- och sjukvården att fasa ut farliga ämnen samt att öka medvetenhet om varför och hur vi undviker farliga ämnen i varor.
En kommunikationsplattform med en hemsida som stomme är under uppbyggnad. En kommunikationskanal är Facebooksidan Giftfritt Jämtland Härjedalen och en annan är via föreläsningar och nätverk.
Mer finns att läsa på www.giftfrittjamtland.se

Region Jämtland Härjedalen påverkar målet om giftfri miljö även med den egna hanteringen av material, varor och produkter såsom användning av kemiska produkter, läkemedel, livsmedel samt varor och material som kan innehålla skadliga ämnen.

2.2.1 Kemikalieanvändning

Under 2015 infördes ett kemikaliehanteringssystem för registrering av våra kemiska produkter med skadliga egenskaper. Under 2016 fanns 1063 kemiska produkter registrerade i vårt kemikalieregister för kemikalier med skadliga egenskaper varav 27 var klassade som s.k. CMR-produkter, d.v.s. cancerframkallande, mutagena eller reproduktionstoxiska.
De produkter som dock används i störst mängd är desinfektionsmedel inom hälso- och sjukvården. Under 2016 användes 9837 liter handdesinfektionsmedel och 15 287 liter ytdesinfektionsmedel.



För kemiska produkter ska riskbedömningar göras ur arbetsmiljö-, säkerhets- och miljösynpunkt. Med kemikaliehanteringssystemet underlättas detta arbete och under 2016 beslutades att för att komma igång med det arbetet på ett bra sätt, så anlitas konsulter under 2017 för att riskbedöma de produkter med högst inneboende risker och ta fram en lathund och arbetssätt för det fortsatta arbetet.

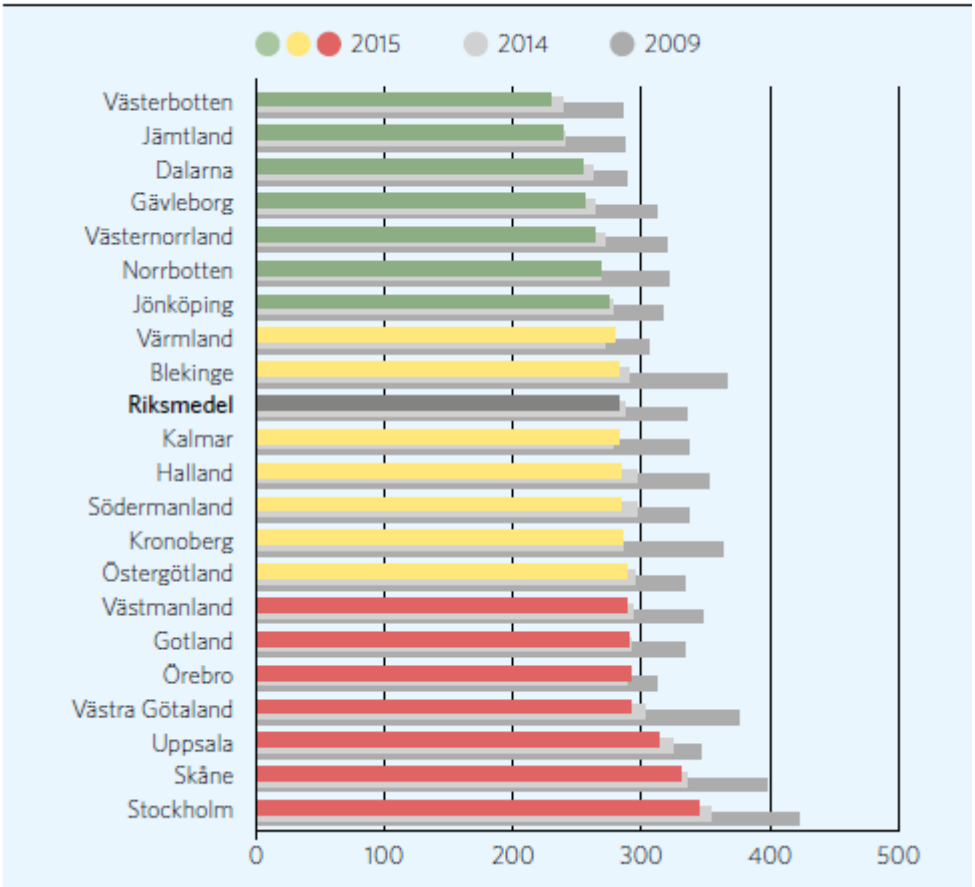
2.2.2 Läkemedel och miljö

Läkemedel påverkar olika processer i vår kropp, vanligen genom att de mer eller mindre specifikt binder till olika proteiner. Många av dessa proteiner återfinns även hos andra arter, som till exempel fisk. Vid exponering för tillräckligt höga nivåer av läkemedel finns därför en risk att även dessa arter
påverkas. Vi vet också idag att i kraftigt antibiotikabelastade miljöer är förekomsten av resistenta bakterier och resistensgener mycket hög. Till skillnad från de flesta andra miljöeffekter av läkemedel som är mer eller mindre lokala är resistensfrågan en global angelägenhet, då resistenta bakterier kan spridas över jorden och få fotfäste långt ifrån där de utvecklades.
Läkemedels miljöpåverkan handlar både om tillverkning och användning. Produktionskedjan för läkemedel är ofta lång och omfattar en rad olika steg där flera företag och länder kan vara inblandade. Det finns således flera steg i kedjan där läkemedelssubstanser kan nå miljön. Den svenska läkemedelsindustrin har sedan länge arbetat med att minimera utsläppen av farliga ämnen till vatten. Läkemedelsproduktionen har dock under den senaste tioårsperioden i allt större utsträckning flyttats utanför Europas gränser. Stora delar av produktionen sker i dag i Kina och Indien. Sveriges landsting och regioner samverkar i frågor som rör upphandling av läkemedel och arbetar för att påverka de olika leden av läkemedelsproduktionen att minska utsläpp av läkemedelssubstanser i miljön.
Den miljöpåverkan som kommer från användning av läkemedel är, för humanläkemedel, främst att de sprids till miljön via avloppsvatten genom utsöndrade läkemedelssubstanser i urin och avföring från konsumtion som inte tas upp av kroppen. Det kan även handla om överblivna, nedspolade läkemedel.
Drygt 150 olika läkemedelssubstanser har rapporterats i ytvatten och i renat, kommunalt avloppsvatten i Sverige och i andra västländer.
Genom hanteringsrutiner och sorteringsinstruktioner för omhändertagande av överblivna läkemedel, förpackningar som innehåller läkemedelsrester och material för att använda läkemedel, arbetar vi internt med att minimera risken att läkemedelsrester når miljön.

Antibiotikaresistenta bakterier är ett stort hot mot den globala folkhälsan. Antibiotikaresistens kan uppstå och spridas både i den yttre miljön och i vårdmiljöer. Vi arbetar därför medvetet och systematiskt för att främja en ansvarsfull antibiotikaförskrivning. På så sätt motverkas uppkomst och spridning av antibiotikaresistenta bakterier.

På nationell nivå fortsätter antibiotikaförsäljningen långsamt att sjunka. Variationer finns mellan olika landsting. Antalet recept kan också variera mellan olika år beroende på högre eller lägre infektionstryck. Riksgenomsnittet för antibiotikaförsäljningen var 282 recept per 1 000 invånare år 2015. En minskning med 1,7 procent jämfört med 2014 då motsvarande siffra var 287 recept per 1 000 invånare.

DIAGRAM 1. Antibiotikarecept per 1 000 invånare, åldersstandardiserat



Ur Rapport Öppna Jämförelser ” Miljöarbetet 2016 i landsting och regioner”

I Västerbotten samt Jämtlands läns landsting uppgick försäljningen till 229 respektive 238 recept vilket innebär att det nationella långsiktiga målet om högst 250 recept per tusen invånare har uppnåtts.

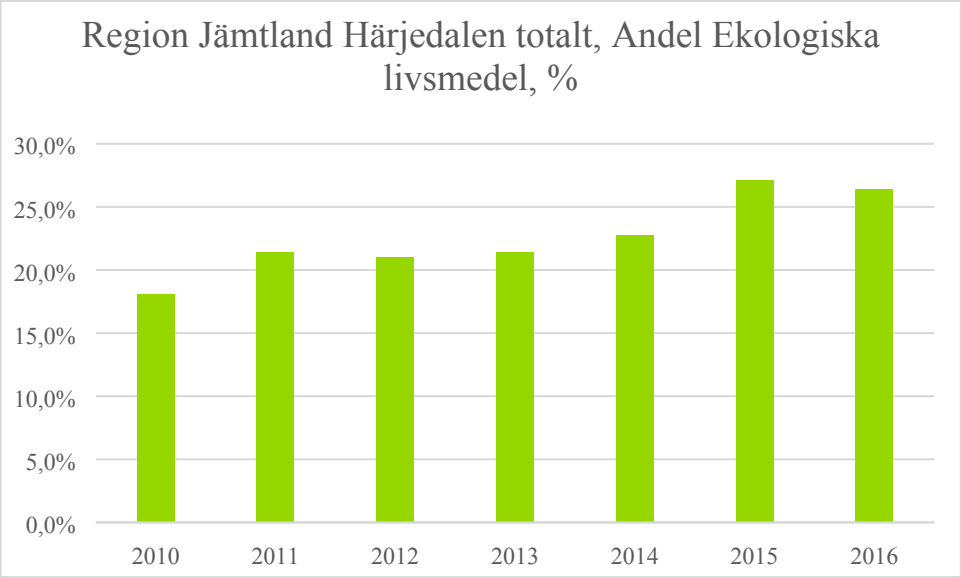
2.2.3 Livsmedel

Produktion och transporter av livsmedel står för en betydande del av den globala miljöpåverkan. De svenska miljömålen är inriktade på att lösa de stora miljöproblemen i Sverige utan att orsaka miljöproblem i andra länder vilket innebär att vi bör ta ansvar för vår konsumtion och dess potentiella miljöpåverkan också i andra länder.
Den viktigaste miljöåtgärden när det gäller livsmedelshantering och livsmedelskonsumtion är att minimera matsvinn. Andra åtgärder är t.ex. att använda livsmedelsråvaror efter säsong och att minska mängden kött. Att köpa ekologiskt producerade livsmedel är ytterligare en viktig åtgärd som har särskild betydelse för giftfri miljö.

Vid livsmedelsproduktion används ofta kemikalier till exempel kemiska bekämpningsmedel, läkemedel inom djurhållningen m.m.

Ökad andel ekologiska livsmedel bidrar till att minska miljöpåverkan av läkemedel. För ekologiskt märkt kött får inte läkemedelsbehandling användas rutinmässigt och i förebyggande syfte i djurhållningen och karenstiden efter en behandling är dubbelt så lång som lagen föreskriver vilket minimerar risken för oönskade ämnen i maten som sedan tas upp i människors kroppar.

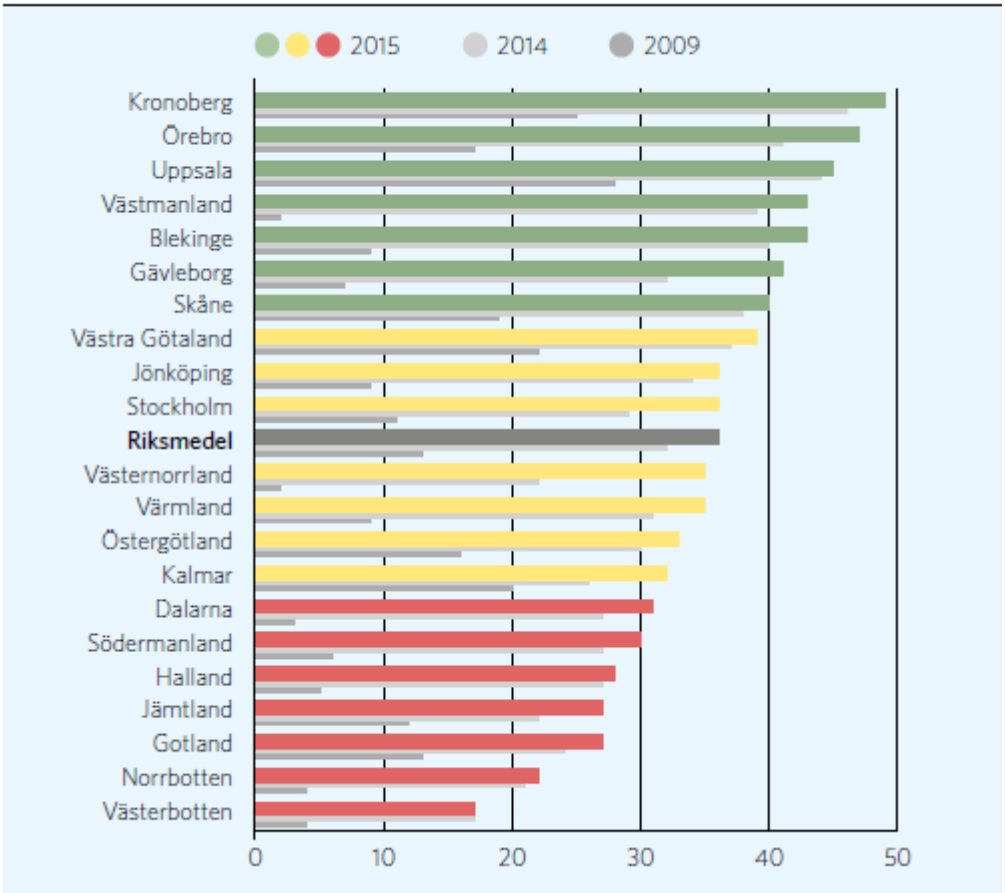
Tyvärr är ekologiska livsmedel ofta dyrare än konventionella livsmedel vilket medfört återhållsamhet att sätta ambitiösa mål för vår verksamhet. Målet för 2016 var 21 % ekologiska livsmedel.



Produktionsköken (Östersunds sjukhus, Birka folkhögskola och Bäckedal folkhögskola) har ändå lyckats överträffa verksamhetens mål med marginal.

I jämförelse med övriga regioner och landsting når vi dock ett blygsamt resultat.

DIAGRAM 2. Ekologiska livsmedel (%)



Ur Rapport Öppna Jämförelser ” Miljöarbetet 2016 i landsting och regioner”

De landsting och regioner med bäst resultat pekar på att ambitiösa mål tillsammans med riktade ekonomiska medel har varit framgångsfaktorerna.

2.2.4 Hållbara inköp och giftfri miljö

Region Jämtland Härjedalens upphandlingsenhet har länge arbetat med miljökrav i upphandlingar med stort fokus på att undvika skadliga kemiska ämnen i våra varor. Under 2015 beslutades regler för hållbara inköp, som innebär regler som ska tillämpas för alla typer av inköp och omfattar krav, bland annat, på vilka typer av kemiska ämnen som våra varor och produkter inte får innehålla. Under 2016 reviderades dessa regler och fick ett tillägg för att undvika tillsatta s.k. mikroplaster i produkter.

Region Jämtland Härjedalen driver också projektet PVCfreeBloodBag som är ett Life+ projekt där näringsliv och sjukvård tillsammans verkar för en utfasning av farliga ämnen från vården. Projektet är inne i sin slutfas och har visat att det går att tillverka ett set om 4 påsar som är helt PVC-fria. Projektets slutdatum är 31 juni 2017. Mer att läsa finns på www.pvcfreebloodbag.eu

2.2.5 Avloppsutsläpp

Vartannat år tas prover av avloppsvattnet som släpps ut från Östersunds sjukhus för att kontrollera att det inte överskrider de riktvärden som fastställts i sjukhusets kontrollprogram. Vi har under många år haft halter långt under gällande riktvärden.

	Riktvärden	2016
Kvicksilver	0,0005 mg/l	0.0000735
Kadmium	0,0005 mg/l	<0.00005
Formaldehyd	10 mg/l	<0.050
pH	6,5-10	7,2
Temperatur	<45°C	kunde ej mätas

2.3 Resurseffektivitet och miljö

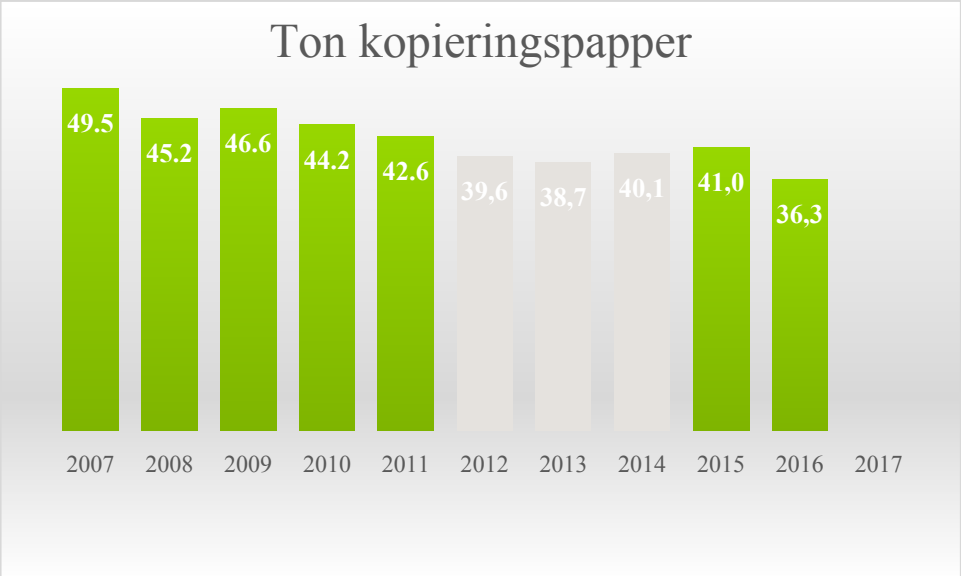
Varor och tjänster ger upphov till olika typer av miljöpåverkan under sin livscykel från råvaruutvinning och produktion till användning och slutligt omhändertagande, inklusive transporter i alla led. Exempel på miljöproblem som kan kopplas samman med konsumtionen av varor och tjänster är utarmande av naturresurser och biologisk mångfald, klimatpåverkan och diffusa utsläpp av kemikalier. En stor del av de produkter som regionen använder tillverkas i andra länder. Vår användning av produkter påverkar därför människor i de aktuella tillverkningsländerna. Det är därför viktigt även med sociala och etiska hänsyn i våra produktval för att vår verksamhet inte ska orsaka skada för andra människor. Växthusgaser ger lika stor påverkan på jordens klimat oavsett var på jorden utsläppen sker. Den totala svenska konsumtionen uppskattades år 2003 orsaka utsläpp av 95 miljoner ton koldioxidekvivalenter räknat i ett konsumtionsperspektiv. Då ingår utsläppen av koldioxid, metan och lustgas från varor och tjänster under hela livscykeln (produktion, användning och avfall) oavsett var i världen utsläppen sker. Det är 25–35 procent mer än då bara utsläppen i Sverige räknas.

Vartannat år tar Världsnaturfonden fram ”Living planet report” som visar trenderna för den biologiska mångfalden och våra ekologiska fotavtryck. Den senaste rapporten från 2016 visar att mänskligheten nu kräver 60 procent mer resurser än vad naturen kan producera. I dag lever vi globalt alltså som om vi hade 1,6 jordklot istället för det enda vi har. Sverige tillsammans med länder som USA. Kuwait och Australien har störst ekologiskt fotavtryck per capita. Från att i 2014 års rapport behöva 3,7 jordklot om alla på jorden skulle ta efter vår konsumtion, så motsvarar det svenska fotavtrycket nu 4,2 planeter.

2.3.1 Användning av material och produkter

Vårdens användning av engångsmaterial ökar, i många fall på grund av hygien- och effektivitetskrav. En stor del av produkterna är tillverkade av ändliga råvaror som plast och metall, vilka har stor klimatpåverkan under sin livscykel. Den ökande användningen av engångsmaterial leder även till allt större avfallsmängder på sjukhusen.

Papper är också något som används i stora mängder i offentliga verksamheter. Regionen har därför arbetat för att minska pappersförbrukningen och har till exempel infört digitala kallelser och handlingar för politiska sammanträden.



Från 2012 t.o.m. 2014 ingick inte de regionala utvecklingsfrågorna i samma organisation, men från 2015 ingår allt under samma organisation.

2.3.2 Avfall

Avfall består till stor del av bearbetade råvaror och avfallshantering handlar alltså om hushållning av naturresurser. Avfall innehåller en mängd olika ämnen och material i olika kombinationer och kan vara skadligt för både människor och miljö.
Det viktigaste i avfallsarbetet är att minimera uppkomsten av avfall och det gör man genom tydliga krav vid upphandling och inköp och genomtänkta rutiner där man bestämmer vilket material och i vilken mängd man behöver för varje moment, när det går att lösa med flergångsprodukter istället för engångs och att man arbetar aktivt för att minimera slöserier och kassationer. I vissa fall kanske det finns lämpliga metoder utan att det uppstår avfall som alternativ.

Genom att så mycket som möjligt kan källsorteras till materialåtervinning som gör att avfallet blir nya produkter istället för att förbrännas eller deponeras, blir miljöpåverkan också mindre.

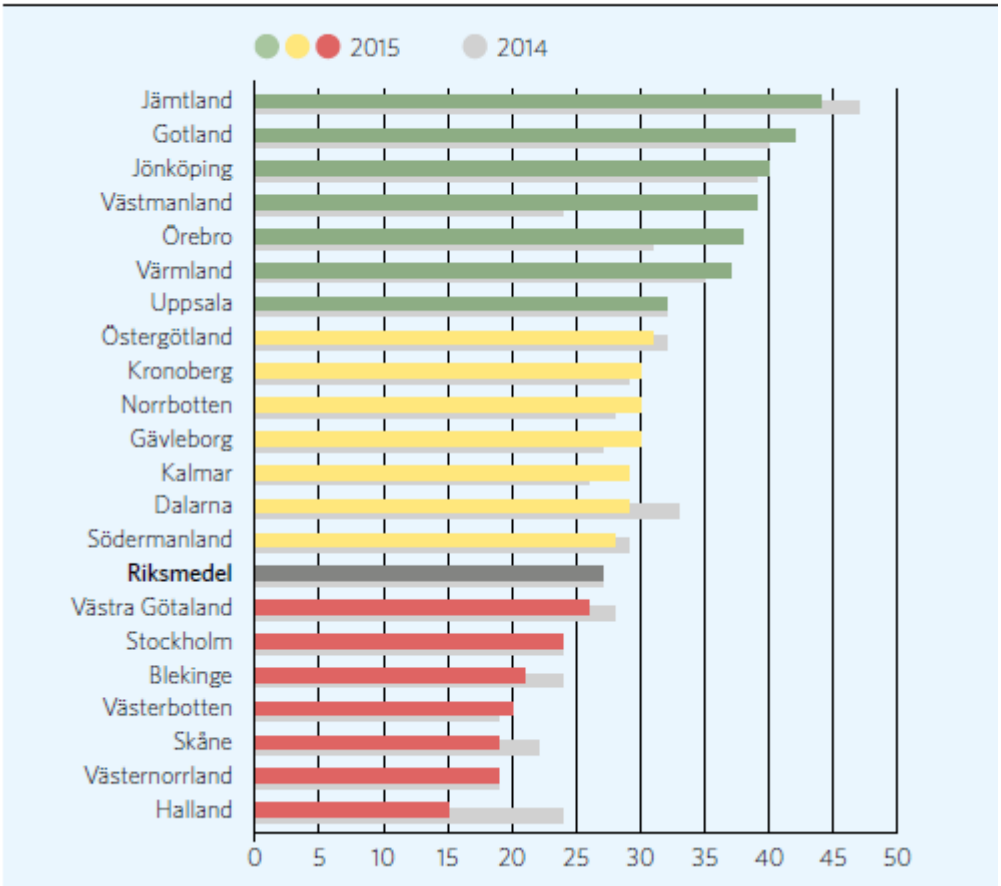
Generellt i Sverige har mängden engångsmaterial ökat inom hälso- och sjukvården vilket medfört ökade avfallsmängder. Även i vår organisation har den totala avfallsmängden ökat de senaste åren och det är framför allt den brännbara fraktionen som ökat.

	2011	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	Skillnad i ton, jmf m 2012
Total mängd i ton	**817**	**817**	**829**	**891**	**871**	**892**	**+75**
Varav farligt avfall	35	44	56	57	51	56	**+12**

Varav avfall till deponi	42	53	70	38	40	51	**-1**
Varav brännbart	346	359	329	376	419	438	**+79**
Varav komposterbart	136	143	133	142	132	121	**-22**
Varav källsorterat för materialåtervinning	258	217	241	277	230	226	**+8**

De senaste två åren har det avfall som går till materialåtervinning minskat, medan det som går till förbränning har ökat, vilket tyvärr innebär en försämring av återvinningsgraden. Vid jämförelse med övriga regioner och landsting så har vi ändå en god återvinningsgrad.

DIAGRAM 6. Avfallsåtervinning inklusive matavfall (andel i % av total mängd avfall)



Ur Rapport Öppna Jämförelser ” Miljöarbetet 2016 i landsting och regioner”

2.3.3 Upphandling och resurseffektivitet

Ur miljösynpunkt har det varit störst fokus i upphandlingar på att minimera förekomsten av skadliga ämnen vid produktion och i slutprodukterna, men i relevanta upphandlingar ställs även krav på minimering av förpackningar och att leverantörerna ska vara anslutna till Svensk förpackningsinsamling eller motsvarande. För att minimera energianvändningen tas också livscykelkostnad med i upphandlingar av utrustning som kräver tillförsel av energi.

2.3.4 Vattenanvändning

Även om vi i vårt län inte har varit drabbade av vattenbrist är det ändå viktigt att hushålla med vattnet då det bland annat krävs energi för att pumpa och rena vatten.

Vattenanvändning m^3 i egna fastigheter:

2014	2015	2016
97 834	96 527	90 422

3 Efterlevnad av lagar och andra krav

Varje år skickas en enkät ut till alla enhetschefer med frågor baserade på de lagkrav som verksamheterna berörs av. Enkäten skickades ut i maj 2016 till 132 chefer varav 125 svarat vilket ger en svarsfrekvens på 95 %, vilket är ett mycket bra resultat.
Generellt verkar verksamheterna följa de miljörutiner som finns och uppfyller lagkraven. För några enheter var det dock några oklarheter när det gäller hantering av kemikalieavfall och på några ställen även för några övriga avfallsslag. Aktuella verksamheter har efter det fått särskild information kring dessa avfallsslag
När enkäten gjordes var det fortfarande några enheter som inte hade uppdaterad kemikalieförteckning för 2015, men detta är åtgärdat när detta bokslut skrivs.

Lagefterlevnadsenkäten var kompletterad med frågor kring miljömål och nedbrytning av dessa till enhetsnivå.
Här kan man dock konstatera att planerade miljömål/aktiviteter saknas för många verksamheter. Man kan också utläsa en tendens att många har svårt att formulera egna miljömål/miljöaktiviteter för sin verksamhet och det råder på många håll en osäkerhet hur uppföljning ska/kan göras på ett bra sätt. Detta bekräftas också med de internrevisioner som genomförts. Många undviker att lägga in mål/aktiviteter i verksamhetsplanen om det handlar om något som inte är mätbart i siffror på enhetsnivå. Miljöarbetet är inte alltid mätbart i siffror nedbrutet till enhetsnivå, men om man vidgar begreppet till uppföljningsbart, så är det desto mer som kan följas upp om det genomförts eller inte. Det är ändå viktigt att man i alla delar av verksamheten kan hitta sitt bidrag till de gemensamma miljömålen, så detta är en fråga vi fortsätter att arbeta vidare med.

Östersunds sjukhus är klassat som miljöfarlig verksamhet och vi får därmed regelbundet tillsynsbesök från lokala miljötillsynsmyndigheten. Vid 2016 års tillsynsbesök var fokus kemikaliehantering och vårt kemikaliehanteringssystem och våra rutiner kring kemikaliehantering granskades. Det resulterade inte i någon anmärkning och man gjorde bedömningen att arbetet med kemikalier framskridit på ett föredömligt sätt sedan införandet av kemikaliehanteringssystemet.

4 Hållbarhetsarbete inom Regional utveckling

Inom regionala utvecklingsförvaltningen arbetar man med hållbarhetsfrågor i ett utåtriktat perspektiv. Här nedan nämns några av de frågor som varit i fokus under 2016.

Inom miljöområdet pågår en rad olika projekt med målet om ett hållbart samhälle och ett fossilbränslefritt Jämtland Härjedalen.

4.1 Klimatråd Jämtlands län

Klimatråd Jämtlands län är en plattform för samarbete, idé- och erfarenhetsutbyte mellan aktörer från bland annat näringsliv, offentlig förvaltning och intresseorganisationer. Samverkansgruppens uppgift är att bidra till genomförandet av de prioriterade åtgärderna i Klimatstrategi för Jämtlands län. Klimatrådet administreras av Region Jämtland Härjedalen och Länsstyrelsen.
Under året har klimatrådet arrangerat två workshops och ett antal mindre möten.

Klimatrådets arbete har bland annat resulterat i uppstart av två förstudier finansierade av Europeiska regionala utvecklingsfonden. Förstudierna syftar till att förbättra länets laddinfrastruktur samt att identifiera behov och lösningar för ökad användning av förnybara drivmedel i den tunga transportsektorn. Därutöver har klimatrådets arbetsgrupp för energieffektivisering under året arbetat med en större gemensam EU-ansökan för att kunna genomföra ett antal demonstrationsprojekt.

4.2 Europaforum Norra Sverige (EFNS)

Europaforum Norra Sveriges syfte är att samordna insatserna från norra Sverige (de fyra nordligaste länen) gentemot EU-nivån samt att sprida kunskap om och förankra EU-politiken hos lokala och regionala politiker.

Arbetet leds av tolv rapportörer, tre från varje län. Som stöd i sitt arbete har rapportörerna en tjänstemannagrupp med representanter från landsting/regioner, regionförbund, kommunförbund och regionkontoren North Sweden och Mid Sweden.

Inom Europa Forum Norra Sverige har en handlingsplan för området energi, klimat och miljö tagits fram där bevakningsområden mm gentemot kommissionen klargörs. Arbetsgruppen energi klimat miljö tillsammans med ansvariga rapportörer har enats om följande;

EU:s institutioner arbetar med ett stort antal initiativ inom områdena energi, klimat, miljö och resurseffektivitet. EFNS bör särskilt bevaka följande processer:

- Energiunionen och de åtgärdspaket, direktiv och förordningar som följer av den
- EU:s paket för cirkulär ekonomi och de direktiv och förordningar som följer
- EU:s arbete med arktiska frågor
- Östersjöstrategin och dess handlingsplaner
- Förnyelsen av EU2020-strategin
- EU:s fonder och program
- EU-kommissionens arbetsprogram

4.3 Mittnordenkommittén

Mittnordenkommittén är ett gemensamt gränsregionalt samarbetsorgan inom de mittnordiska regionerna belägna från den ryska gränsen i öst till Atlanten i väst. Mittnordenkommittén jobbar med avsikt att främja hållbar utveckling och tillväxt i Mittnorden baserad på gemensamma regionala utvecklingsintressen.
Arbetsgruppen har varit vilande en längre tid men den 25 maj 2016 samlades nya och gamla medlemmar till ett möte i Östersund. Syftet med mötet var att vi alla skulle få en uppdatering från våra respektive regioner kring vad som sker inom vårt område. Glädjande nog var uppslutningen 100 %.

Mittnorden kommittén har i sin handlingsplan bl. a prioriterat bioekonomi och det ligger helt i linje med den satsning kring Cirkulär ekonomi som arbetsgruppen diskuterat.

4.4 Miljöministernätverket ENCORE

ENCORE står för Environmental Conference of the Regions of Europe och är en plattform för regionala ministrar och politiska ledare i Europeiska unionen, som inrättades 1993. ENCORE är inriktat på politiskt samarbete mellan EU: s regionala miljöministrar. ENCORE syftar till att bidra till ett effektivt genomförande av EU: s miljöpolitik, förbättra miljöstyrningen och hållbar utveckling i Europas regioner.
Inom det politiska miljöministernätverket ENCORE har arbetet med planering av den kommande regionala miljöministerkonferensen i Österrike i september 2016 varit i fokus. Parallellt med den anordnades en ungdomskonferens Youth Core, vår region representerades av 2 ungdomar från Jämtlands gymnasium.

4.5 PVC-fria blodpåsar

PVCfreeBloodBag är ett Life+ projekt där näringsliv och sjukvård tillsammans verkar för en utfasning av farliga ämnen från vården. Projektet är inne i sin slutfas och har visat att det går att tillverka ett set om 4 påsar som är helt PVC-fria. Lovande in-vitro tester av de PVC-fria påsarnas förmåga att lagra röda blodkroppar har genomförts på Karolinska Universitetssjukhuset. Resultaten är publicerade i den internationella medicinska facktidskriften Vox Sanguinus. Östersunds sjukhus har testat påsarna avseende användarvänlighet. En livscykelanalys pågår och samarbetet för att öka efterfrågan har skett med UNEP, HCWH och Stockholms läns landsting. En YouTube-film lanserades i början av året. Resultat har presenterats i Stockholm, Östersund, Orlando, Köpenhamn och Düsseldorf. I Östersund och Köpenhamn som seminarium.
Projektets slutdatum är 31 juni 2017. Mer att läsa finns på www.pvcfreebloodbag.eu

4.6 Giftfri vardag och Giftfritt Jämtland Härjedalen

Under 2014 påbörjades ett samarbete tillsammans med Länsstyrelsen Jämtlands län, med flera, för att informera om farliga ämnen i varor.
Region Jämtland Härjedalen har tagit ett samordningsansvar för att tillsammans med länets aktörer fasa ut farliga ämnen från offentliga miljöer. Miljöer där barn vistas är prioriterade eftersom barn och unga är särskilt känsliga för påverkan av farliga ämnen.
Målet är att underlätta för kommuner och hälso- och sjukvården att fasa ut farliga ämnen samt att öka medvetenhet om varför och hur vi undviker farliga ämnen i varor. I mars hölls ett uppstartsmöte.
En kommunikationsplattform med en hemsida som stomme är under uppbyggnad. En kommunikationskanal är Facebooksidan Giftfritt Jämtland Härjedalen och en annan är via föreläsningar och nätverk.
Föreläsningar har hållits i Ragunda kommun, Bergs kommun och i Östersunds kommun. En materialinventering med hjälp av ett s.k. XRF-instrument har genomförts på Asterns förskola och en dialog om resultaten har genomförts med Östersunds kommun.
Vi deltar i kommunnätverket för en Giftfri vardag och Nationella substitutionsgruppen för kemikalier i varor. En dialog har påbörjats med mödra- och barnavårdscentraler om behov av informationsmaterial att använda i möten med gravida och småbarnsföräldrar. Samarbete har även inletts med upphandling.
Mer finns att läsa på www.giftfrittjamtland.se

4.7 Energikontoret

Energikontorets huvudsakliga uppdrag är att samordna den kommunala energi- och klimatrådgivningen, att vara en regional aktör inom områdena energieffektivisering och förnybar energi samt att initiera och medverka i internationella, nationella och regionala projekt om rådgivning, effektivisering och förnybar energi.
Den kommunala energi- och klimatrådgivningen är en service från kommunerna där rådgivningen vänder sig till privatpersoner, företag och organisationer och är i huvudsak finansierad av Energimyndigheten.
Energikontoret har haft ett antal informationstillfällen och arrangemang i länet under året, bland annat har vi tillsammans med Länsstyrelsen arrangerat workshop för Klimatråd Jämtlands län den 29 april och 16 september, arrangerat föreläsning med Willy Ociansson - "Ecodriving av fastigheter" 11 maj och arrangerat det årliga klimatseminariet den 21 september med fokus att inspirera, motivera och blicka framåt. Seminariet arrangerades i samarbete med Länsstyrelsen, Länsförsäkringar och Östersunds kommun.

4.7.1 Samordning energi- och klimatrådgivare

En viktig och grundläggande förutsättning för en välfungerande energi- och klimatrådgivning utgörs av god kommunikation mellan Energimyndigheten, Energikontoret och kommunerna. Samordnarrollen utvecklades under 2015 till en Regional utvecklingsledningsroll (RUL) vad gäller Energi- och klimatrådgivningen samt andra regionala frågor. Under 2016 har vi fullt ut axlat den regionala utvecklingsledarrollen och under året deltagit i de moment som Energimyndigheten initierat, t.ex. har vi inom uppdraget arrangerat nätverksträffar för energi- och klimatrådgivarna, vid ett antal tillfällen tillsammans med motsvarande gruppering i Västernorrlands län, involverat rådgivarna i Energikontorets projektverksamhet genom att bjuda in till seminarier, uppmuntra till att följa med på olika studiebesök och företagsbesök samt genomfört konferensen "CAMP 2050" i Östersund för rådgivare och personal på Energikontor.

4.7.2 Projektverksamhet

4.7.2.1 SOLELBILAR

Vi vill att fler gör som familjen Nilsson, bygger solcellsanläggningar och/eller investerar i elbilar som laddas med förnybar energi. För att stödja denna utveckling genomför vi, i samverkan med regionens näringsliv, projektet SOL-EL-BILAR. Under 2016 har vi bl.a. arrangerat informationsaktiviteter i alla länets kommuner som lockat totalt cirka 900 deltagare. Vi har även erbjudit enskild rådgivning arrangerat fyra nätverksmöten på detta tema. Installerad solcellsyta i länet har under 2016 ökat med omkring 60 %, motsvarande ökning för antalet laddbara bilar i länet har under året varit cirka 30 %.

4.7.2.2 ZEROOIL – BIOOIL

Två organisationer i länet har under 2016 utformat en plan för konvertering till bioolja, planer som med stor sannolikhet kommer att genomföras under slutet av 2016 och/eller under 2017. Den inventering av oljepannor och oljeleveranser som genomförts visar dels att antalet pannor med effekt >50 kW minskat med cirka 15 % jämfört med år 2014, samt dels att leveranserna av fossil eldningsolja till länet minskat med cirka 25 % jämfört med år 2015. Projektet avslutas vid årsskiftet 2016/2017 och bör sammantaget betraktas som ett väldigt framgångsrikt projekt.

1.1.1.1 REGIONALA NODER FÖR ENERGIKARTLÄGGNINGSSTÖD

Projektet pågår t.o.m. 2017 och kompletterar det stöd till energikartläggning som små och medelstora företag med en energianvändning större än 300 MWh/år kan ansöka om. Hittills

har vi diskuterat stödet med cirka 100 företag i länet, varav hittills 11 stycken ansökt om stöd. Vår roll som nod är att stödja och vägleda företag före, under och efter energikartläggningens genomförande. Vi arrangera även informations-/seminarieträffar på temat energikartläggning och lyfter fram företag som goda exempel till Energimyndigheten, den nationella projektägaren.

1.1.1.2 SAMVERKANSPROJEKT ENERGIEFFEKTIVISERINGSNÄTVERK

Inom det nationella projektet har vi initierat och driver ett energieffektiviseringsnätverk. Vårt nätverk består i dagsläget av sju, fler är på väg in, små och medelstora företag som använder minst 1 GWh/år. Nätverket omfattar systematiskt energiledningsarbete, erfarenhetsutbyte och implementering av energieffektiviseringsåtgärder. För att öka motivationen har satts både individuella mål per företag och energimål för nätverket som helhet (minst 15 % energieffektivisering). Projektet pågår mellan juni 2015 – december 2018.

1.1.1.3 BUILD2LC OCH SAMORDNINGSNÄTVERK FÖR FASTIGHETSANSVARIGA

Build2LC är en satsning riktad till fastighetschefer, fastighetsansvariga och de som arbetar med energi i fastigheter på fastighetsbolag, kommuner eller annan offentlig organisation i länet. Syftet är att stimulera till ökad energieffektivitet i byggnader via inspiration, kunskapsutbyte och goda exempel. Satsningen finansieras av det europeiska Interreg Europe-projektet BUILD2LC (Low Carbon) i vilket Region Jämtland Härjedalen deltar sedan maj 2016. Totalt i projektet deltar 7 regioner från lika många länder (Spanien, Litauen, Storbritannien, Polen, Kroatien, Slovenien). Ett regionalt nätverk för kunskapshöjning och inspiration har efterfrågats av fastighetsbranschen i Jämtlands län och är prioriterat i klimatarbetet på regional, nationell och EU-nivå. Detta nätverk är en del av Klimatråd Jämtland län,http://www.klimatradz.se/ www.klimatradz.se
Samordningsnätverk för energi- och klimatåtgärder för fastighetsansvariga i Jämtlands läns kommuner är ett närliggande projekt som ska stödja kommunernas fastighetsansvarigas arbete med energieffektivisering och ska utgöra en plattform för erfarenhetsutbyte och samarbete kommunerna emellan. Kommunerna ska under projekttiden välja ut 4 byggnader såsom simhallar, skolor och liknande och för dessa ta fram underlag för energieffektiviseringsåtgärder. Nätverksmöten kommer att integreras med projektet Build2LC träffar. Projektet finansieras av Energimyndigheten och pågår mellan november 2016 till september 2018. Projektet ska även ta fram en plan för hur nätverket kan fortsätta även efter projektslut.

1.1.1.4 FÖRSTUDIE INFRASTRUKTUR LADDSTATIONER FÖR ELFORDON

Under sista kvartalet 2016 har vi påbörjat en förstudie som avser var det finns, men framför allt var det behövs, snabbladdningsstationer för laddbara fordon. Vi har genomfört en enkätundersökning bland nuvarande användare av elbilar samt diskuterat med elnätsföretag, energibolag och andra aktörer i branschen. Tanken är att under 2017 utforma en ansökan om investeringsstöd för att kunna bygga stationer på ett antal utpekade orter i länet.

1.1.1.5 FÖRSTUDIE ENERGIEFFEKTIVISERING I FASTIGHETER I JÄMTLAND HÄRJEDALEN

I länet finns stor potential för energibesparingar genom energieffektiviseringar i fastigheter. Förstudien ska informera om möjligheten, undersöka intresset för och stödja incitament till att ansöka om ett gemensamt samarbetsprojekt till den Europeiska regionala utvecklingsfonden. Målgrupper för förstudien är privata och offentliga fastighetsägare. Även bostadsorganisationer, industrier och destinationer är inkluderade. Förstudien finansieras av Europeiska regionala utvecklingsfonden och Region Jämtland Härjedalen och pågår mellan november 2016 och april 2017.

1.1.1.6 BEVILJADE ANSÖKNINGAR OM STÖD TILL PROJEKT OCH INVESTERINGAR

En av Energikontorets allra viktigaste uppgifter är att ansöka om medel för att genomföra projekt i egen regi men också att hjälpa företag och organisationer i länet att ansöka om stöd. Under 2016 har vi bistått Östersunds kommun, Bergs Hyreshus, Fors Industrier, Minera Skiffer, Region Jämtland Härjedalen, Nordic Outback Concept AB samt Bergs Tingslags Elektriska att ansöka om investeringsstöd från Naturvårdsverket/Klimatklivet. Totalt har dessa organisationer beviljats cirka 7,8 Mkr i stöd från Naturvårdsverket för investeringar som syftar till konvertering till förnybar energi. Därutöver har vi hjälpt OKQ8 Stugun med den ansökan om stöd till Landsbygdsprogrammet som beviljats cirka 1 Mkr. Inför 2017 har vi för egen del beviljats medel för projekt inom kommunala fastigheter, coacher för energi och klimat samt inom kommunernas VA-verksamhet.

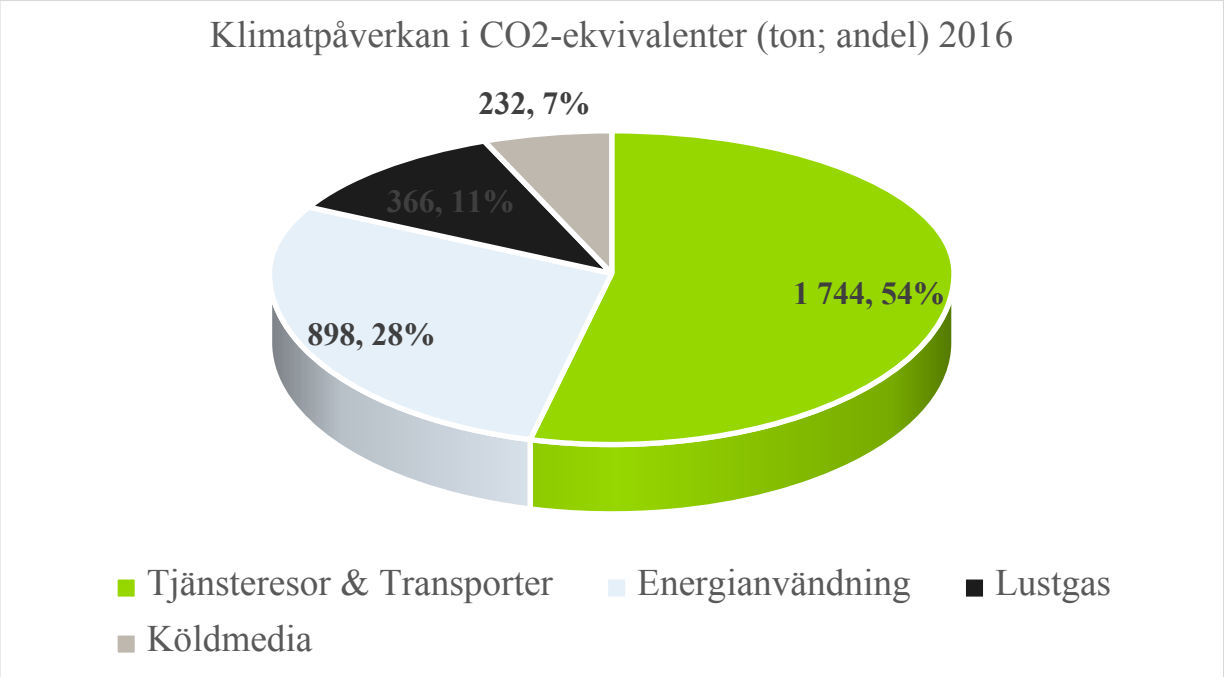
4.8 Energiomställning för tillväxt

Den stora potential som finns i länet för ökad produktion av förnybar energi stimuleras på olika sätt. Vindkraftscentrum i Hammerdal har fortsatt regional finansiering för att kunna fortsätta sitt framgångsrika arbete som generar arbetstillfällen och kringeffekter i kommunerna. Projektet som arbetat med samordning av länets småskaliga biogasutbyggnad har under året avslutats. Utredningarna som gällande hygienisering och pastörisering har genomförts under projekten har varit en del av processen av att åstadkomma effektivare substrattillgång i anläggningarna samt lösa restprodukters kvittblivningsproblem. Detta är en utveckling som efterfrågas av vissa av länets kommuner. Även projektet Utvecklingslabbet som har bidragit till effektivare processer och större gasutbyte i anläggningarna har under året avslutats. Utvecklingslabbets inventarier disponeras tills vidare av Torsta AB. De stora skogstillgångarna i länet har en stor potential att skapa fler arbetstillfällen i kommunerna om vidareförädlingsgraden ökar. Genom att transformera biomassan – skogsrester – till fordonsbränslen skapas såväl arbetstillfällen som större självförsörjningsgrad. Arbetet sker på flera plan.

5 Statistik och fördjupning

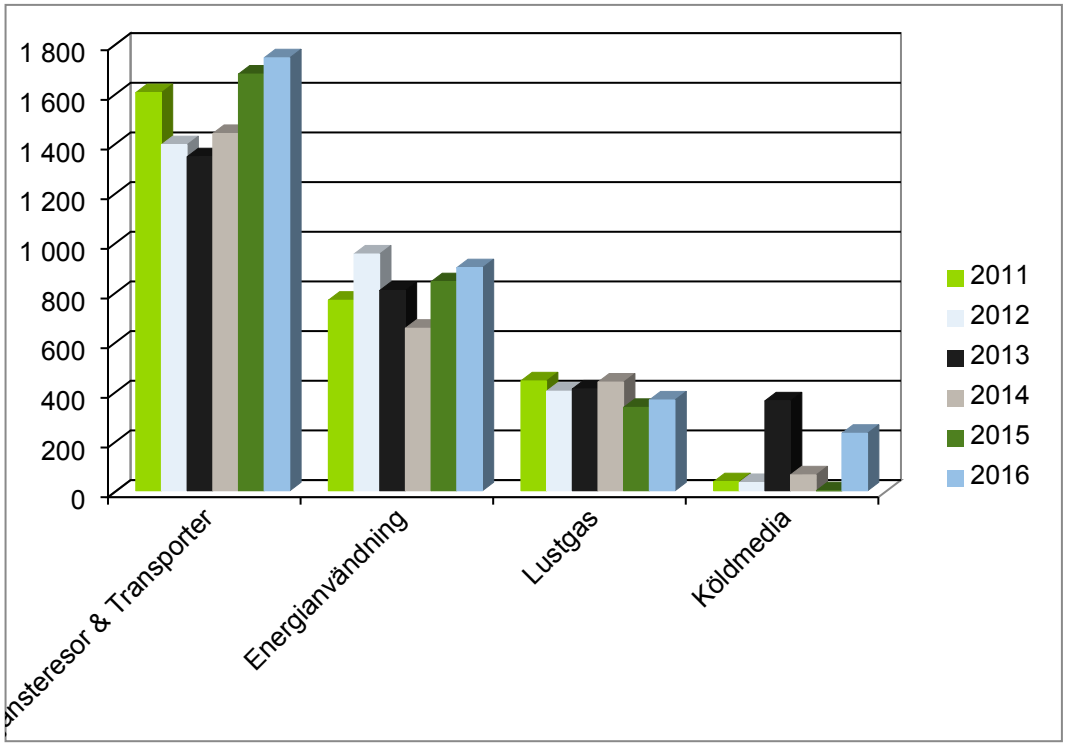
5.1 Klimatpåverkan

Region Jämtland Härjedalen påverkar klimatet på flera sätt, både direkt och indirekt och både positivt och negativt. Den mer direkta påverkan sker genom vår användning av energi, bränslen till resor och transporter samt användning av köldmedia och medicinska gaser – det är också den direkta påverkan som vi i dagsläget mäter.



Koldioxidekvivalenter räknat i ton					
År	**Tjänsteresor & Transporter**	**Energianvändning**	**Lustgas**	**Köldmedia**	**Totalt (ton)**
2011	1 603	767	443	36	2 850
2012	1 394	954	401	33	2 781
2013	1 345	807	410	362	2 908
2014	1 439	654	438	64	2 595
2015	1 678	842	336	0	2 856
2016	**1 744**	**898**	**366**	**232**	**3 239**

För 2016 har utsläppen från samtliga fyra områden ökat.



5.1.1 Energi

Av vår egen energianvändning används ungefär hälften till el och hälften till uppvärmning.

Energitabell 1 – Total energianvändning i egna fastigheter och koldioxidutsläpp

År	El (inkl värme-el)	Skillnad i % jmf 2009	Fjärr-värme	Olja	Pellets	Totalt	Skillnad i % jmf 2009	Totalt CO_2-utsläpp, kg
	MWh		MWh	MWh	MWh	MWh		
2003	22 092	--	21 055	1 547	-	44 694	--	1 960 948
2004	21 871	--	20 373	1 556	-	43 800	--	1 913 485
2005	21 491	--	19 733	1 225	-	42 449	--	1 776 425
2006	20 723	--	18 708	1 398	-	40 829	--	1 761 141
2007	20 601	--	18 451	1 361	164	40 577	--	1 752 926
2008	20 192	--	18 148	155	1 615	40 110	--	1 367 210
2009	19 512	--	19 217	83	1 588	40 400	--	1 425 500
2010	19 238	-1,40%	21 809	316	2 439	43802	8,40%	1 002 680
2011	18 752	-3,90%	16 204	316	1 925	37 197	-7,90%	767 330
2012	18 261	-6,41%	17 103	172	2 347	37 883	-6,23%	953 559
2013	17 402	-10,81%	14 615	117	2 260	34 510	-14,58%	806 544
2014	16 927	-13,25%	14 737	237	1 474	33 612	-16,80%	654 457
2015	15 258	-21,80%	15 288	192	1 208	32 138	-20,45%	841 774
2016	**14 818**	**-24,06%**	**16 099**	**164**	**1 645**	**32 726**	**-19,00%**	**898 179**

Energitabell 2 – Energianvändning och klimatpåverkan per kvadratmeter

(OBS! Ej energiindexreglerat)

År	Totalt, MWh	Area m²	Nyckeltal kWh/m²	Skillnad i % jmf 2009	Nyckeltal kg CO_2/m²	Skillnad i %
2003	44 694	198 088	226*	--	9,9	--
2004	43 800	197 927	221*	--	9,7	--
2005	42 449	190 836	223*	--	9,3	--
2006	40 829	187 695	220*	--	9,6	--
2007	40 577	183 764	221*	--	9,4	--
2008	40 110	184 854	217*	--	7,4	--
2009	40 400	184 385	219*	--	7,6	--
2010	43 802	184 385	237	8,20%	9,1	19,70%
2011	37 197	182 913	203	-7,30%	4,20	-44,8%
2012	37 883	182 913 165 173	217,18	-0,83%	4,40	-42,1%
2013	34 510	165 173	207,93	-5,05%	4,88	-35,7%
2014	33 612	165 173	203,49	-7,08%	3,96	-47,9%
2015	32 138	165 433	194,26	-11,30%	5,09	-44,1%
2016	**32 726**	**164 205**	**199,30**	**-9,00%**	**5,47**	**-30,4%**

Två ytor presenteras 2012 beroende på att fastigheten Torsta/Rösta avyttrades 2012-06-30.

Här ovan är siffrorna inte korrigerade utifrån graddagar eller energiindex.
Vi kan se att vi även räknat per m² har åstadkommit en rejäl minskning av koldioxidutsläppen per kvadratmeter, en minskning med drygt 30 %.

Att energianvändningen per kvadratmeter här är lägre än i energitabell 5 beror på att vi, förutom energieffektiviseringsåtgärder, även hade ett gynnsamt år vad gäller väderlek och behov av uppvärmning av fastigheterna. När man energiindexreglerar siffrorna räknar man bort väderaspekten och får ett värde som representerar den energieffektivitet man själv åstadkommer med fastigheterna.

Energitabell 3 – Värmeenergi och energiindexreglerat värde för värmeenergin

ÅR	Energi-index *	Total kWh/m²	Energiindex-reglerat värde	Skillnad i %
2009	5903	114,75	116,9 kWh/m²	-
2010	6709	134,5	121,31 kWh/m²	3,70%
2011	5384	100,84	112,6	-3,60%
2012	6109	111,61	110,5	-5,5%
2013	5706	102,87	109,94	-6,0%
2014	5517	99,58	110,6	-5,4%
2015	5615	100,87	107,5	-8,1%
2016	**5793**	**110,94**	**112,3**	**-3,9%**

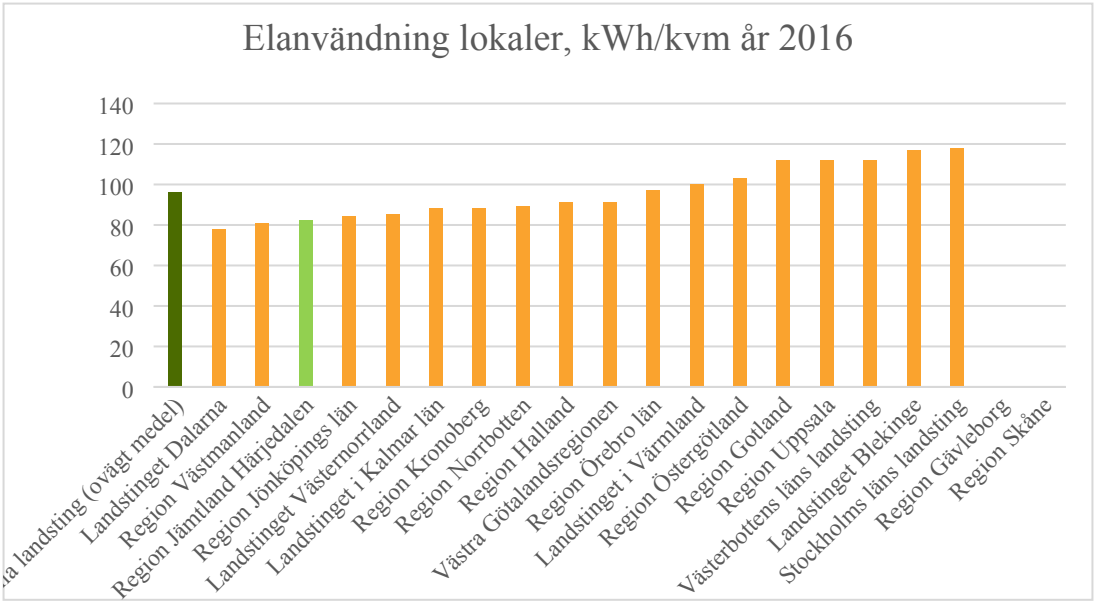
* Energiindex tar hänsyn till väderförhållanden såsom solinstrålning och vind och gör att man bättre kan jämföra värden år från år även om det t.ex. varit en väldigt kall vinter ett år. Normalårsindex är 6100.

Med korrigering med energiindex så uppnås en minskning med 3,9 % jämfört med 2009 för värmeenergi.

Energitabell 4 - elanvändning - inklusive produktionsel, exklusive värme-el

ÅR	Elanvändning MWh	Total kWh/m2	Skillnad i %
2009	19 242	104,35	-
2010	18 782	101,86	-2,40%
2011	18 752	102,51	-1,70%
2012	18 261	101,32	-3%
2013	13 509	105,85	1,4%
2014	13 726	83,10	-20,4%
2015	**13 863**	**83,80**	**-19,7%**
2016	**14 509**	**88,36**	**-15,3%**

Under 2016 har energieffektiviseringsarbetet i fastigheterna fortsatt. Bland annat har en stor fläkt på Östersunds sjukhus ersatts av 4 st. mindre fläktar som också förutom minskad energiförbrukning också medför större redundans, d.v.s. en ökad förmåga att upprätthålla funktionen vid eventuella störningar/fel. Under ombyggnadstiden av ventilationsaggregaten ser vi dock en tillfällig ökning av energin eftersom andra ventilationsaggregat då måste gå för fullt dygnet runt medan arbetet pågår.
Byte av lysrörsarmaturer mot ledbelysning pågår kontinuerligt.



I jämförelse med övriga regioner och landsting, så är vår elenergianvändning per kvadratmeter en bra bit under riksmedel och vi har tredje minst elenergianvändning.

Energitabell 5 – Total energiförbrukning med energiindexreglerat värde för värme

ÅR	Elanvändning MWh	Värmeenergi MWh *	Totalt energi MWh	m² BRA-yta	Total kWh/m²	Skillnad i %	Andel el av tot.
2009	**19 512**	**21 556**	**41 068**	**184 385**	**222,72**	**-**	47,5%
2010	19 238	22 352	41 590	185 385	225,56	1,27	46,3%
2011	18 752	20 603	39 355	182 913	215,15	-3,30%	47,6%
2012	18 261	19 468	37 728	182913 165173	211,83	-4,9%	48,4%
2013	13 509	18 160	31 669	165173	191,73	-13,9%	42,7%
2014	13 726	18 275	32 001	165 173	193,74	-13,0%	42,9%
2015	**13 863**	**17 781**	**31 644**	**165 433**	**191,28**	**-14,1%**	**43,8%**
2016	**14 509**	**18 446**	**32 955**	**164 205**	**200,69**	**-9,9%**	**44,0%**

* energiindexreglerat värde

Att vi får en högre energianvändning per kvadratmeter 2016 än de senaste åren beror dels på en försäljning av en energieffektiv fastighet/verksamhet i Hammerdal som medför att medelvärdet blivit högre för återstående fastigheter och dels på det pågående arbetet med ombyggnation av ventilationsaggregaten. Vi lyckades dock ändå nå målet för 2016.

I de fastigheter som landstinget hyr sker ingen årlig energiuppföljning. Med hjälp av schabloner har den specifika energianvändningen (el + värme) räknats fram. Schablonen har beräknats mycket grovt utifrån energianvändning per kvadratmeter i landstingsägda fastigheter och energianvändning i en hyrd hälsocentral. Schablonen har tidigare varit 300 kWh/m², men har justerats till 230 kWh/m².

År	Hyrd yta, LOA m²	Specifik energianvändning (el + värme), MWh
2007	44 903	13 471
2008	44 380	13 314
2009	43 301	12 999
2010	43 949	13 185
2011	48 066	14 420
2012	50 951	11 719
2013	47 309	10 881
2014	47 729	10 978
2015	49 919	11 481
2016	**44 380**	**10 207**

LOA står för bruksarea för utrymmen inrättade för annat ändamål än boende eller sidofunktioner till boende eller för byggnadens drift eller allmänna utrymmen. BRA står för Bruksarea och omfattar i stort sett alla areor inom en byggnad med undantag för area under väggar mellan nyttjandeenheter, area under vägg mot utrymmen för drift m.m.
När vi räknar på egna fastigheter räknar vi därför med BRA för att få med all uppvärmd yta, medan vi för hyrda fastigheter räknar med LOA utifrån den yta vi hyr och nyttjar.
LOA=0,97*BRA.

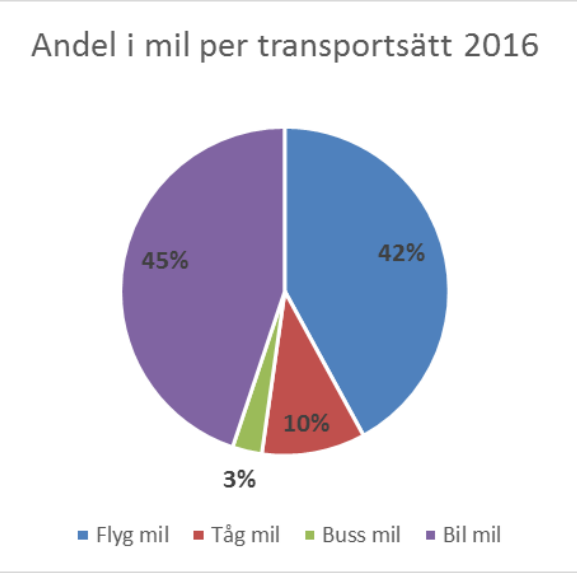
5.1.2 Resor och transporter

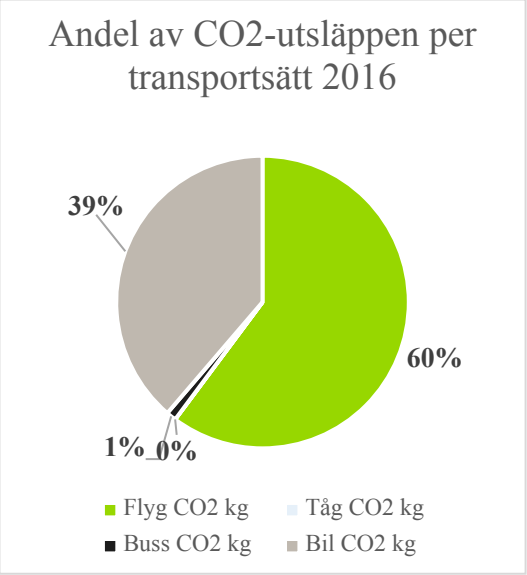
Länets storlek och demografi gör att det krävs många transporter av varor och persontransporter. Transportfunktionen på Hjälpmedels och MA enheten distribuerar varor

från förrådet i Östersund ut till länets hälsocentraler och tandvårdskliniker. Returtransporterna tar med sig källsorterat avfall tillbaka till Östersund. Transport kör också post- och provturer i länet. Fyra stycken turer levererar post ut i länet och tar med blod- och urinprover till Östersund för analys. En postbil kör turer i Östersundsområdet. Transportfunktionens totala körsträcka för transporter och postturer uppgick 2015 till 67 091mil.



Övriga transporter som utfördes i Region Jämtland Härjedalens regi är persontransporter med ambulans och vissa sjuktransporter (AMBUSS). Distriktssköterskor i primärvården gör även hembesök hos patienter ute i länet. Ambulanssjukvården är uppdelad i tre geografiska områden; norr, mitt och syd. Den totala körsträckan med ambulans under 2016 uppgick till ca 140 000 mil. Regionen har också en ambulansbuss (AMBUSS) med dagliga resor mellan Östersund och Norrlands Universitetssjukhus i Umeå. En ny sådan buss upphandlades under 2015 och är en komplett utrustad ambulans med plats för 4 patienter och 12 sjukresenärer plus personal och den avverkar ca 18 000 mil per år och tankas med biobaserat s.k. HVO-bränsle.
Ambulanshelikoptern utförde 734 uppdrag under 2014 med en flygtid på 871,7 timmar. Med ett koldioxidutsläpp på i genomsnitt 870 kg per timme ger det ett utsläpp på ca 749 ton koldioxid.
Tjänsteresor inom Region Jämtland Härjedalen bedrivs med antingen egna eller leasade bilar, tillfälligt inhyrda bilar eller med egen privat bil. Verksamheterna förfogade 2016 över totalt 18 egna (utöver 22 ambulanser) och 84 långtidsleasade bilar. Av dessa drivs 95 med diesel, 2 med bensin/biogas, 4 med bensin och en med el.
Av de leasade bilarna har bara 20 st. ett koldioxidutsläpp på under 120g/km.





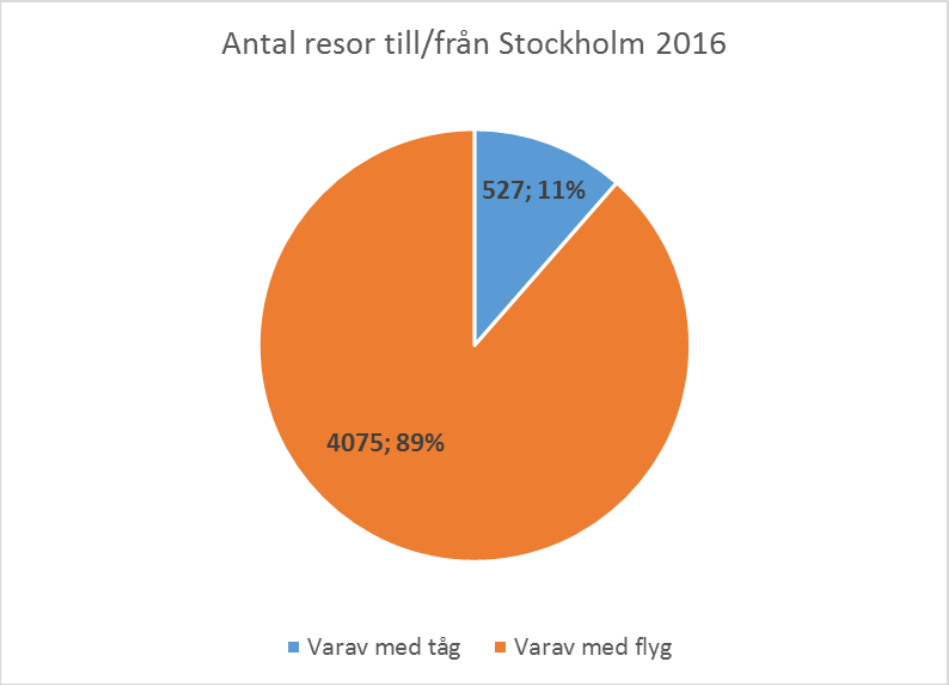
Den största delen av alla resor och transporter räknat i antal mil, 45 %, görs med bil och transportfordon, men flyget står för 60 % av utsläppen.

	Flyg		Tåg		Buss		Bil & transportfordon		Totalt		
År	mil	kg CO_2	mil	kg CO_2	mil	kg CO_2	mil	kg CO_2	Resta mil	kg CO_2	kg CO_2/ mil
2005	308 117	468 000	68 049		23 121	16 185	640 449	1 240 000	1 039 736	1 724 185	1,66

2006	356 812	569 000	95 663		23 142	16 199	653 749	1 226 000	1 129 366	1 811 199	1,60
2007	336 359	511 266	116 635		19 408	13 586	649 773	1 194 633	1 122 175	1 719 485	1,53
2008	386 443	587 017	146 889		29 251	18 307	604 715	1 125 441	1 167 298	1 730 765	1,48
2009	271 927	462 308	208 504		20 647	14 034	593 272	1 114 925	1 094 349	1 591 266	1,45
2010	239 830	445 522	168 953	4,2	18 599	12 982	581 764	1 057 323	1 009 147	1 515 830	1,50
2011	188 197	445 346	101 276	0,0	28 749	19 790	540 552	942 744	858 774	1 407 880	1,64
2012	267 581	658 658	96 831	997	16 931	10 713	453 712	762 196	835 055	1 432 563	1,72
2013	268 144	671 316	100 720	323	12 807	8 223	418 907	665 552	800 579	1 345 416	1,68
2014	298 319	842 329	134 842	0,8	11 216	6 552	392 472	590 023	836 849	1 438 904	1,72
2015	413 570	1 018 770	112 462	2,3	36 091	23 839	424 706	635 586	986 829	1 678 198	1,70
2016	423 491	1 049 508	102 772	2,1	29 300	19 072	451 762	675 116	1 007 325	1 743 698	1,73

De resor och transporter som utfördes i Region Jämtland Härjedalens regi 2016 uppgick till 1 007 325 mil, vilket motsvarar ca 252 varv runt jorden. De totala utsläppen av koldioxid från verksamhetens tjänsteresor och transporter var under året 1 744 ton.

Resor med flyg har ökat de senaste åren vilket får stor inverkan på koldioxidutsläppen eftersom det är det transportsätt som har högst utsläpp per rest mil.



Stockholm är den vanligaste destinationen för våra längre resor och där finns båda alternativen tåg och flyg. Indragning av nattåg, restid och avgångs- och ankomsttider är faktorer som påverkar val av transportsätt, men den stora dominansen flyg bör ändå kunna förändras. Under 2016 har nya regler för resor arbetats fram och dessa beslutades i början av 2017 och innehåller bland annat ett internt klimatkompensationssystem som ska främja tågresande framför flyg.

5.1.3 Köldmedieanvändning

Användning av köldmedia är hårt reglerat i lagstiftning, med återkommande kontroller och läcksökning av anläggningarna m.m. Bland annat ska en årlig rapport inlämnas till tillsynsmyndigheten för anläggningar med sammanlagt minst 10 kg köldmedia.

Köldmedia, kg 2016	Östersunds sjukhus	Bäckedal	Birka	Summa:
HCFC installerat	**0**	**0**	**0**	**0**
HCFC påfyllt	0	0	0	**0**
HCFC omhändertaget	0	0	0	**0**
HFC installerat	**1 090,9**	**7**	**53,7**	**1 151,6**
HFC påfyllt	126,4	0	0	**126,4**
HFC omhändertaget	6,7	0	0	**6,7**

Den 1 januari 2015 trädde den nya s.k. f-gasförordningen ikraft. Ett av de områden som påverkas direkt är läckagekontrollsintervallen av köldmediesystem. Dessa ändras från att vara baserade på kilo köldmedia till att baseras på CO_2e (koldioxidekvivalenter). Det innebär också bland annat att den årliga rapporteringen till tillsynsmyndigheten framöver ska göras för anläggningar med minst 14 ton koldioxidekvivalenter.

Under 2015 hade vi inga läckage av köldmedia, men under 2016 fick vi tyvärr läckage på några aggregat.

Utsläpp 2016			
KM	**kg**	**CO2-fakt**	**kg CO2-ekv**
R134a		1300	0
R407C	20,7	1600	33 120
R410A	101	1900	191 900
R404A	2	3260	6 520
Summa:	123,7		**231 540**

5.1.4 Medicinska gaser - Lustgas

Lustgas används främst vid förlossningar och eftersom vi inte har installerat någon destruktionsanläggning för lustgas är utsläppen samma som användningen och har därför en stark koppling till antalet förlossningar i dagsläget.

År	Kg lustgas	GWP*	Kg CO2-ekv	Antal förlossningar
2009	1 155	298	344 190	1313
2010	1 335	298	397 830	1425

2011	1 427,84	298	425 496	1328
2012	1 293,59	298	385 488	1271
2013	1 323,75	298	394 478	
2014	1 469	298	437 762	1351
2015	1127	298	335846	1419
2016	1227	298	365646	1446

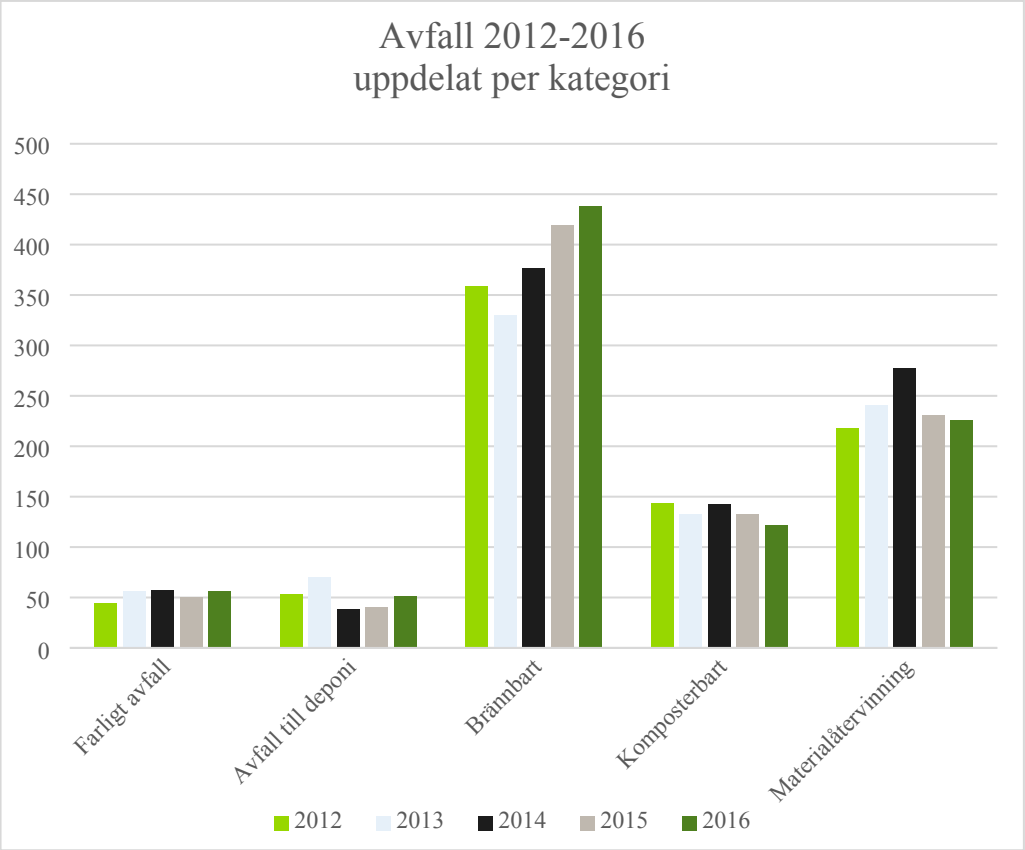
* GWP står för Global Warming Potential och är ett värde på hur ett ämne påverkar växthuseffekten relaterat till koldioxid.

5.2 Resurseffektivitet och miljö

5.2.1 Avfall

	2011	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	Skillnad i ton, jmf m 2012
Total mängd i ton	**817**	**817**	**829**	**891**	**871**	**892**	**+75**
Varav farligt avfall	35	44	56	57	51	56	**+12**
Varav avfall till deponi	42	53	70	38	40	51	**-1**
Varav brännbart	346	359	329	376	419	438	**+79**
Varav komposterbart	136	143	133	142	132	121	**-22**
Varav källsorterat för materialåtervinning	258	217	241	277	230	226	**+8**

Det är positivt att mängden avfall som läggs på deponi minskat. Att vi sett en ökning de senaste två åren har samband med en ökning av gips från ombyggnationer.
Tyvärr ser vi en ökning av mängden brännbart medan det som källsorteras för materialåtervinning inte ökat i samma takt, utan har minskat de senaste två åren.



Källsorterat till materialåtervinning, ton	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Wellpapp	104,79	68,36	71,42	72,58	81,97	81,04
Papper	47,42	36,65	35,49	28,01	29,13	27,11
Pappersförpackningar	12,89	17,00	15,00	14,00	15,96	17,03
Mjukplast	3,15	9,75	6,75	4,88	2,30	6,52
Hårdplast	1,48	0,71	4,86	4,28	2,42	5,14
Sekretess papper	19,63	18,44	19,57	40,62	19,85	20,80
Sekretess plast/gips	0,69	0,13	0,00			0,00
Färgat glas *	1,63	3,96	1,04	1,82	3,12	2,07
Ofärgat glas*	2,48		1,95	1,95	7,26	6,80
Metallförpackningar	5,56	3,89	6,03	5,36	4,55	3,93
Blyskrot	2,98	5,96	5,84	5,34	5,42	4,87
Blandskrot	52,70	49,94	70,60	94,96	53,71	46,46
Kabelskrot	2,04	2,42	2,08	3,18	4,28	3,64
Aluminium (diverse)					0,04	0,05
Mässing					0,11	0,04
Skrot, Rostfritt	0,05	0,26	0,28			0,10
Totalt	**257,5**	**217,5**	**240,9**	**277,0**	**230,1**	**225,6**

** För år 2012 fick vi inte separerad statistik för färgat och ofärgat glas*

Den stora ökningen av sekretesspappersavfall 2014 berodde på en flytt av arkivet där man

arbetat med rensning, vilket resulterade i 23,8 ton sekretesspappersavfall i sig. En avställd cistern skrotades också 2013-2014 varav den stora ökningen av blandskrot de åren. När mängden metallskrot ökar eller minskar får det en stor effekt på totalsumman i vikt eftersom det väger väldigt mycket.

Mängden avfall till förpacknings- metall- och pappers-återvinning, är högre än 2012 (+ ca 8 ton), men har minskat de senaste två åren.

Det som källsorteras till materialåtervinning måste sättas i relation till andra fraktioner, särskilt brännbart avfall. Under våren 2015 hade vi problem med den balpress som pressar mjukplast och pappersförpackningar. Pressen stod stilla i ca 1,5 månad då man istället fick lägga det avfallet till brännbart istället. Den mängden uppskattas till ca 2 ton som normalt hade gått till återvinning.

För 2016 har mängden brännbart avfall ökat betydligt samtidigt som det som går direkt för materialåtervinning minskat. En stor utmaning är att återvinningssystemen idag är utbyggda för förpackningar, medan produktavfall normalt inte kan återvinnas. Det innebär också att en minimering av förpackningsavfall ger en lägre återvinningsgrad när man använder stora mängder engångsprodukter.

Deponi, ton	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Fettavskiljare	17,9	20,7	18,3	16,6	19,0	18,7
Restavfall, hushållsavfall	22,1	32,0	36,0	17,4	16,0	31,9
Gips*			15,52	4,48	4,712	0,818
Totalt	**41,9**	**52,7**	**69,8**	**38,4**	**39,7**	**51,4**

** Från 2013 finns en separat gipscontainer för gips från bygg- och renoveringsarbeten för att separera ut det från övrigt restavfall*

Största andelen deponiavfall kommer numera från tömning av fettavskiljare. Det som främst slängs i ”restavfall, hushållsavfall” är gips (från hälso- och sjukvården) samt kasserat glas och porslin. Vi har en separat gipscontainer för stora mängder gips från ombyggnationer, men en del av det gipsavfallet läggs även tillsammans med övrigt restavfall.

Brännbart, ton	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Brännbart träavfall *	10,7	1,4			32,9	34,6
Industriavfall, byggverksamhet *		4,3			15,4	
Brännbart avfall	346,2	359,0	329,5	376,3	418,9	**437,8**
Totalt	**356,9**	**364,7**	**329,5**	**376,3**	**467,2**	**472,4**

* Brännbart träavfall och industriavfall byggverksamhet ingår inte i totalen i översta tabellen i kapitlet då vi inte har konsekvent statistik.

Jämfört med referensåret 2012 så har mängden avfall som går till förbränning ökat med 22 %, eller 79 ton, vilket är en betydande ökning. Jämfört med 2015 har mängden ökat med 19 ton.

Komposterbart, ton	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Komposterbart avfall	135,9	143,4	132,8	142,2	132,3	121,4

För komposterbart avfall, som till största delen består av matavfall har vi en positiv trend de senaste två åren med minskade mängder.

I länet är det enbart Östersunds kommun som hanterar komposterbart avfall separat, så för verksamheter i andra delar av länet så ingår den komposterbara delen i det man lägger till brännbart avfall.

Farligt avfall, ton	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Fotokemikalier	0,76	1,69	0,87	0,24	0,12	0,23
Oljeavfall *	0,059		0,615	0,105		
Spillolja	0,03	0,24	0,61	0,19	0,08	0,04
PCB-haltig olja	0,18					
Oljehaltigt slam***	9,5	12,4	18,5	14,2	19,04	17,34
Småkemikalier **	0,71	1,20	1,13	1,38	1,37	0,32
Färg- Lack- & Limavfall	0,54	0,35	0,45	0,25	0,45	0,55
Laboratorieavfall **						
Förorenat vatten (Formalin)	1,9	3,4	2,4	3,1	3,0	3,2
Lösningsmedel		0,6	0,4	0,4	0,6	1,4
Kvicksilver (amalgam)	0,05	0,72	0,01	0,04	0,03	1,04
Syror **						
PCB						
Elektronikskrot	0,3	0,8	5,9	11,2	13,5	14,5
Småbatterier	0,94	0,65	0,88	0,57	0,02	0,38
Biologiskt avfall	2,1	2,2	2,0	2,2	1,7	2,2
Skärande stickande	8,9	8,3	9,3	8,3	8,2	10,3
Cytostatika/Toxiska Läkemedel	9,2	11,1	12,8	14,1	13,3	17,4
Alkaliskt avfall, flytande (rengöringsmedel)		0,053	0,023	0,047	0,156	0,407
Composite	0,044	0,097	0,084	0,073	0,098	0,075
Glykol		0,045		0,106	0,703	0,238
Filmavfall		0,224	0,324	0,275	0,801	0,696
Asbestavfall						0,000
Totalt	**35,2**	**44,0**	**56,3**	**56,7**	**63,2**	**70,2**

** I kategorin "Oljeavfall" ingår oljebemängt avfall, t.ex. fat med kasserade oljefilter, trassel, papper, absol etc. Oljeavfall från oljeavskiljare återfinns under rubriken "Oljehaltigt slam".*
**** Vi är i statistiken beroende av hur avfallsmottagaren benämner avfallet. I kategorin "småkemikalier", så ingår även det som tidigare skiljts ut som "syror", "lösningsmedel", "glykol" och "laboratorieavfall".*

Från vecka 21 år 2013 började vi väga elektronikskrotet själva, så från att tidigare haft bristfälliga data på denna avfallsfraktion har vi nu bra kontroll över mängderna. Ökningen med drygt 12 ton beror här alltså på att vi tidigare inte haft fullständig statistik tidigare. Av den anledningen är inte elektronikskrot med i sammanställningen i första tabellen i detta kapitel.
Mängden oljehaltigt slam har ökat markant jämfört med 2011. De senaste åren har tömningsintervallet ökat, vilket får till följd att även avfallsmängden ökar, även om det är större andel vatten i avfallet i sig.
En annan orsak till att den totala mängden farligt avfall ökat från 2013 kan vi härleda till att vi från april 2013 tar hand om allt läkemedelsavfall själva. Tidigare har det läkemedelsavfall som inte klassas som toxiskt, lämnats till apoteket varifrån vi haft svårt att få data på avfallsmängden. En bidragande orsak till att mängden skärande/stickande, smittförande avfall har ökat är införandet av s.k. säkerhetskanyler för att få en bättre säkerhet ur arbetsmiljösynpunkt och minska risken för stickskador. Säkerhetskanylerna har integrerat stickskydd och blir därför större mängd avfall per kanyl.

6 Betydande miljöaspekter

En miljöutredning som visar hur verksamheterna i Region Jämtland Härjedalen påverkar miljön har lett fram till en lista med miljöaspekter. Utifrån de miljöaspekterna har ett antal betydande miljöaspekter identifieras. Identifieringen av miljöaspekter och värderingen av betydande miljöaspekter genomförs av miljöstrateg. De betydande miljöaspekterna har delats upp i olika områden och berör områdena på olika sätt. De betydande miljöaspekterna har värderats utifrån miljö- och hälsokonsekvenser av följande aktiviteter:

- **Utsläpp till mark/vatten** av kemikalier, läkemedel, tungmetaller, näringsämnen
- **Utsläpp till luft** av klimatpåverkande gaser
- **Nyttjande av naturresurser; vattenanvändning**
- **Nyttjande av naturresurser; energi** (mediaanvändning; el, fjärrvärme, datorer)
- **Nyttjande av naturresurser; råvaror och material** (icke ekologiska livsmedel, engångsartiklar, organiska miljögifter i plaster)
- **Nyttjande av kemiska produkter** (hantering, förvaring, produktinformation)
- **Nyttjande av joniserande strålning** (röntgenverksamhet)
- **Framkallande av buller** (störande ljud från fläktar, byggnationer, helikopter)
- **Produktion av avfall**
- **Tillbud gällande brand** (påverkan på luft och vatten)
- **Krav vid upphandling** (på produkters och tjänster innehåll)
- **Tjänsteresor och transporter** (klimatpåverkande gaser, tungmetaller)
- **Krav på entreprenörer och leverantörer** (kunskaper att utföra uppdrag, produkters innehåll)
- **Indirekt påverkan** (information till allmänheten, samverkan med andra aktörer, stöd till projekt)

Kriterierna för att en miljöaspekt blir betydande är vilken miljöpåverkan de kan medföra, sannolikhet för miljöpåverkan och omfattning av eventuell miljöpåverkan. Miljöaspekterna prioriteras sedan utifrån lagar och krav, krav i regionplan, miljöpolicy, nationella och regionala miljömål samt ekonomi.

7 Ordlista/Begreppsförklaringar

CERO - Climate and Economic Research in Organizations (CERO) är ett koncept utvecklat vid KTH (Kungliga Tekniska Högskolan) för att hjälpa organisationer att hitta ekonomiskt hållbara strategier att nå uppsatta klimatmål för resor.

Certifiering – En standardiserad prövning som görs av särskilt utbildade och ackrediterade revisorer som då kan intyga att man uppfyller kraven i det regelverk man är certifierad för – i detta fall miljöledningsstandarden ISO14001. Samma revisorer granskar också om vi uppfyller kraven i EMAS-förordningen och rekommenderar då att vi får vara fortsatt EMAS-registrerade om vi uppfyller kraven i den förordningen.

CMR – CMR står för Cancerframkallande, Mutagent och Reproduktionstoxisk

CO2 – Kemiska beteckningen för koldioxid som är den vanligaste s.k. växthusgasen

CO2-ekv /CO2e/Koldioxidekvivalenter – För att beskriva hur kraftig påverkan ett ämne har på växthuseffekten räknar man om till ett tal i förhållande till koldioxid. Koldioxid har CO2-ekv = 1 och för t.ex. lustgas, som har 298 gånger större påverkan än koldioxid, så är omräkningsfaktorn, GWP 298 och varje kilo lustgas motsvarar då 298 kg koldioxid.

Deponi – ”soptipp” – det som inte kan återvinnas eller förbrännas eller måste omhändertas som farligt avfall läggs på deponi, d.v.s. grävs ner på en plats som sen kontrolleras så det inte läcker ut miljöstörande ämnen från.

Distansoberoende teknik – teknik som gör det möjligt att samverka med andra på avstånd, t.ex. via telefon, videokonferenser, webmöten etc.

EMAS – (Eco Management and Audit Scheme), EU:s miljöstyrnings- och miljörevisionsordning, är en EU-förordning som fastställdes i juli 1993 och trädde i kraft medlemsländerna den första januari 1995. Den syftar till att på frivillig väg få företag och organisationer att bli miljövänligare. EMAS bygger på ISO 14001, men innehåller även andra delar som ingår i ett miljöarbete.

Energiindex – Ungefär samma som Graddagar (se endan), men Energi-Index bygger på vetskapen att energibehovet vid uppvärmning av fastigheter inte endast beror på temperaturen. Inverkan av sol och vind måste också beaktas liksom byggnadens energitekniska egenskaper, användningssätt och läge. Energi-index är uppbyggt på samma sätt som graddagar, men med ytterligare faktorer inbakat.

EU2020-strategin - Europa 2020 är EU:s tioårsstrategi för tillväxt och jobb. Den inleddes 2010 för att skapa förutsättningar för en smart och hållbar tillväxt för alla.
EU har enats om fem övergripande mål för 2020. De gäller sysselsättning, forskning och utveckling, klimat och energi, utbildning samt social delaktighet och fattigdomsminskning.

f-gasförordningen – f-gas står för en konstgjord gas som bland annat innehåller fluor. För att minska utsläppen av f-gaserna och därmed minska utsläppet av skadliga växthusgaser har EU kommissionen beslutat att införa f-gasförordningen. Den nya reviderade förordningen, EU/517/2014, gäller från den 1 januari 2015.

Graddagar - Antalet graddagar under ett år är summan av dygnsmedeltemperaturernas avvikelser från en referenstemperatur. Graddagar används bland annat till att fortlöpande skapa en rättvis bedömning av hur effektivt en byggnad värms upp av sitt värmesystem, då energiåtgången för att värma upp ett hus starkt korrelerar till utomhustemperaturen.

GWP - Global warming potential (GWP) är ett mått på förmågan hos en växthusgas att bidra till växthuseffekten och den globala uppvärmningen. Skalan är relativ och jämför den aktuella gasens klimatpåverkan med effekten av samma mängd koldioxid (jmf CO2-ekv/koldioxidekvivalenter)

HCWH – Health Care Without Harm är en ideell europeisk koalition av sjukhus, hälsovårdssystem, vårdpersonal, lokala myndigheter, forsknings- / akademiska institutioner och miljö- och hälsoorganisationer. Den har för närvarande 76 medlemmar i 26 länder i WHO: s europeiska region som omfattar 17 EU-medlemsstater. HCWH arbetar med erfarenhetsutbyte mellan medlemsorganisationerna, information och underlag till beslutsfattare m.m. Region Jämtland Härjedalen är en av medlemmarna i HCWH.

HVO-bränsle - HVO är en syntetisk diesel som framställs genom hydrering av växt och djurfetter. HVO tillverkas huvudsakligen av olika restprodukter och avfall, som vegetabiliska och animaliska fetter och oljor och är ur användningssynpunkt identiskt med fossil diesel, men är alltså inte baserad på fossila råvaror och räknas alltså som biobaserat bränsle.

In-vitro - *In vitro* betyder i glaset och betecknar ett experiment eller liknande i konstgjord miljö, till exempel ett provrör. *In vitro* står i motsättning till *in vivo* (som betyder i livet, i levande) alltså i naturlig miljö.

ISO 14001 - ISO 14001 är en internationellt accepterad standard, som utgör grunden för fastställande av miljöledning, och som kan användas i alla typer av organisationer. Grunden till ISO 14 001 är 55 så kallade skall-krav. Dessa kan ses som de viktigaste komponenterna för att lyckas med miljöledningssystem.

KTH – Kungliga Tekniska Högskolan är ett statligt svenskt universitet i Stockholm med huvudsaklig inriktning på teknik och naturvetenskap.

Köldmedia - Ett köldmedium är ett ämne som kan transportera värme genom att i tekniska system växla mellan gas och vätska vid vissa temperatur och tryckförhållanden. Köldmedium används i värmepumpar, men också i exempelvis kylskåp, frysar och luftkonditioneringsanläggningar.

Ledningssystem – Ett ledningssystem har uppgiften att sammanställa information från olika källor för att ge en beslutsfattare en övergripande och korrekt bild av situationen. Med hjälp av informationen från ett ledningssystem fattas beslut om hur man vill påverka den situation som presenteras. Ett ledningssystem kan också beskrivas som en organisations policy, mål och mätkriterier samt arbetet med att nå målen. Ett ledningssystem har olika inriktning beroende på vad det syftar till. Ett miljöledningssystem syftar till att minska verksamhetens miljöpåverkan och ett kvalitetsledningssystem syftar till att säkerställa och öka verksamhetens kund- och intressentnytta. Ett arbetsmiljöledningssystem syftar till att säkra arbetsmiljöarbetet. Region Jämtland Härjedalen har ett ledningssystem som bygger på de fyra internationella standarderna om miljö, arbetsmiljö, informationssäkerhet och kvalitet.

Mutagena – En mutagen är en företeelse, till exempel ett kemiskt ämne, som orsakar mutationer hos en organism, det vill säga förändrar den genetiska informationen (DNA) i en organism. Kemiska produkter kan vara klassade som mutagena om dess egenskaper medför den risken.

Ozonskiktet - I stratosfären, 10–50 kilometer över våra huvuden, omvandlar solljuset ständigt en del av luftens syremolekyler till ozon. Därmed bildas det naturliga ozonskiktet, som i sin tur absorberar ultraviolett ljus, UV-B-strålning, från solen. Om strålningen inte absorberades av ozonskiktet skulle den orsaka stora skador på växter, djur och människor, eftersom UV-B-strålningen kan sönderdela molekyler. Vissa ämnen kan ge skador på ozonskiktet.

PVC - Polyvinylklorid (PVC) är en av de vanligaste plastsorterna. PVC är i grunden en styv plast men man kan blanda in mjukgörare och får då en betydligt mjukare plast. Det finns en rad olika mjukgörare som kan användas i PVC. Vanligast är ftalaterna som i många fall har skadliga egenskaper. PVC är också ofta problematiskt för miljön vid både tillverkning och avfallsförbränning. Av dessa anledningar försöker många miljömedvetna organisationer undvika mjukgjord PVC. Till vissa användningsområden finns dock inte produkter framtagna på marknaden av annat material än PVC.

Reproduktionstoxiska - Med reproduktionstoxisk menas att ett ämne kan orsaka (icke ärftliga) skador på foster, nedsatt fruktsamhet hos kvinnor eller nedsatt spermieproduktion hos män.

Resistenta bakterier - bakterier som är motståndskraftiga mot antibiotika.

Svensk förpackningsinsamling – **Förpacknings- och tidningsinsamlingen** (FTI AB) ansvarar för insamling och återvinning av förpackningar och tidningar på uppdrag av de företag – producenterna - som sprider dem i Sverige. Verksamheten finansieras av dessa företag och drivs helt utan vinstsyfte.

Toxiskt – giftigt

UNEP – Förenta nationernas miljöprogram, som ofta förkortas UNEP, är ett organ som samordnar Förenta nationernas miljöarbete.

Växthusgaser – Växthusgaser är både naturliga och konstgjorda gaser som utgör grunden till växthuseffekten genom att absorbera och utstråla infraröd strålning. De främsta växthusgaserna i jordens atmosfär är vattenånga (H_2O), koldioxid (CO_2), dikväveoxid (N_2O), metan (CH_4) och ozon (O_3). Gasernas växthuseffekt beror på att de släpper igenom solljus, som värmer upp mark, träd och vatten. Den värmen kan sedan inte stråla ut i rymden igen som infraröd strålning eftersom växthusgaserna delvis absorberar den. Effekten blir att jordens temperatur stiger till dess att en alldeles ny jämviktstemperatur uppnås. Utan den naturliga växthuseffekten skulle jorden vara ungefär 30 grader kallare än den är idag. Energin och kolet som finns i fossila bränslen som stenkol och olja har, precis som i biobränslena, bundits in genom fotosyntesen, fast för miljontals år sedan. När de grävs eller pumpas upp och förbränns idag frigörs därför koldioxid som inte har varit i atmosfären på mycket länge. Växterna kan inte ta upp de enorma mängderna extra koldioxid från förbränningen av fossila bränslen, vilket ökar mängden växthusgaser

i atmosfären och vi får en förstärkt växthuseffekt och det man benämner som global uppvärmning och är det som orsakar de klimatförändringar som vi börjat se effekterna av.

XRF-instrument – XRF är en teknik för att undersöka förekomsten av vissa ämnen i ett material utan att ta ett fysiskt prov av föremålet/materialet för att undersöka det kemiskt. Man får då en uppfattning om vad föremålet är tillverkat av och om det innehåller vissa ämnen.

Östersjöstrategin - EU:s strategi för Östersjöregionen (EUSBSR) är ett samarbete mellan EU:s länder runt Östersjön. Strategin har tre huvudsakliga mål: rädda havsmiljön, länka samman regionen och öka välståndet.

10

Regionstyrelsens uppföljning 2017 av integration

RS/799/2017

2017-05-03

Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen
Anna Frisk
Tfn: 063-142414
E-post: anna.frisk@regionjh.se

RS/799/2017

Regionstyrelsens uppföljning 2017 av integration

Ärendebeskrivning

Regionstyrelsen har ett övergripande ansvar att leda och samordna planering och uppföljning av verksamheten. Styrelsen ska också uppmärksamt följa de frågor som kan inverka på regionens utveckling och ekonomiska ställning. De uppföljningsområden som valts ut för 2017 har en koppling till utvecklingsområden i enlighet med regionstyrelsens verksamhetsplan. Enligt den ska regionstyrelsen på sitt möte 30-31 maj bland annat följa upp regionens arbete kring integration.

Uppföljningsrapporten utgår från befintliga mål i övergripande styrdokument, måluppfyllelse och i förekommande fall förslag till åtgärder.

Uppföljningsrapport lämnas som bilaga.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsens uppföljning 2017 av integration godkänns.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Carsten Dencker
Chef Hälso- och sjukvårdspolitiska avd.

Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen, Regional Utveckling
Anna Frisk , Maria Berglund
Tfn: 063-142414 , 063-146582
E-post: anna.frisk@regionjh.se , maria.berglund@regionjh.se

2017-04-28

RS/799/2017

Regionstyrelsens uppföljning av integration 2017

Regionplanen 2017-2019 anger ett strategiskt mål inom område **Samhälle** att **Integration ska genomsyra hela det regionala utvecklingsarbetet**. Utifrån detta har Regionstyrelsen och Regionala utvecklingsnämnden utvecklat sina ansvars- och målområden. Regionfullmäktige beslutade i februari 2015 om ”Regional strategi för ökad inflyttning och förbättrad integration” vilken innehåller fyra prioriterade områden och ett avsnitt om genomförande.

- **Höjd utbildningsnivå**
- **Kulturkompetens och förbättrad sammanhållning**
- **Genomförande av strategin**
- Ökat deltagande i arbetslivet
- Förbättrad infrastruktur

Ett av den Regionala Utvecklingsnämndens speciella och prioriterade områden är Integration.

Integrations- och mångfaldsfrågor ingår i överenskommelsen om regional samverkan med länets kommuner.

Region Jämtland Härjedalen har tillsammans med Länsstyrelsen, Arbetsförmedlingen, Migrationsverket och Försäkringskassan en Regional Överenskommelse (RÖK), gällande mottagning, etablering och integration av asylsökande, ensamkommande barn och unga och personer i etableringen.

Redovisningen avser perioden från föregående redovisning april 2016 fram till april 2017. Redovisningen utgår från av regionstyrelsen upprättade aktiva mål och framgångsfaktorer i form av utvecklingsområden kopplade till pågående aktiviteter. Under område SAMHÄLLE rapporteras även Regionala utvecklingsnämndens framgångsfaktorer/utvecklingsområden inom integration. Detta för att ge en bättre helhetsbild av pågående aktiviteter. Uppföljning av Regionala utvecklingsnämndens prioriteringar bl.a. integration sker i RUN i december. Notering gällande ansvarig styrelse/nämnd och hur aktiviteterna följer prioriterade områden i Regionala strategin för ökad inflyttning och förbättrad integration samt Regional Överenskommelse (RÖK).

UTVECKLINGSOMRÅDEN OCH PÅGÅENDE AKTIVITETER	**RÖK**	Ansvar	**Prioriterat område Regional strategi**				
		RS/ RUN	Höjd utbildningsnivå	Ökat deltagande i arbetslivet	Kultur-kompetens och förbättrad social sammanhållning	Förbättrad infrastruktur	genom-förande
SAMHÄLLE							
Samordna och bygga upp medicinsk- kultur- och- psykologisk/psykiatrisk kompetens inom området genom *utbildning av personal* samt *utarbeta hållbara rutiner med övriga aktörer* i arbetet med flyktingmottagande.		RS			X		
Utvecklingsstrateg för asyl-flyktingfrågor anställdes under 2016. Prioriterade frågor har varit sammanställning och därefter prioritering av utvecklingsområden gällande t ex. avgifter och ersättningar samt utifrån verksamheternas lägesrapporter och nulägesbeskrivningar, risk och konsekvensanalyser över flyktingmottagandet samt revisorernas granskning.							
Styrgrupp för asyl-flyktingfrågor pågår fortlöpande med medverkan från hälso-sjuk-tandvård, regionala utvecklingsförvaltningen och fullmäktiges presidium, samt representanter från länets kommuner och migrationsverket Jämtland. Fnv varannan månad. Syfte att samordna Region Jämtland Härjedalens insatser inom flyktingsamordning.	RÖK						
Beredningsgrupp för asyl-flyktingfrågor där fullmäktiges presidium inbjuds delta. Gruppen planerar, bereder och föreslår ärenden till Styrgrupp.							
Samordningsmöten asyl-flyktingfrågor. Asyl-flyktingsamordning bjuder in verksamhetsrepresentanter till möte i anslutning till styrgrupp med syfte att lyfta aktuella verksamhetsfrågor och ge direktinformation ut till verksamheterna. Boendeansvarig från migrationsverket inbjuds vid behov.							
En plan för mottagande av asylsökande och nyanlända flyktingar tagits fram som stöd och kunskapsinhämtande för medarbetare.							
Enhet för asyl-flyktinghälsa har genom sitt utökade uppdrag sedan december 2016 ett ansvar att samla och sprida kompetens och arbetar under 2017 med att förtydliga och göra verkstad av sitt nya uppdrag. Pågående insatser bla samverkan med MIUN och med specialistvården. SKL:s utbildningssatsning ”hälsa i sverige för nyanlända och asylsökande” har i mars nått ut till 1600	RÖK						

personer i länet, via asylhälsans ssk som spridningsledare. Satsningar med stöd av extra flyktingmedel är under planering gällande hälsofrämjande och förebyggande insatser.							
Riktlinje som stöd för hälso-sjuk- och tandvårdspersonal i kontakten med tillståndslösa har utarbetats Innefattar även utsatta EU/EES-medborgare. Utvecklingsstrateg deltar i nationell samordning gällande utsatta EU/EES-medborgare i Länsstyrelsen Stockholms regeringsuppdrag.							
Arbeta fram en lokal modell för hur Region Jämtland Härjedalen kan *hjälpa sjukvårdsutbildade personer som söker asyl eller fått uppehållstillstånd* att få praktikplats eller ett arbete inom hälso-och sjukvården, får sin utbildning validerad och få sin legitimation.		RS	X	X			
Region Jämtland Härjedalens personalavdelning arbetar för närvarande fram en förtydligad modell för språkpraktik för nyanlända med akademisk hälso- och sjukvårdsbakgrund. Förutom språkpraktik ska modellen ge insyn och förståelse för hur svensk hälso- och sjukvård är uppbyggd och fungerar. Modellen ger också möjlighet för nyanlända att delta i internutbildningar anordnade av Region Jämtland Härjedalen. Modellen är framtagen från och i samarbete med Arbetsförmedlingen.	RÖK						
En etableringskoordinator är anställd på 50% för att hitta och hjälpa asylsökande och nyanlända med sjukvårdsutbildning att få praktikplats eller arbete inom hälso- och sjukvården. Uppdraget innebär även att lotsa dessa personer rätt för att få sin utbildning validerad eller att få sin legitimation.	RÖK						
Utveckla samarbete med kommunerna och arbetsförmedlingen kring frågor om inflyttades möjlighet till anställning.		RUN		X			
Integration är en aktuell fråga i de olika branschforum där Kompetensplattformen deltar och dess roll är bl.a. att sprida exempel på arbetssätt mellan de olika branscherna.	RÖK						
Dialoger tillsammans med företagare, Arbetsförmedling och kommuner för att fler utrikes födda och ungdomar ska komma in arbetslivet.	RÖK						
En nationell ansökan till Socialfonden har lämnats in av SKL där Region Jämtland Härjedalen är delaktig. Ansökan handlar om att öka kvalitet och attraktivitet på gymnasieskolans program bl.a. genom att utveckla modeller för studie och yrkesvägledning speciellt anpassade till nyanländas behov. Besked på om ansökan beviljas eller ej väntas i juli -17.	RÖK						

Utveckla och förbättra metoder och processer i samverkan med övriga aktörer kring etableringen på arbetsmarknaden.		RUN		X			
Socialfondsprojektet "Integration Jämtland Härjedalen", 2015-09-01 till 2018-03-31. Region Jämtland Härjedalen är projektägare i detta samverkansprojekt där alla åtta kommuner i sina olika verkstäder arbetar på olika sätt med att nyanlända ska komma i arbete eller studier. Verkstäderna innehåller t.ex. om handledarutbildning, körkortssvenska och matchning till praktik, dialoger med Almi, deltagande på företagsfrukost, möten med näringslivskontor etc	RÖK						
Socialfondsprojektet "Öppen arena" pågår från 2017-04-01--2019-12-31. Projektets mål är att arbetslösa personer med kort utbildningsbakgrund, funktionsnedsättning, långtidssjukskrivna eller liknande träder in eller etablerar sig på arbetsmarknaden. Projektägare är Region Jämtland Härjedalen och fem kommuner (Bräcke, Krokom, Ragunda, Strömsund, Östersund) medverkar.	RÖK						
En gemensam ledningsgrupp för de regionala Socialfondsprojekten upprättades under 2016 med representanter från länets åtta kommuner, JGY, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. I detta forum sker utöver samverkan utifrån de olika projektverksamheterna även en identifiering av utvecklingsområden.	RÖK						
Utveckla modeller och strukturer för språkinlärningen.		RUN	X				
I rapportering 2016 informerades om arbetet med en projektansökan om kompetensutveckling. Den har nu beviljats och Socialfondsprojektet "Yrkesspråk" pågår från 2017-04-01 till 2018-09-30. Projektet är ett kompetensutvecklingsprojekt för lärare i SFI (Utbildning i svenska för invandrare) tillsammans med yrkeslärare. 6 kommuner (ej Bräcke och Ragunda) deltar och är medfinansiärer. Utbildare upphandlas och Region Jämtland Härjedalen är projektägare och har anställt en projektledare. Projektledaren ska tillsammans med rektorer eller motsvarande under projekttiden även arbeta med verksamhetsutveckling.	RÖK						
I rapporteringen för 2016 informerades om pågående arbete gällande kompetensutveckling för personer som arbetar i förskola, grundskola och gymnasium. Detta har fortsatt att utvecklas under året. Genom Regionalt Utvecklingsnätverk, RUN som koordineras av Mittuniversitetet har insatser med särskilt fokus på Nyanlända barns och elevers lärande tagits fram utifrån	RÖK						

kommunernas behov. Insatserna handlar om kompetensutveckling för skolteam, fortbildning för studiehandledare och 7,5hp kurser i svenska som andraspråk.							
Samverka och stötta civilsamhällets insatser för integrationen av nyanlända och inflyttade i regionen.		RUN			X		
En del i ovan nämnda Socialfondsprojekt "Integration Jämtland Härjedalen" är att tillsammans med kommunerna hitta metoder för att öka samverkan och koordination av civilsamhällets insatser. Samverkan med civilsamhället sker i kommunerna och Region Jämtland Härjedalens roll är att genom projektet skapa en arena mellan kommunerna för att utveckla detta arbete. Detta har lett till utveckling av arbetet med frivilligsamordnare eller annan person som arbetar med föreningslivet	RÖK						
Regional strategi för ökad inflyttning och förbättrad integration		RUN	X	X	X	X	X
Samverkan med kommunerna sker utifrån avtalet med kommunerna. Ett regionalt strategiskt nätverk bestående av kommunernas integrationschefer eller motsvarande beroende på organisation träffas 6 gånger/år. Ex på innehåll är dialog med Mittuniversitetet, Migrationsverkets bosättningsenhet, gemensamma projektansökningar diskuteras och goda exempel sprids.	RÖK						
Uppföljning av den regionala strategin görs för att se skillnader och likheter mellan svenskfödda och utrikesfödda utifrån strategins fyra prioriterade områden. En uppföljning har gjorts för 2015 och arbetet med en uppföljning för 2016 har påbörjats.							
En statistikplattform har tagits fram för att samla statistik och för att underlätta för kommunernas tjänstemän när allt finns samlat. Den uppdateras årligen under våren.	RÖK						
PATIENT							
I samarbete med kommunerna erbjuda nyanlända en hälso- o sjukvård utifrån deras behov.		RS			X		
Erbjuder hälsoundersökning till alla asylsökande och nyanlända flyktingar som Region Jämtland Härjedalen får kännedom om. Kontakter tagna för utarbetande av samverkansrutiner för att nå anhörig/anknytningsinvandrade med erbjudande om hälsoundersökning.	RÖK						
Samarbetet mellan kommunerna och Region JH bör prioritera gemensamt agerande när det gäller barn, unga, äldre och *utsatta grupper.*		RS			X		
Kommunala överenskommelser ska ses över under året 2017.	RÖK						

Asyl-flyktinghälsan har under våren pågående informations/utbildningsinsatser utifrån SKL:s ”hälsa i sverige för nyanlända och asylsökande” där kommunernas personal inom HVB-hem och integration, migrationsverket samt civilsamhället ges uppdaterad information om bl.a att hitta rätt i vården för nyanlända och asylsökande. Hittills har 1600 personer nåtts av utbildningssatsningen i länet.	RÖK						
Deltagande vid av länsstyrelsen kallade återkommande möten i Länssamverkan integration samt ensamkommandenätverket. Fast representation från Region Jämtland Härjedalen utgörs av utvecklingsstrateg och samordnare integration, därutöver utifrån aktuella frågor.	RÖK						
Utifrån värdegrund och normkritiskt förhållningssätt identifiera brister och vidta åtgärder som *stödjer professionellt bemötande*.		RS			X		
Utbildningsinsatser genomfördes från maj 2016- november 2017 med sammanlagt sex föreläsningar ”interkulturell kommunikation” där 450 deltagare kunde inspireras.	RÖK						
Lägesrapport samt rapportering i styrgrupp mars 2017 har lyft fortsatta utbildningsbehov som sammanställs för prioritering av extra statliga medel.	RÖK						
Förbättra kommunikations med patient med hänsyn tagen till individens behov av t.ex *tolk, skriftlig information om behandling*, behov av teckenspråk, punktskrift.		RS			X		
Från de extra statliga medlen avsattes 900tkr 2016 och 1mkr 2017 för översättningar av patientinformation. Allt översatt material samlas numer i ledningssystemets dokumenthantering Centuri, sökbart och tillgängligt för medarbetare. Arbete pågår med tillgänglighet till allmän patientinformation även på hemsida. Rutiner och stödjande verktyg angående att arbeta med tolk läggs tillgängligt via samma system.	RÖK						
MEDARBETARE							
Olikheter bland medarbetare ska värdesättas genom att inkludera medarbetare från tex andra länder och kulturer.		RS	X	X			
Under punkten samhälle finns beskrivning avseende mottagande av personer med akademisk hälso- och sjukvårdsbakgrund.	RÖK						
En förfrågan är lagt till arbetsförmedlingen om möjlighet till uttag av statistik i kvartal eller tertial för att finna mål mätetal för hur regionen agerar som mottagande arbetsgivare/praktikmottagare för sökande under och efter etablering ur gruppen utomeuropeiskt födda i nuläget en statistik som	RÖK						

ska göra det möjligt att följa och se om/hur/inom vilka områden vi är starka och var vi måste göra andra insatser för att nå förbättring								
Förfrågningar om språkpraktik för nyanlända utan hälso- och sjukvårdsbakgrund sker direkt till ansvariga chefer. Utifrån enheternas möjligheter och förutsättningar tar varje enskild chef beslut om erbjudande om språkpraktik.	RÖK							
Region Jämtland Härjedalen deltar i ett länsövergripande projekt, KIVO, med stödfinansiering av EU. Projektet syftar till att nyanlända ska bli intresserade och utbilda sig inom omvårdnad. Projektet ska också syfta till att ge bra förutsättningar för nyanlända att kunna etablera sig på arbetsmarknaden inom hälso- och sjukvård. KIVO= Kvalitetssäkrad inkludering i vård och omsorg, Jämtland. KIVO-metoden möjliggör en systematisk kvalitetssäkrad rekrytering från gruppen långtidsarbetslösa.	RÖK							
Förfrågningar om t ex praktik för nyanlända samt personer som efter sin etableringsfas står långt ifrån arbetsmarknaden sker direkt till ansvariga chefer. Utifrån enheternas möjligheter och förutsättningar tar varje enskild chef beslut om erbjudande om t ex praktik. Personalkonsulter knutna till respektive område är chefens stöd i tolkning av regelverk och hur avtal upprättas. Detta förfaringssätt tillämpas vad gäller samtliga förfrågningar gällande personer långt från arbetsmarknaden	RÖK							
Region Jämtland Härjedalen har avtal med ett antal universitet och omvårdnadsutbildare. Nyanlända som genomgår utbildning via dessa erbjuds praktik inom rådande system med praktikavtal osv. Förfrågningar om praktik utanför avtalade går direkt till berörda enheter/chefer. Utifrån enheternas möjligheter och förutsättningar tar varje enskild chef beslut om erbjudande om t ex praktik. Detta förfaringssätt tillämpas vad gäller samtliga förfrågningar gällande personer långt från arbetsmarknaden	RÖK							
Asylsökande och nyanlända ungdomar i gymnasieskolan ges samma möjlighet som andra inskrivna i gymnasiet att söka och erbjudas feriepraktikplats.	RÖK							
I nuläget finns ingen motpart för Region Jämtland Härjedalen när det gäller praktikavtal för asylsökande varför detta inte heller sker.								
VERKSAMHETSRESULTAT								
Bevaka och vidta ytterligare åtgärder för att uppnå målen i finansplanen.						X	X	

<table>
<tr><td>Förtydligande beslut angående avgifter för asylsökande, gömda och tillståndslösa beslutades november 2016. Informationsmaterial upprättades.</td><td></td><td>RS</td><td></td></tr>
<tr><td>Fördelning av de extra statliga medlen utifrån välfärdsmiljarder 2016 samt 2017.
<u>Intern fördelning av extra statsbidrag för flyktingmottagandet 2016</u>
Fördelningen av det extra statsbidraget för flyktingmottagandet hanterades under 2016 i enlighet med påtalade behov i äskandeförfarande.
<table>
<tr><td>Kollektivtrafik</td><td>4 %</td></tr>
<tr><td>Systemstöd för återsök av ekonomisk ersättning hälso-sjuk och tandvård</td><td>4 %</td></tr>
<tr><td>Informationsmaterial, översättningar hälso-sjuk och tandvård</td><td>4 %</td></tr>
<tr><td>Utbildning/ utveckling av vsh inom hälso-sjuk och tandvård</td><td>7 %</td></tr>
<tr><td>Utökad ersättning att kompensera för undanträngningseffekter Hälso- sjuk och tandvård.</td><td>81 %</td></tr>
</table></td><td></td><td>RS/
RUN</td><td></td></tr>
<tr><td><u>Intern fördelning av det extra statsbidraget för flyktingmottagandet 2017</u>
Fördelas utifrån påvisade behov med inriktning på de verksamheter som inte kostnads ersätts på annat sätt och då bland annat gällande förbyggande/ hälsofrämjande/ integrerande insatser.
<table>
<tr><td>Asyl-flyktinghälsan</td><td>14 %</td></tr>
<tr><td>Översättningar Patientinformation</td><td>4 %</td></tr>
<tr><td>Systemstöd VERA-asyl drift</td><td>1 %</td></tr>
<tr><td>Kollektivtrafik</td><td>4 %</td></tr>
<tr><td>Utbildning/utveckling/beredskap</td><td>13 %</td></tr>
<tr><td>Stimulansbidrag integration "praktikersättning"</td><td>4 %</td></tr>
<tr><td>Satsningar förebyggande/ hälsofrämjande för barn och unga samt mödravård</td><td>11 %</td></tr>
<tr><td>Utökad ersättning till Hälso-sjuk och tandvård som ej erhåller ersättning utifrån åtgärdsklassifikation</td><td>50 %</td></tr>
</table></td><td></td><td>RS /
RUN</td><td></td></tr>
<tr><td>Arbetet med att förbättra och förenkla återsök av kostnader för kostnadskrävande vård för asylsökande och varaktig vård för nyanlända fortsätter och extra statliga medel har nyttjats till inköp av systemstöd som ska säkra och optimera återsök, samt för statistikuttag och därigenom säkra möjlighet till erbjuden vård och uppföljning. Införandet pågår.</td><td></td><td>RS</td><td></td></tr>
</table>

11

Regionstyrelsens uppföljning 2017 om värdegrundsarbetet

RS/800/2017

2017-05-03

Kommunikationsavdelningen
Gun Kjellerstrand
Tfn: 070-5825150
E-post: gun.kjellerstrand@regionjh.se

RS/800/2017

Regionstyrelsens uppföljning 2017 om värdegrundsarbetet

Ärendebeskrivning

2016 övertog Kommunikationschefen ett uppdrag att leda projektet för att initiera ett värdegrundsarbete i Region Jämtland Härjedalen. Uppdraget innefattade att finna vägar och metoder för att starta en dialog om värdegrund. Huvudfokus låg på regionens uppdrag – de vi är till för, patienter och kunder - och baseras på regiondirektörens ledningsdeklaration. I uppdraget ingick även att alla medarbetare och förtroendevalda ska känna till och efterleva regionens kärnvärden: ”välkomnande, handlingskraftig, pålitlig”, stärka Region Jämtland Härjedalens varumärke samt bidra till att underlätta rekryteringar genom vårt bemötande och beteende.

En arbetsgrupp bestående av kommunikationschef, lean-samordnare, mångfaldsstrateg, personalstrateg, utvecklingschef och kommunikatör arbetade under 2016 fram en webbaserad och interaktiv medarbetarutbildning om bemötande. Utbildningen är grundläggande, den ska genomföras av samtliga medarbetare och förtroendevalda och målet var att samtliga skulle genomgått utbildningen under 2016. Det målet uppnåddes inte, vid årsskiftet hade cirka 2000 genomgått utbildningen, i nuläget cirka 2700. Påminnelser har gått ut på flera sätt. Kommunikationschefen har nu fått i uppdrag av regionledningen att förvalta befintlig medarbetarutbildning samt att tillsammans med en arbetsgrupp utveckla värdegrundsarbetet med nya verktyg och infallsvinklar. Arbetet beräknas påbörjas innan sommaren 2017. Regionledningen är beslutade organ.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsens uppföljning 2017 av värdegrundsarbetet godkänns.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Gun Råberg Kjellerstrand
Kommunikationschef

Utdrag till

Kommunikationschef

En region att längta till och växa i

En grundläggande medarbetarutbildning kring beteende och bemötande

Utbildning värdegrund

- Uppdrag från den politiska ledningen och regiondirektören
- Syfte:
  - Alla medarbetare och förtroendevalda ska känna till och efterleva regionens kärnvärden
    - Välkomnande, handlingskraftig, pålitlig
  - Att belysa vikten av gott bemötande och beteende
    - externt
    - internt
  - Stärka Region Jämtland Härjedalens varumärke
  - Bidra till att underlätta rekryteringar genom vårt bemötande och beteende

Baseras på regiondirektörens ledningsdeklaration

Region Jämtland Härjedalen har ledare och medarbetare som genom sitt beteende:

Skapar värde för den vi är till för

Är välkomnande mot alla

- praktiserar öppenhet och dialog
- bidrar till arbetsglädje
- agerar normvidgande

Visar handlingskraft

- utför dagens jobb och utvecklar morgondagens
- provar nya metoder och arbetssätt
- uppmuntrar till eget ansvar och kreativitet

Upplevs pålitliga

- värnar kvalitet och effektivitet
- ger återkoppling och söker lösningar

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Grundläggande nivå

- Individuell webbutbildning på grundnivå
- Implementering av fem delar:
  - värdegrund,
  - varumärke,
  - lean,
  - jämlik- och jämställd verksamhet,
  - medarbetarskap och arbetsmiljö
- Arbetsgrupp
- Referensgrupp

Körkort för anställning

- Obligatorisk för samtliga medarbetare och förtroendevalda
- Ett körkort för anställning – även nyanställda!
- Betonar beteendet!
- 40-tal bilder – 4 filmer, interaktiva uppgifter, reflektionsfrågor, information…
- Instruktioner i text och tal
- 1 – 1,5 tim – kan stoppas och återupptas när som helst
- Chefer genomför utbildningen först – efter det övriga medarbetare
- Fullgjord uppgift noteras i kompetenshanteringssystemet Saba

- **Hålls ständigt levande:** apt, flödesmöten, medarbetarsamtal, arbetsmiljöenkät…

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Fortsatt arbete

- **Förvaltningsansvar:** Kommunikationschef
- **Gruppering för utvecklingsansvar:**
  - Kommunikationschef – sammankallande
  - Utvecklingschef/Projektledare chefsutveckling
  - Sara Nilsson, teamledare Kommunikationsavdelningen
  - Jessica Isaksson, verksamhetsutvecklare, leancoach
  - Hanna Westerlund – HR-strateg
  - 1-2 medarbetare från HS – Anna-Karin Andersson + 1 medarbetare
  - 1 medarbetare från RUF – Anders Byström föreslår vem

Utveckla befintliga verktyg

- **Uppdrag utvecklingsgrupp:**
  - **Utveckla redan befintliga verktyg:**
    - **Medarbetarutbildningen** : utveckla och förfina
    - **A3**: hur jobbar vår enhet med våra kärnvärden?
    - **Leanspel:** kan genomföras vid behov och i mån av resurser

Utveckla nya verktyg

- **Bereda nya verktyg och arbetssätt, exempelvis:**
  - **Värdegrundsspel**
    - Kräver tid och resurser för att bli klart
    - Bör ingå i en större plan där uppföljning är tydlig
  - **Månadens dilemma:** centralt utskick till samtliga, diskuteras på apt, fikaraster mm…
  - **Verksamhetsbesök**: önskemål som kräver särskild kompetens och resurs
  - **Digitala verktyg:** Hur kan vi använda oss av exvis mentimeter i värdegrundsarbetet?
  - **Övriga förslag** från när och fjärran

Regionledningen är beslutande organ för genomförande

12

Regionstyrelsens uppföljning 2017 av internkontroll

RS/896/2017

2017-04-12

Sekretariatet
Daniel Nilsson
Tfn: 063-14 75 71
E-post: daniel.l.nilsson@regionjh.se

RS/896/2017

Regionstyrelsens uppföljning 2017 av internkontroll

Ärendebeskrivning

För en region finns lagkrav på intern kontroll (Kommunallagen) där det framgår att nämnderna skall var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Detsamma gäller när vården av en kommunal angelägenhet med stöd av 3 kap. 16§ har lämnats över till någon annan Lag (1999:621).

Regionstyrelsen har antagit en plan för internkontroll för 2017. De områden som ingår i planen är fakturahantering, attesteringsregistervård, lönehantering, uppdrag politiska beslut samt delegationsbestämmelser.
Uppföljning enligt bifogad plan.

Regiondirektörens förslag

Uppföljning av regionstyrelsens internkontrollplan godkänns.

Utdrag till

Organisation/person som protokollsutdrag och/eller yttrande ska skickas till.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Sekretariatet
Daniel Nilsson
Tfn: 063-14 75 71
E-post: daniel.l.nilsson@regionjh.se

2017-04-12

RS/896/2017

Uppföljning regionstyrelsens internkontrollplan

Risk	Konsekvens	Metod	Riskbedömning (kopplat till riskkarta)
Fakturaportalen – hantering av fakturor sker inte i tid	Påminnelseavgifter, inkassoavgifter	Upprätta rapport på kostnadsställesnivå för uppföljning av fakturahantering	32

Inkomna fakturor i Region Jämtland Härjedalen behandlas idag av respektive mottagare i den digitala fakturaportalen Raindance. I samband med att en faktura inkommer får dess ägare ett mejl som talar om att denne har en obehandlad faktura. I fakturaportalen framgår också vilken förfallotid fakturan har samt antal dagar till förfallodatum Om fakturan har förfallit framgår antal dagar sedan förfallodatum. Om fakturaägaren är för sen att behandla fakturan utgår, enligt gängse regler, en påminnelseavgift eller pålagd ränta på det obetalda beloppet.

Under det första kvartalet 2017 betalades fakturor för totalt 357 miljoner kronor efter förfallodatum. Majoriteten av dessa fakturor har betalts 2 – 3 dagar efter förfallodatum. Detta för att fakturaägaren attesterat fakturan på förfallodatum vilket inte är detsamma som betalningsdatum.
Granskningen har också visat att det sammanlagt är 886 fakturor som betalats 10 dagar eller mer efter förfallodatum. Totalt rör det sig om en summa på strax över 31 miljoner kronor.

Ett försenat fakturaflöde kan bero på flera saker.
Attestanter:

- Attestanter kan ha för mycket att göra. Fakturahanteringen prioriteras bort. Attestanten kan ha semester eller vara sjukskriven.
- Okunskap – brist på förståelse. Att inte betala fakturor i tid drabbar både Region Jämtland Härjedalen samt leverantören.

Korrekt att inte betala:

- Utredning avseende fullgjord leverans pågår. Fakturan ej satt i utredningsläge.

Felaktiga referenser:

- Kan uppstå på grund av att många inte vet vilken fakturareferens som ska uppges vid köp av icke upphandlade varor och tjänster. Felaktiga fakturareferenser medför detektivarbete på redovisningsenheten som måste leta mottagaren.

Samlingsfakturor

- Fakturor som ska attesteras av många och därmed ska cirkulera till samtliga kan ta tid. Här kan också okunskap om cirkulering vara ett problem.

För närvarande pågår ett projekt inom ekonomiavdelningen vars uppgift är att titta på och effektivisera/strama upp fakturahanteringen bland annat utifrån ovan nämnda problemområden.

Risk	Konsekvens	Metod	Riskbedömning (kopplat till riskkarta)
Attesteringsregistervård – ej överensstämmande register med systemattestering	Felaktiga attesterare finns	Upprätta rutin för uppdatering av attesteringsregister	32

Aktuella attesteringsregister har inte funnits i ledningssystemet, vilket har påpekats av revisorer. Samtliga områden har nu uppdaterat sina listor. För att kunna godkänna nya attestanter (enligt det nya attestreglementet) behövs ett beslut av regionstyrelsen. Detta beslut har inte tagits.

Risk	Konsekvens	Metod	Riskbedömning (kopplat till riskkarta)
Tidplan löner – ej i tid	Krävs manuell hantering. Personella och ekonomiska skador	Strama upp hanteringen kring löner så all dokumentation finns inför lönekörningar	32

Kontroll av försenade löneavdrag och löneutbetalningar har genomförts under månaderna januari – mars 2017. Kontrollen visade att det under den aktuella perioden fanns 57 ej genomförda löneavdrag varav 30 skulder berodde på förseningar/felaktigheter från verksamheten. Under samma period gjordes 27 extra utbetalningar varav 24 berodde på förseningar/felaktigheter från verksamheten. Samtliga försenade avdrag/utbetalningar måste hanteras manuellt vilket leder till ökad administration och löner till medarbetare som inte är initialt korrekta.

Risk	Konsekvens	Metod	Riskbedömning (kopplat till riskkarta)
Uppföljning politiska beslut	Politiska slut genomförs/ genomförs inte	Genomgång av beslutsprotokoll	32

Regionstabschef sammanställer samtliga beslut som fattas av politiken i ett beslutsprotokoll. Detta protokoll inklusive nuläge för samtliga uppdrag som getts tjänstemannaorganisationen presenteras för regionstyrelsen två gånger per år, nu senast vid regionstyrelsens sammanträde den 2-3 maj. Uppföljningen av politiska beslut är således god. Gällande ärenden som beslutats vid andra forum (t.ex. SVOM) finns det idag ingen direkt uppföljning och här finns en viss risk att ärenden kan försummas.

Risk	Konsekvens	Metod	Riskbedömning (kopplat till riskkarta)
Delegationsbestämmelser	Felaktiga beslut fattas.	Följ upp fattade delegationsbeslut och kontrollera delegat mot bestämmelser – se över delegations-bestämmelser	32

Vilka beslut som får fattas på delegation framgår av regionstyrelsens delegationsbestämmelser samt delegationsbestämmelser för regiondirektören i Region Jämtland Härjedalen. Antalet delegationsbeslut som anmälts till regionstyrelsen under första kvartalet 2017 är 34 till antalet. Vid kontroll av fattade delegationsbeslut mot aktuell delegationsbestämmelse har framkommit att en förbättring har skett sedan föregående kontroll 2016 avseende överenstämmelse delegat – beslutsrätt.
Det har dock framkommit att det funnits vissa oklarheter i de beslutade delegationsbestämmelserna. Samordningskansliet har under 2017 fått i uppdrag att revidera delegationsbestämmelserna. Detta arbete pågår för närvarande.

13

Uppföljning av regionstyrelsens verksamhetsplan 2017

RS/1563/2016

2017-05-24

Samordningskansliet
Sandra Hedman
Tfn: 063-147509
E-post: sandra.hedman@regionjh.se

RS/1563/2016

Uppföljning av regionstyrelsens verksamhetsplan 2017

Ärendebeskrivning

På regionstyrelsens sammanträde den 2 november 2016, § 219, fastställdes regionstyrelsens verksamhetsplan och uppföljningsplan för 2017. Verksamhetsplanen innehåller för varje strategiskt mål som regionfullmäktige beslutat om i regionplan 2017-2019 två aktiva mål och framgångsfaktorer i form av utvecklingsområden. Verksamhetsplanen innehåller också en uppföljningsplan som anger hur styrelsens verksamhet ska följas upp. I den anges bland annat när styrelsens framgångsfaktorer ska följas upp.

En rapport har upprättats som redovisar aktuellt läge per april 2017 för samtliga framgångsfaktorer. Sammantaget visar rapporten att för 59 framgångsfaktorer så är rätt åtgärder för att de ska vara uppfyllda till årets slut planerade och/eller påbörjade. För 25 framgångsfaktorer är rätt åtgärder utförda och framgångsfaktorn är uppfylld. För två framgångsfaktorer är fel åtgärder eller inga åtgärder planerade eller påbörjade. En framgångsfaktor har strukits.

Rapporten om framgångsfaktorerna är ett underlag i Region Jämtland Härjedalens övergripande uppföljning. Den ingår nu i tertialrapporten per april där måluppfyllelsen för regionfullmäktiges strategiska mål summeras. Men syftet med uppföljningen är också att uppmärksamma vilka områden som behöver insatser för att driva på arbetet och därmed förbättra måluppfyllelsen till årets slut. Det finns också anledning att göra vissa korrigeringar i verksamhetsplanen och anpassa vissa framgångsfaktorer efter rådande förutsättningar. Det gäller framförallt de framgångsfaktorer som bedömts svåra att uppfylla. Flera mål har också varit allt för otydliga och behöver konkretiseras.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsens verksamhetsplan för 2017 ska ändras i enlighet med förslag i upprättad bilaga ”Uppföljning av regionstyrelsens verksamhetsplan 2017 och förslag på justeringar”.

Utdrag till

Planeringsdirektör och förvaltningschefer

Uppföljning av regionstyrelsens verksamhetsplan 2017 och förslag på justeringar

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Sammanfattning/bakgrund

På regionstyrelsens sammanträde den 2 november 2016, § 219, fastställdes regionstyrelsens verksamhetsplan och uppföljningsplan för 2017. Verksamhetsplanen innehåller för varje strategiskt mål som regionfullmäktige beslutat om i regionplan 2017-2019 två aktiva mål och framgångsfaktorer i form av utvecklingsområden.

I den här rapporten redovisas en uppföljning per april 2017 av aktuellt läge för framgångsfaktorer. Sammantaget så visar rapporten att för 59 framgångsfaktorer så är rätt åtgärder för att de ska vara uppfyllda till årets slut planerade och/eller påbörjade. För 25 framgångsfaktorer är rätt åtgärder utförda och framgångsfaktorn är uppfylld. För 2 framgångsfaktorer är fel åtgärder eller inga åtgärder planerade eller påbörjade. En framgångsfaktor har strukits.

Syftet med uppföljningen är också att uppmärksamma vilka områden som behöver insatser för att driva på arbetet och därmed förbättra måluppfyllelsen till årets slut. Den här rapporten innehåller också förslag på vilka framgångsfaktorer som bör korrigeras och anpassas efter rådande förutsättningar samt förslag på vilka som bör tas bort.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING/BAKGRUND 2

1 FRAMGÅNGSFAKTORER 4

2 VÄRDEN 4

3 FÖRSLAG PÅ JUSTERINGAR 4

4 MÅLUPPFYLLELSE FRAMGÅNGSFAKTORER 7

4.1 Samhälle 7

4.2 Patient 11

4.3 Medarbetare 18

4.4 Verksamhetsresultat 22

1 Framgångsfaktorer

De aktiva målen och framgångsfaktorerna i regionstyrelsens verksamhetsplan är regionstyrelsens prioritering för 2017. Framgångsfaktorerna följs upp i samband med tertialrapport, delårsrapport per augusti och i årsredovisningen.

2 Värden

Framgångsfaktorerna har följts upp utifrån följande värden

	Rätt åtgärder är utförda. Inga ytterligare åtgärder behöver göras under 2017. Framgångsfaktorn är uppfylld.
	Rätt åtgärder för att framgångsfaktorn ska bli uppfylld till årets slut är planerade och/eller påbörjade.
	Fel åtgärder eller inga åtgärder är planerade eller påbörjade. Vad tänker du göra?

3 Förslag på justeringar

Utifrån uppföljningen finns anledning att göra vissa korrigeringar i verksamhetsplanen och anpassa vissa mål efter rådande förutsättningar. Det gäller framförallt de framgångsfaktorer som bedömts svåra att uppfylla till årets slut. En anledning till justering är också att flera mål varit allt för otydliga och behöver konkretiseras.

Följande framgångsfaktorer föreslås ska avgränsas och konkretiseras för att tydliggöra vad som ska göras under 2017:

- Nr 1 - Stimulera innovativa och framtidsinriktade lösningar för att möta hälso- och sjukvårdens utmaningar. Till exempel via glesbygdsmedicin och genom att agera testbädd för näringslivet. Genomföra beviljade Horizon 2020-projektet C3 cloud och Interregprojektet Vältel med hög kvalitet.
  Nytt förslag: *Etablerat eHälsocenter som nav för samverkan om e-hälsofrågor mellan det offentliga och näringslivet.*

- Nr 2 - Samordna och bygga upp medicinsk-, kultur- och psykologisk/psykiatrisk kompetens inom området genom utbildning av personal samt utarbeta hållbara rutiner med övriga aktörer i arbetet med flyktingmottagande.
  Nytt förslag:
  - *Utreda hur enhet för asyl-flyktinghälsa kan vara ett stöd till övriga verksamheter samt hur enheten kan främja positiv hälsoutveckling för asylsökande och nyanlända.*

  - *Genomföra regionövergripande utbildningar inom område asyl- och flyktingvård, där kulturkompetens ingår.*

- Nr 6 - Följa upp det suicidpreventiva arbetet i myndighetssamverkan för att uppnå målet om en nollvision vad gäller självmord.
  ***Nytt förslag**: Genom uppdrag till samordnare påbörja ett regionövergripande arbete med att följa upp och utveckla det suicidpreventiva arbetet.*

- Nr 9: Ungdomsmottagningarna och Barn- och ungdomspsykiatrin ska samarbeta med kommunernas elevhälsa förebygga psykisk ohälsa hos barn och ungdomar.
  ***Nytt förslag:** Etablera ett gemensamt chefsnätverk för BUP och elevhälsan där också ungdomsmottagningarna har möjlighet att delta.*

- Nr 12 - Kartlägga verksamhetens behov för att uppfylla barnkonventionen, och den kommande lagen.
  ***Nytt förslag:** Barnombudens roll ska ses över och utvecklas.*

- Nr 16: Vårdsökande med störst behov ska ha företräde till vården. Vården ska vara jämlik för kvinnor, män, flickor, pojkar, utrikesfödda och inrikes födda oavsett funktions -nedsättning, sexuell läggning, könsidentitet eller uttryck, ålder kulturell bakgrund, utbildning, bostadsort, ekonomiska förutsättningar eller annat.
  ***Nytt förslag:** Påbörja arbete med en övergripande handlingsplan för jämställdhetsintegrering i syfte att fungera som en plattform för jämställdhetsarbete.*

- Nr 17: Vården ska följas upp med könsuppdelad statistik och resultaten analyseras. Eventuella omotiverade skillnader och/eller likheter mellan män, kvinnor, flickor och pojkar avseende tillgång till vård, behandling, behandlingsresultat och bemötande ska åtgärdas. Åtgärderna ska följas upp för att säkerställa att åtgärderna ledde till en jämställd och jämlik vård.
  ***Nytt förslag:** Vården ska följas upp med könsuppdelad statistik där det är möjligt och resultaten analyseras för minst tre diagnoser. Där skillnader föreligger ska förslag på åtgärder lämnas.*

- Nr 18 - Alla patienter som besöker sjukvården ska vara välinformerade om sina läkemedel och ha kostnadseffektiva läkemedel.
  ***Nytt förslag:** Fler patienter ska få läkemedelsberättelse vid utskrivning från sluten vård.*

- Nr 20 - Tandhälsan för barn är ett prioriterat område. Där är det viktigt med samarbete mellan BVC och folktandvård för att stärka det förebyggande arbetet. – konkretisera hur samarbete ska stärkas.
  Nytt förslag:
  - *En översyn av screening frågorna om tandhälsa för BVC ska genomföras.*
  - *En journal granskning av 3-åringar remitterade till pedodontis ska genomföras.*

- Nr 21 - Andel patienter med behov av samordning från olika instanser som har en samordnad individuell plan ska öka jämfört med 2016.
  Nytt förslag: *Fler enheter ska tillämpa rutiner för samordnad individuell plan (SIP)och egenvård.*

- Nr 30 - Vårdkvalitet ska bibehållas eller förbättras utifrån resultat i prioriterade kvalitetsregister.
  Nytt förslag: *Vårdkvalitet ska bibehållas eller förbättras i minst tre stora patientgrupper utifrån resultat i kvalitetsregister.*

- Nr 36 – I samarbete med kommunerna erbjuda nyanlända en hälso- och sjukvård utifrån deras behov.
  Nytt förslag: *För att erbjuda nyanlända en hälso- och sjukvård utifrån deras behov samverkansrutiner utarbetas tillsammans med kommunerna och andra aktörer.*

- Nr 39 - Utifrån värdegrund och normkritiskt förhållningssätt identifiera brister och vidta åtgärder som stödjer professionellt bemötande.
  Nytt förslag: *Utvecklingsarbetet inom hälso- och sjukvården ska innehålla ett normkritiskt perspektiv med styrtalet "Andel utvecklingsarbeten som innehåller ett genusperspektiv ska öka".*

- Nr 54 - Modellen för arbetsvärdering ska följas upp ur ett jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv.
  Nytt förslag: *Uppdatera arbetsvärderingssystemet och utifrån det påbörja ett arbete med att följa upp modellen för arbetsvärdering ur ett jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv.*

- Nr 72 - Ekologisk hållbarhet: Region Jämtland Härjedalens miljö och klimatpåverkan ska minimeras. Till stöd för sitt inre arbete har verksamheterna certifierade ledningssystem ISO 14001 och EMAS. Inom alla verksamheter ska teknik, arbetssätt och transportsätt väljas, så att klimatpåverkan från tjänsteresor och transporter minskar.
  Nytt förslag: *Genom implementering av nya regler för resor, nyttjande av distansoberoende teknik och genomförande av de åtgärder som följer av CERO-arbetet ska klimatpåverkan från tjänsteresor och interna transporter minska.*

Följande framgångsfaktor stryks utifrån att arbetet med de här områdena är långsiktiga arbeten som pågår men som inte är möjliga att särskilt prioriteras under 2017:

- Arbeta mer aktivt med förebyggande insatser mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar. (nr 25)

- Primärvården ska vara styrande i hälso- och sjukvårdssystemet utifrån att den vårdsökande ska få hjälp så nära hemmet som möjligt.(nr 30).

- Samarbetet mellan kommunerna och Region JH bör prioritera gemensamt agerande när det gäller barn, unga, äldre och utsatta grupper. I samarbetet ingår familjecentraler, elevhälsa, ungdomsmottagningar och missbruksvård (nr 38).

- Kunskap och information om egenvård är en viktig del av vårdens utveckling. (nr 46)

4 Måluppfyllelse framgångsfaktorer

Nedan redovisas uppföljning av framgångsfaktorerna i regionstyrelsens verksamhetsplan per 30 april 2017. De framgångsfaktorer som är blåskuggade är de framgångsfaktorer som föreslås ska förändras i enlighet med avsnitt 3.

4.1 Samhälle

Fullmäktiges Strategiska mål	Framgångsfaktor	Läge 2017-04-30	Beskrivning av nuläget
Stimulera så att innovativa och framtidsinriktade idéer blir färdiga produkter och tjänster genom bra stöd, god beredskap och snabb hantering.	1. Stimulera innovativa och framtidsinriktade lösningar för att möta hälso- och sjukvårdens utmaningar. Till exempel via glesbygdsmedicin och genom att agera testbädd för näringslivet. Genomföra beviljade Horizon 2020-projektet C3 cloud och Interregprojektet Vältel med hög kvalitet.	→	Inom innovationsområdet har regionen under 2016 haft huvudansvaret för ett arbetspaket inom H2020. Innevarande år medverkar regionen i flera arbetspaket. Inom VälTel är organisatoriska grundstrukturen lagd och kontakter med kommuner i Norge och Sverige för information och behovsinventering. I ett delprojekt, om fickultraljud, har verksamhet startats.
Integration genomsyrar hela det regionala utvecklingsarbetet.	2. Samordna och bygga upp medicinsk-, kultur- och psykologisk/psykiatrisk kompetens inom området genom utbildning av personal samt utarbeta hållbara rutiner med övriga aktörer i arbetet med flyktingmottagande.	→	Enhet för asyl-flyktinghälsa har genom sitt utökade uppdrag ett ansvar att samla kompetens och arbetar för att förtydliga och göra verkstad av sitt nya uppdrag. Flera insatser är pågående bl.a. samverkan med MIUN och med specialistvården. SKL:s utbildningssatsning ”hälsa i Sverige för nyanlända och asylsökande” har i mars nått ut till 1600 personer i länet, via asylhälsans sjuksköterska som spridningsledare. Satsningar under planering gällande hälsofrämjande och förebyggande insatser. Samverkansrutiner och riktlinjer

Fullmäktiges Strategiska mål	Framgångsfaktor	Läge 2017-04-30	Beskrivning av nuläget
			gällande tillståndslösa och anhörig-invandrade är under utarbetande. Lägesrapport samt rapportering i styrgrupp mars 2017 har lyft fortsatta utbildningsbehov som sammanställs för prioritering av extra statliga medel.
	3. Arbeta fram en lokal modell för hur Region Jämtland Härjedalen kan hjälpa sjukvårdsutbildade personer som söker asyl eller fått uppehållstillstånd att få praktikplats eller ett arbete inom hälso- och sjukvården, får sin utbildning validerad och få sin legitimation.	→	Region Jämtland Härjedalens personalavdelning arbetar för närvarande fram en förtydligad modell för språkpraktik för nyanlända med akademisk hälso- och sjukvårdsbakgrund. Förutom språkpraktik ska modellen ge insyn och förståelse för hur svensk hälso- och sjukvård är uppbyggd och fungerar. Modellen ger också möjlighet för nyanlända att delta i internutbildningar anordnade av Region Jämtland Härjedalen. Modellen är framtagen från och i samarbete med Arbetsförmedlingen.
Förbättrad psykisk hälsa	4. Utveckla behandlingsmetoder och förebyggande insatser för psykisk hälsa.	→	Inom satsningen för bättre psykisk hälsa utvecklar primärvården och psykiatri stöd och behandling med hjälp av distansöverbryggande teknik. Arbetet ingår i Sveriges kommuner och landstings breddsatsning.
	5. Utveckla samverkan med Norge, Västerbottens läns landsting och Norrbottens läns landsting om stärkt psykisk hälsa bland samer.	→	Funäsdalens hälsocentral arbetar aktivt för att utveckla samverkan kring samiska patienter med SANKS och Röros i Norge. Ett kunskapsnätverk för samers hälsa håller på att inrättas i samverkan mellan Region Jämtland Härjedalen, Västerbottens läns landsting och Region Norrbotten. Här ingår psykisk ohälsa som en central del.
	6. Följa upp det suicidpreventiva arbetet i myndighetssamverkan för att uppnå målet om en nollvision vad gäller självmord.	→	Suicidprevention är ett prioriterat arbete i den nya handlingsplan som Regionen och Kommunerna har arbetat fram för att stärka psykisk hälsa i länet. För närvarande söks en samordnare av suicidpreventiva frågor som ska arbeta regionövergripande. Uppföljning och utveckling av det suicidpreventiva arbetet blir

Fullmäktiges Strategiska mål	Framgångsfaktor	Läge 2017-04-30	Beskrivning av nuläget
			prioriterade frågor för den nya samordnaren.
	7. Högre grad av samverkan och samarbete med andra särskilt skolan.	→	Chefsnätverk har bildats mellan BUP och länets elevhälsochefer. Gemensamt mobilt team för mellanvård bildat mellan BUP och Östersunds kommun. Ökad satsning på BUP:s filialteam för att stärka samverkan mellan BUP-elevhälsa och socialtjänst i länets ytterkommuner. Flera exempel finns t.ex. samarbete med Jämtlands gymnasium om HBTQ diplomering.
Hälsofrämjande och trygga levnadsvillkor och samordnad hälso- och sjukvård för minskade sjukskrivningstal	8. Utveckla rutiner för upptäckt av barn och unga som utsätts eller riskerar att utsättas för psykiskt och fysiskt förtryck.	→	Flera delar har utvecklats: bättre möjlighet att dokumentera våldsutsatthet i journalsystemet och därigenom lättare att kunna följa upp. Förbättrad dokumentation av orosanmälningar till socialtjänst. Utbildningssatsningar för alla medarbetare samt särskild utbildning av nyckelpersoner i verksamheten har skett i syfte att öka kompetens och följsamhet till rutiner.
	9. Ungdomsmottagningarna och Barn- och ungdomspsykiatrin ska samarbeta med kommunernas elevhälsa förebygga psykisk ohälsa hos barn och ungdomar.	→	Chefsnätverk mellan BUP och länets elevhälsochefer bildat, där ungdomsmottagningen har möjlighet att delta. Ungdomsmottagningen och BUP har inom satsningen för bättre psykisk hälsa påbörjat gemensamt arbete att hitta vägar att nå unga med psykisk ohälsa. Ett sätt att öka tillgängligheten är utveckling av distansöverbryggande teknik.
	10. Riskbruksverksamheten ska prioritera aktiviteter i syfte att minska tobaksbruket hos ungdomar inom handlingsplanen för en tobaksfri region 2025.	→	Ett flertal aktiviteter pågår för att minska tobaksbruk. Tobaksfri duo finns idag på 12 skolor i 4 kommuner i länet. Region Jämtland Härjedalen samordnar arbetet med Tobaksfri duo i länet i nära samverkan med kommunerna. Relevanta nätverk t.ex. FolkhälsoZ och BUZ är viktiga grupperingar för spridning av Tobaksfri duo.
	11. Tillsammans med kommunerna analysera resultat från hälsosamtal i	→	En länsrapport om Hälsosamtalet i skolan 2015-2016 är framtagen 2017 i samverkan med

Fullmäktiges Strategiska mål	Framgångsfaktor	Läge 2017-04-30	Beskrivning av nuläget
	skolan, med syfte förebygga övervikt och fetma hos barn och ungdomar.		representanter för skolsköterskor och elevhälsa. I rapporten redovisas resultat bland annat kring BMI. Presentation av resultaten har gjorts i ett flertal grupperingar både tjänstemanna- och politiska grupper inom Region Jämtland Härjedalen och kommuner.
	12. Kartlägga verksamhetens behov för att uppfylla barnkonventionen, och den kommande lagen.	→	I relation till att barnkonventionen ska implementeras är den mest uppenbara utmaningen att verksamheterna inte arbetar aktivt med artikel 3. Inget systematiskt arbete pågår i relation till artikel 3, *att barns bästa alltid ska komma i främsta rummet,* efter att arbetet inom nio områden inventerats. Fem områden uppger att man har intern barnkompetens som vid behov kan användas. Inget område uttrycker behov av stöd i arbetet med att säkerställa beaktandet av barns bästa. Vad gäller barns rättigheter såsom de är formulerade i befintlig nationell lagstiftning - t.ex. SoL 14 (anmälningsskyldigheten) och HSL 2g§ (anhöriga barn) - så uttrycks behov av fortsatt stöd. Särskilt gäller detta anmälningsskyldigheten. Antalet orosanmälningar ser ut att öka, men arbetsuppgiften beskrivs som svår.
	13. Region Jämtland Härjedalen ska ha ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetssätt (inom levnadsvanorna tobak, alkohol, motion, och goda matvanor).	→	Pågående eller utfört arbete inom levnadsvanorna är Startkampanjen - för att fler ska röra sig. Arbete med att senarelägga alkoholdebut och motverka drog och tobaksbruk bland ungdomar, ”Team 1217”. ”Stoppa langning” arbetet. ”Trygga och nyktra transporter” i samverkan med Jämtland Härjedalens idrottsförbund. Webbaserad levnadsvanetest. Kampanjen ”PÅ” för ökad kondomanvändning. Utdelning av kondomer på aktuella arenor, skolor samt via gratiskondomer.nu.

Fullmäktiges Strategiska mål	Framgångsfaktor	Läge 2017-04-30	Beskrivning av nuläget
			Planerat arbete är 100 % ren idrott v41, Riskbruksveckan 46, Tobaksfria veckan 47, planerad ”Ät smart” kampanj, ”Bra matvanor” (folktandvården), ”STOPP” kampanj för att fler ska sluta använda tobak.
	14. Arbeta efter långsiktig utvecklingsplan för att minska sjukskrivningar i länets befolkning.		Arbete pågår i enlighet med planen. Huvuddelen av aktiviteter är påbörjade. Sjuktalen i länet har sjunkit. Utfallet mars 2017 ligger bättre än planens målkurva.
	15. Region Jämtland Härjedalen ska vid utgång av 2018 ha stabila och fungerande rutiner för samordnad tidig rehabilitering och ha hög kompetens inom försäkringsmedicin.		Rutiner för Samordnad tidig rehabilitering (STR) har fastställts och arbetssättet implementeras nu på länets hälsocentraler. Vid STR-möten deltar vården, Försäkringskassa, Arbetsförmedling och Socialkontor. För att öka kompetensen i Försäkringsmedicin har Försäkringskassan och Regionens processledning under 2016/2017 besökt länets hälsocentraler för utbildning och dialog. Samtliga AT/ST-läkare erbjuds obligatorisk utbildning i Försäkringsmedicin. Därutöver kommer ny web-utbildning i Försäkringsmedicin att under år 2017 erbjudas samtliga läkare.

4.2 Patient

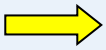
Fullmäktiges Strategiska mål	Framgångsfaktor	Läge 2017-04-30	Beskrivning av nuläget
Patientsäker jämlik och jämställd vård av god kvalitet efter behov	16. Vårdsökande med störst behov ska ha företräde till vården. Vården ska vara jämlik för kvinnor, män, flickor, pojkar, utrikesfödda och inrikes födda oavsett funktions -nedsättning, sexuell läggning, könsidentitet eller uttryck, ålder kulturell bakgrund, utbildning, bostadsort, ekonomiska förutsättningar eller annat.		Prioritering av vem som har störst behov av vården ingår alltid i kliniskt vårdarbete. Inom verksamheterna finns goda exempel (reumatologin) där jämlik- och jämställdhetsarbete pågår för att säkerställa att vården ges på lika villkor. Dock behövs fortsatt stöd för alla verksamheter att leva upp till jämlik vård.

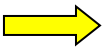
Fullmäktiges Strategiska mål	Framgångsfaktor	Läge 2017-04-30	Beskrivning av nuläget
	17. Vården ska följas upp med könsuppdelad statistik och resultaten analyseras. Eventuella omotiverade skillnader och/eller likheter mellan män, kvinnor, flickor och pojkar avseende tillgång till vård, behandling, behandlingsresultat och bemötande ska åtgärdas. Åtgärderna ska följas upp för att säkerställa att åtgärderna ledde till en jämställd och jämlik vård.		Könsuppdelad statistik redovisas oftast idag. Resultat från interna uppföljningar, öppna jämförelser/ vården i siffror och patientenkäter är underlag som används. Viss analys görs av resultaten. Dock osäkert om vi kan säkerställa att åtgärder följts upp.
	18. Alla patienter som besöker sjukvården ska vara välinformerade om sina läkemedel och ha kostnadseffektiva läkemedel.		Ett led till att patienterna ska få kunskap om sin läkemedelsbehandling är att de får med sig utskrivningsinformation inklusive läkemedelsberättelse och aktuell läkemedelslista vid utskrivning från sjukhuset. Under första kvartalet 2017 ses en marginell ökning av utskrivningsinformation jämfört med snittet för föregående år. 2016 års mätning påbörjades andra kvartalet
	19. Ytterligare minska och följa upp förskrivning av antibiotika.		Minskning med 5% av förskrivna recept per tusen invånare jämfört med Q1 2017, och en minskning med 2% jämfört rullande 12 månader. Tillsammans med verksamheten har Stramas ordförande arbetat med att förbättra användningen av antibiotika i samband med operation. Stramas ordförande har dessutom deltagit vid ett informationstillfälle för läkare med syfte att höja medvetandegraden för antibiotikaresistens och antibiotikaförskrivning.
	20. Tandhälsan för barn är ett prioriterat område. Där är det viktigt med samarbete mellan BVC och folktandvård för att stärka det förebyggande arbetet.		Screening av barn 0-2 år görs sedan 2014 i samarbete med sjuksköterskor på BVC. Andel screenade 2-åringar har ökat från 24 till 32,5 %, år 2016.

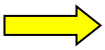
Fullmäktiges Strategiska mål	Framgångsfaktor	Läge 2017-04-30	Beskrivning av nuläget
			Andelen med tandvårdsåtgärder har ökat från 4,5 till 12 % år 2016. Under 2017 planeras översyn av screening verksamheten, och granskning av journaler till 3-åringar som remitterats till barntandläkare.
	21. Andel patienter med behov av samordning från olika instanser som har en samordnad individuell plan ska öka jämfört med 2016.	→	IT-stöd för samordnad individuell plan (SIP) är inte implementerat, vilket medför svårigheter att följa upp. Arbete med IT-stöd fortsätter med extern resurs. Utbildningsinsatser för SIP är genomförda.
	22. Fortsatt arbete inom Ledningskraft för att beakta de äldre och multisjukas behov av vård och kontinuitet i denna. Tillgång till specialistkompetens och teamresurser är viktigt för dessa grupper. Implementering av närvårdsteam ska följas.	↑	Ny uppdragsbeskrivning för Ledningskraft är klar. Mobilt närvårdsteam har startat.
	23. Vårdkvalitet ska bibehållas eller förbättras utifrån resultat i prioriterade kvalitetsregister.	→	I nuläget finns inga prioriterade kvalitetsregister i hälso- och sjukvårdsförvaltningens verksamhetsplan. Respektive verksamhetsområde ska analysera och ge förslag på prioritering av kvalitetsregister för att åstadkomma ökat användande av kvalitetsregistrens resultat.
	24. Implementera nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder och därigenom synliggöra det förebyggande perspektivet i vårdprocesserna. Det hälsofrämjande arbetssättet ska främja goda matvanor, fysisk aktivitet, minskat tobaksbruk och alkoholbruk.	→	Region Jämtland Härjedalen är medlem i hälsofrämjande hälso- och sjukvård där uppdatering av olika kunskapsdokument sker. Mall för dokumentation av levnadsvanor i journalsystemet COSMIC är framtagen. Utbildningsinsatser för personal inom Region Jämtland Härjedalen sker kontinuerligt.
	25. Arbeta mer aktivt med förebyggande insatser mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar.	→	Arbete pågår enligt FöräldraBarnhälsans vårdprogram. Detta är inom verksamhetens uppdrag.

Fullmäktiges Strategiska mål	Framgångsfaktor	Läge 2017-04-30	Beskrivning av nuläget
	26. Den reviderade rutinen "Att ställa frågan om våld och hantera svaret" ska tillämpas i högre utsträckning än 2016.		Informationsinsatser har givits och stöd har erbjudits till verksamheterna. Användande av mallen "våldsutsatthet och / eller oro för barn" i journalsystemet COSMIC har ökat, vilket tolkas som att rutinen används i ökad omfattning.
	27. Utveckla samarbete mellan primärvården, psykiatri och specialiserade somatiska vården för att tidigt identifiera riskpersoner för suicid.		Hur arbetet bedrivs beror delvis på om det är en vuxen eller ett barn eller ungdom. Barn- och ungdomsmedicin remitterar alla som inkommer pga. förgiftning orsakat av alkohol, droger eller avsiktlig överdosering av läkemedel till kontakt med barn- och ungdomspsykiatrin för uppföljning och bedömning. Samarbetsformer mellan vuxenpsykiatri och primärvård medicinska ledning finns. Översyn av handläggningsöverenskommelse och Zamsyns dokument om suicid pågår. Särskild samordnare för arbetet med förebyggande av självmord håller på att rekryteras.
	28. Identifiera behov av vårdnivå hos personer som ofta söker akut vård.		Tvåårigt projekt, "mångbesökarprojektet", är uppstartat under mars månad med 50 % sjuksköterskeresurs. Projektet syftar till att hitta sätt att identifiera personer som ofta söker akut vård och ta fram rutiner för bra omhändertagande.
	29. Bedriva ett aktivt patientsäkerhetsarbete i hela Region Jämtland Härjedalen och arbeta förebyggande för att minska vårdskador (t.ex. fall, trycksår, undernäring, blåsöverfyllnad). Arbetet		Tillsammans med kommunerna har analys av trycksår genomförts. Planering av "vårdrelaterade infektioner i fokus" pågår. Andra pågående aktiviteter är patientsäkerhetsdialoger,

Fullmäktiges Strategiska mål	Framgångsfaktor	Läge 2017-04-30	Beskrivning av nuläget
	ska i förekommande fall bedrivas tillsammans med kommunal vård.		hälsovalsuppföljning, hygienronder och förbättrad information till medborgare. Ny läkemedelsmodul i journalsystemet COSMIC med utbildningsinsatser är i startskede. Se även 18 och 19. Kvalitetsregistret Senior Alert nämner flera verksamhetsområden som grund för att förebygga att riskpatienter får vårdskador.
Region Jämtland Härjedalens vård ska så långt möjligt ges i hemmet eller så nära hemmet som möjligt	**30.** Primärvården ska vara styrande i hälso- och sjukvårdssystemet utifrån att den vårdsökande ska få hjälp så nära hemmet som möjligt.	→	Projekt - Läkare från specialiserade vården jobbar i primärvården. Samverkansarena med kommunen - fredagsgruppen
	31. Primärvården ska erbjuda de vårdsökande kontinuitet och vid behov ett multiprofessionellt omhändertagande.	→	Införande av arbetssätt med triage, införande av öppen mottagning/lättakut Identifiera mångbesökare/multisjuka
	32. Specialiserade vården ska tillsammans med primärvård och kommunal vård ändra arbetssätt för att delta i utveckling av vård i hemmet.	→	Ett närvårdsteam har startats för att kunna möta patienterna i deras hem. Teamet består av läkare och sjuksköterska. Projekt återinskrivningar
	33. Inom Region Jämtland Härjedalen och tillsammans med kommunerna utveckla nya arbetsformer för vård på distans och mobila lösningar,	→	Det finns flera goda exempel på utveckling av nya arbetsformer och mobila lösningar. Patienter, som ska förberedas inför PCI, kallas till hälsocentralerna i Strömsund och Sveg istället för Östersund. Personalen på hälsocentralen tar förberedande prover och hjälper till med uppkoppling av videomötet med PCI-lab i på sjukhuset. Barn och unga vuxna bjuder in sina patienter till möten på distans med syfte att nå de yngre på nyare sätt. Även dietisterna som oftare möter äldre personer kan med distriktssköterskan som mellanhand genomföra kontakten med personen kvar i hemmet.

Fullmäktiges Strategiska mål	Framgångsfaktor	Läge 2017-04-30	Beskrivning av nuläget
	34. Stöd ska ges till anhöriga som ger vårdande insatser i hemmet.		Stöd till anhöriga som ger vårdande insatser i hemmet är i första hand ett ansvar för kommunerna. Dock är kontakter med anhöriga väsentliga även inom regionens verksamheter och stöd till dem kan tillgodoses via t.ex. kontaktsjuksköterska eller kurator. Mobila verksamheter ger ett utökat stöd till anhöriga utöver sedvanligt stöd i samband med besök på hälsocentral eller sjukhus.
	35. Informera vårdsökande att använda 1177 vårdguidens webbplats: 1177.se med tillhörande e-tjänster (fd MVK).		Samtliga mottagningar arbetar aktivt för att patienter ska använda sig av 1177. Andel anslutna till e-tjänster (MVK) ökar, april 2017 ca 29 % av invånarna i Jämtland/Härjedalen
Fördjupat samarbete med kommunerna avseende barn, unga, äldre och utsatta grupper.	**36**. I samarbete med kommunerna erbjuda nyanlända en hälso- o sjukvård utifrån deras behov.		Ett gott samarbete finns i länet. Kommunala överenskommelser bör dock ses över under året 2017. Kontakter tagna för utarbetande av samverkansrutiner för att nå anhörig/anknytningsinvandrade med erbjudande om hälsoundersökning. Asyl-flyktinghälsan har under våren pågående informations/utbildningsinsatser utifrån SKL:s ”hälsa i Sverige för nyanlända och asylsökande” där kommunernas personal inom HVB-hem och integration, migrationsverket och civilsamhället ges uppdaterad information om att hitta rätt i vården för nyanlända
	37. Identifiera våldsutsatta personer och erbjuda ett fungerande omhändertagande.		Användande av mallen ”våldsutsatthet och / eller oror för barn” i journalsystemet COSMIC ökar. Se även 26. Alla gravida tillfrågas i vårdkedjan om våld och våld i nära relation vid ett särskilt besök på MVC.

Fullmäktiges Strategiska mål	Framgångsfaktor	Läge 2017-04-30	Beskrivning av nuläget
	38. Samarbetet mellan kommunerna och Region JH bör prioritera gemensamt agerande när det gäller barn, unga, äldre och utsatta grupper. I samarbetet ingår familjecentraler, elevhälsa, ungdomsmottagningar och missbruksvård.		Elevhälsan – överlämnande av bvc. journal till elevhälsan Handläggningsdokument/överenskommelse bl.a. gällande missbruksvård är under uppdatering med psykiatrin Filial ungdomsmottagningen startad i Strömsund
Bättre bemötande och anpassad kommunikation på patientens villkor	39. Utifrån värdegrund och normkritiskt förhållningssätt identifiera brister och vidta åtgärder som stödjer professionellt bemötande.		Medarbetarutbildningen klar men målet att samtliga ska ha gjort utbildningen 2016 uppnåddes inte trots upprepade påminnelser. Fortsatta diskussioner ska föras på arbetsplatsträffar.
	40. Tillämpa rutin för samtal med barn som anhöriga vid dödsfall och svåra sjukdomar.		De områden som berörs av rutinen känner till den. Fortsatta insatser behövs dock för att säkerställa att anhöriga barn får sina behov beaktade. En utbildning i BRA-samtal är inplanerad under hösten 2017
	41. Utveckla analys och styrning utifrån resultat av patientenkäter eller andra källor för patienters erfarenheter/synpunkter.		Under 2017 kommer nationella patientenkäter att genomförs. Analys av resultat kommer att genomföras, förberedelsearbete påbörjat. En annan källa som kan behöva utvecklas är användande av patienters uppfattningar om egna vårdens resultat, som finns i en del kvalitetsregister.
	42. Förbättra kommunikation med patient med hänsyn tagen till behov av tolk, skriftlig information om behandling, behov av teckenspråk, punktskrift.		Inom ramen för arbete med nationella minoriteter pågår översättning av texter till sydsamiska. Inom asylhälsan har insatser genomförts för att säkerställa att tolk finns tillgänglig då det behövs. Inom de verksamheter som nyanlända oftast besöker inom vården är kunskapen om betydelsen att tolka bra.
Öka patientinflytande	43. Öka patientmedverkan genom bland annat deltagande i förbättringsarbeten och i upprättandet av standardiserade vårdförlopp.		Det finns flera exempel på att patienter och i vissa fall anhöriga deltagit i förbättringsarbeten, alternativt att intresseföreningar haft representation. Så har skett i arbetena med standardiserade

Fullmäktiges Strategiska mål	Framgångsfaktor	Läge 2017-04-30	Beskrivning av nuläget
			vårdförlopp. Föreningen Jämtgubben har medverkat i översyn av patientflödet för prostata.
	44. I alla verksamheter ska patienterna ha inflytande och deras erfarenheter tas tillvara genom brukarråd eller på annat sätt.		Flera verksamheter har fungerande brukarråd eller patientgruppsrepresentanter. Om det inte finns brukarråd, arbetar verksamheterna för att möta intressenter på annat sätt.
	45. Arbeta för ett mer personcentrerat arbetssätt genom individanpassad information och använda personens egna resurser dvs vad denne kan göra själv.		Inom medicinska specialiteter har personcentrerat arbetssätt aktivt eftersträvats. Här prövas även särskild vårdplan i journalsystemet för detta. Personcentrerat arbetssätt och individanpassad information är en aktivitet i hälso- och sjukvårdsförvaltningens verksamhetsplan.
	46. Kunskap och information om egenvård är en viktig del av vårdens utveckling.		Underlag har tagits fram för att kunna arbeta vidare med frågan gällande vad egenvård kan vara och hur det kan beskrivas mellan huvudmännen
	47. Journal på nätet ska införas under 2017		Införandet går enligt plan beräknat start 171001

4.3 Medarbetare

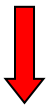
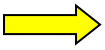
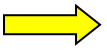
Fullmäktiges Strategiska mål	Framgångsfaktor	Läge 2017-04-30	Beskrivning av nuläget
Attraktiv arbetsgivare	48. Tydliga förväntningar på chefer i organisationen ger förutsättningar till ett gott ledarskap.		Projektledare Chefsutveckling är anställd och börjar 8/5.
	49. Vägledande för arbetsorganisationen ska vara att varje medarbetares kompetens används fullt ut. Alla ska synas och få återkoppling och vid behov stöd.		Årligen har medarbetare ett medarbetarsamtal. I mallen för samtalet finns bl a frågor om framtida behov av kompetensutveckling och förändring av arbetets innehåll. Även ett löneförberande samtal inför löneöversyn ges årligen. I det ingår det att prata om prestation och ge återkoppling

Fullmäktiges Strategiska mål	Framgångsfaktor	Läge 2017-04-30	Beskrivning av nuläget
			och feedback på det år som gått. Arbetsmiljöenkäten ger möjlighet till dialog på arbetsplatsen om arbetssätt, roller, ansvar och rutiner.
	50. Region Jämtland Härjedalen ska vara en attraktiv arbetsgivare för både kvinnor och män.		Syftet med Handlingsplanen för attraktiv arbetsgivare 2017-2019 är att vara attraktiv för både män och kvinnor. I handlingsplanen ingår aktiviteter med ett jämställdhets- och mångfaldsperspektiv.
	51. Alla medarbetare ska arbeta utifrån ett tydligt fokus på vilka Region Jämtland Härjedalen är till för, dvs patienter, kunder och brukare.		I Handlingsplanen för attraktiv arbetsgivare 2017-2019 är målet för chefer och medarbetare att se till medborgarnas och regionens behov. Där finns tydliga skrivningar om att varje medarbetare har stor betydelse för en framgångsrik verksamhet och ska bidra aktivt till verksamhetens behov, uppdrag och utveckling.
	52. Region Jämtland Härjedalen ska vara en hälsofrämjande arbetsplats med goda anställningsvillkor och tillgång till hälsofrämjande insatser.		Två gånger per år mäts arbetsmiljön via en enkät som går till alla medarbetare. Under 2017 gjordes det i slutet av februari. Indexet i oktober 2016 var 4,51 och index 2017 var 4,61
	53. Regionens värdegrund ska vara vägledande i medarbetarnas vardag för att utveckla arbetsmiljön och därmed stärka bemötande och värdskap.		Under hösten 2016 och början av 2017 ska alla medarbetare gå en webbutbildning i värdegrund/varumärket. I nuläget har 2700 gått utbildningen. Påminnelse om utbildningen har gått ut.
	54. Modellen för arbetsvärdering ska följas upp ur ett jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv.		Ännu ej påbörjat arbetet men beräknas starta efter sommaren. Hela systemet för arbetsvärderings ska ses över och ska vara klart tidig höst för att användas för årliga lönekartläggningen och löneanalys.
	55. Forskning och innovation ska stimuleras. Region Jämtland Härjedalen ska vara en lärande organisation där spridning av		Kommunikations- och FoU-enheten har i uppdrag att arbeta med en dynamisk aktivitetsplan för att fler

Fullmäktiges Strategiska mål	Framgångsfaktor	Läge 2017-04-30	Beskrivning av nuläget
	förbättringsarbeten och forskningsresultat är en naturlig del av verksamheten. Region JH ska erbjuda kvinnor och män i flera yrkesgrupper att delta i forskning, även på deltid.		medarbetare/medborgare ska få kännedom om den forskning som görs inom regionen och att regionen ligger i framkant när det gäller forskning. Ett kontinuerligt arbete pågår för att skapa, och ständigt förbättra, den akademiska miljön som stimulerar till forskning och vidareutbildning för regionens anställda. Under 2016 togs beslut om att minska FoU-medlen med 1,5 miljoner kr. På sikt bidrar detta beslut till en avstannande progress när det gäller att bygga upp den akademiska miljön inom organisationen.
En god arbetsmiljö	56. Alla medarbetare ska vara delaktiga och ha inflytande i den egna verksamhetens planering och dess utveckling.	↑	I arbetsmiljöenkäten finns frågor om delaktighet och självbestämmande på arbetsplatsen. Delaktighet / Självbestämmande : Det finns påverkansmöjligheter på den egna arbetssituationen Resultat 4,,29 (oktober 2016 4,30) Jag tycker att jag kan påverka hur arbetet organiseras på min arbetsplats Resultat 4,06 (oktober 2016 4,04)
	57. Mångfald, i betydelsen inkludering prioriteras i såväl den inre organisationen som samverkan mellan förvaltningar är en nödvändighet för kompetensförsörjningen.	↑	Under 2016 (heltid) och 2017 (50%) har en etableringskoordinator varit anställd för att stödja nyanlända i vår organisation. Ett flertal har placeringar som språkpraktikanter inom organisationen och två personer har vikariat som läkarassistent.
	58. Teknikutveckling inom Region Jämtland Härjedalens verksamheter ställer krav på att medarbetare och chefer erbjuds fortbildning.	→	Samtal förs med bl a MIUN för att utbilda och förbereda studenter inför yrkeslivet. Nya möten bokade med MIUN för att fortsätta samtalen.
Kompetensutveckling och karriärvägar	59. Utveckla chefsrollen och etablera chefsnätverk.	→	Se punkt 48

Fullmäktiges Strategiska mål	Framgångsfaktor	Läge 2017-04-30	Beskrivning av nuläget
	60. Alla medarbetare ska ha en individuell kompetensutvecklingsplan.	→	I mallen för medarbetarsamtal finns mall för kompetensutvecklingsplan. I nya kompetenshanteringssystemet kommer chef och medarbetare att få stöd i dokumenteringen.
	61. Arbetsgivaren ska ta tillvara såväl kvinnliga som manliga medarbetare som har intresse av ledarskap	→	Under våren 2017 har annonsering om att söka chefaspirant utbildningen gått ut. Många sökanden och urval pågår
	62. Karriärvägar för alla yrkeskategorier ska finnas samt möjlighet till utveckling genom utbildning.	→	I nuläget är modellen för karriärvägar framtagen för sjuksköterskor, undersköterskor och psykologer fastställda. För dessa grupper pågår verksamhetsanpassning. För fysioterapeuter, arbetsterapeuter är det på gång arbetsgrupper.
En kompetensförsörjning som understödjer omställning till framtidens behov	63. Inventera kommande kompetensförsörjnings-behov. Framåtsyftande kompetensförsörjning med hänsyn tagen till befolkningens behov av vård.	↑	Kompetenskartläggning är genomförd. Utifrån kartläggningen pågår analys och framtagande av åtgärder på regionnivå.
	64. Region Jämtland Härjedalen är en god förebild för elever och studenter inom olika vårdutbildningar.	↑	Marknadsföring och träffar med studenter pågår. Sjuksköterskestudenterna träffar regionen termin 3,5 och 6. Termin 3 är träffen av välkomnande karaktär inför deras första placering inom regionen.
	65. Aktivt arbeta för att studenter blir framtida medarbetare.	→	Enhetschefer och medarbetare försöker hala tiden peppa aktuella studenter att bli framtida kolleger eller vidareutbilda sig inom området inför framtiden område kvinna
	66. Olikheter bland medarbetare ska värdesättas genom att inkludera medarbetare från t.ex. andra länder och kulturer	↑	Försöker bland ansökningar se om det finns sökande från annan kultur. Det är intressant och viktigt för verksamheten. Område Kvinna
Minskade sjuktal för Region JH:s medarbetare	67. Region Jämtland Härjedalen ska tillsammans med arbetsförmedlingen, försäkringskassan med flera arbeta med ett långsiktigt utvecklingsarbete för att minska den höga andelen sjukskrivna.	↑	Tillhör 68 Arbete pågår i enlighet med planen. Sjuktalen utvecklas positivt i Jämtlands län och hos Region Jämtland Härjedalen som arbetsgivare.
	68. Arbeta utifrån långsiktig plan för minskade sjukskrivningar	↑	Regionens sjuktal har sänkts från 7,2 till 6,5 i jämförelse med samma period förra året. Ett aktivt arbete pågår med att sänka sjukfrånvaron.

4.4 Verksamhetsresultat

Fullmäktiges Strategiska mål	Framgångsfaktor	Läge 2017-04-30	Beskrivning av nuläget
God ekonomisk hushållning	69. God ekonomisk hushållning innebär att Region Jämtland Härjedalen ska uppnå och bibehålla en styrka i ekonomin och långsiktigt följa principen att varje generation jämställt och solidariskt bär kostnaden för den service som den konsumerar och beslutar om.		Uppnås inte i nuläget. Visar fortsatt prognostiserat underskott och ackumulerat underskott är inte återställt, vilket gör att vi lånar av oss själva. Målet är att ta fram åtgärder för att nå en ekonomi i balans men nuvarande åtgärder är uppenbarligen inte tillräckliga.
	70. Om ny verksamhet bedöms nödvändig ska den finansieras antingen genom ökade intäkter eller genom att fördela om befintlig verksamhet.		Ett arbete som pågår idag då inga beslut tas som inte är finansierade. Varje förändring prövas noggrant.
	71. Bevaka och vidta ytterligare åtgärder för att uppnå målen i finansplanen.		Arbetet med resultatförbättrande åtgärder pågår ständigt och kompletteras allt eftersom det visar sig behövas.
Långsiktigt hållbar verksamhet	72. Ekologisk hållbarhet: Region Jämtland Härjedalens miljö och klimatpåverkan ska minimeras. Till stöd för sitt inre arbete har verksamheterna certifierade ledningssystem ISO 14001 och EMAS. Inom alla verksamheter ska teknik, arbetssätt och transportsätt väljas, så att klimatpåverkan från tjänsteresor och transporter minskar.		Klimatpåverkan från tjänsteresor och transporter har ökat de senaste åren, så att vända trenden och åstadkomma en minskning är en väldigt stor utmaning. Genom den analys av resor som gjordes i början av året, tillsammans med framtagande av åtgärder/handlingsplan med CERO-metoden samt intern reserådgivning, finns ändå ett antal åtgärder planerade. Satsningarna på distansoberoende teknik kan också medföra minskat resande och om det får den effekten så kan det också ge minskning av klimatpåverkan. Om dessa åtgärder är tillräckligt för att åstadkomma en minskning av klimatpåverkan från resor redan under 2017 ä dock högst oklart.
	73. Social hållbarhet: Region Jämtland Härjedalen ska genom sitt utvecklingsuppdrag verka för ett socialt hållbart samhälle. Det innebär att alla individer får sina rättigheter respekterade. Alla ska på lika villkor erbjudas en livsmiljö där de kan		Se framgångsfaktor 1.

Fullmäktiges Strategiska mål	Framgångsfaktor	Läge 2017-04-30	Beskrivning av nuläget
	tillgodogöra sig kunskap, utvecklas och ha en god hälsa.		
	74. Ekonomiskt hållbart definierar Region Jämtland Härjedalen som god ekonomisk hushållning.		Innebär ett överskott på 2 procent. Under innevarande planperiod bedöms inte målet vara rimligt fram till 2019.
	~~*75. Verksamheterna ska ha beredskap för arbete med regionbildning i Norrland om riksdag och regering fattar sådant beslut.*~~		EJ AKTUELL
Effektiva processer	76. Utvecklingsarbetet med effektiva processer ska ha följande fokuseringar: - god tillgänglighet – god patientsäkerhet – god kvalitet – jämlik och jämställdhet – effektiv rekrytering av personal samt minskade sjukskrivningar i länet.		Plan för hur samtliga enheter ska införa Produktionsplaner har upprättats. Likaså arbete med väntelistor och telefontillgänglighet. Distansöverbryggande teknik möjliggör ökad tillgänglighet inom PV. Arbete med införande av SVF pågår. Arbete med rehab koordinatorer minskar sjukskrivningar. Systematiskt patientsäkerhetsarbete. Uppföljning av könsuppdelad statistik.
	77. Förbättra resultaten avseende tillgänglighet till vård genom systematiskt arbete med produktions- och kapacitetsplanering, förhållningssätt enligt Lean och standardiserade arbetssätt, t.ex. SVF.		Produktionsplaner har tagits fram till majoriteten av mottagningarna inom medicin. Kvarstår att arbeta verksamhetsnära med planerna samt ta fram kapacitetsplaner. De flesta verksamheter inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen arbetar systematiskt med produktions – och kapacitetsplanering. Dock har detta arbete ännu inte fått utfall på tillgängligheten i någon större utsträckning. En orsak till detta är att arbetet innebär förändrade arbetssätt vilket tar tid att genomföra.
	78. Förbättra effektiviteten genom att beskriva vårdens processer och komma överens om ansvar mellan de specialiteter som är involverade i aktuell process.		Processkartläggning och klargöra ”vem gör vad” pågår inom hela medicinområdet.(medicin gul) Standardiseringar såsom SVF, förändrade arbetssätt och kompetensförskjutningar pågår inom flera områden./
	79. Effektiva processer innebär bland annat att rätt kompetens utför respektive arbetsuppgift i rätt tid.		Kompetensförskjutning pågår inom flera områden.

Fullmäktiges Strategiska mål	Framgångsfaktor	Läge 2017-04-30	Beskrivning av nuläget
	80. Vårdens processer ska följas upp utifrån faktabaserade underlag. In – och utprioriteringar ska ske i öppna processer.	→	Uppföljning av nyckeltal görs regelbundet i samtliga ledningsgrupper.
	81. Alla medarbetare ska ha tillgång till resultat för enhetens viktigaste nyckeltal (kan vara från kvalitetsregister, intern uppföljning eller underlag från prodiver).	↑	Intern uppföljning sker på enhetsnivå, områdesnivå, förvaltningsledning och regionledning. Samtliga enheter inom hälso- och sjukvården har måltavlor som kan följas månadsvis av medarbetarna
	82. Inköp ska göras ur ett hållbarhetsperspektiv som prioriterar hänsyn till miljö och hälsa.	↑	I samband med upphandling ställs relevanta krav i enlighet med upphandlingspolicyn, organisationens regler för hållbar upphandling samt Upphandlingsmyndighetens kriteriedokument gällande miljö. I samtliga dokument tas hänsyn till både miljö och hälsa.
	83. Energianvändningen ska fortsätta minska så att de långsiktiga målen nås.	→	Vi kommer att klara uppdraget under året om det inte blir några störningar som vi inte kan påverka ex mycket kallt år.
	84. Socialt ansvar ska beaktas vid upphandling av tjänster och produkter.	↑	I upphandlingspolicyn framgår att upphandling ska ske utifrån miljöhänsyn och miljö samt sociala hänsyn där så är möjligt. Exempel på sociala hänsyn är kollektivavtalsenliga villkor, antidiskrimineringsklausuler, krav med särskilt fokus på hållbar utveckling i främjande av ekologiska och rättvist producerade produkter. I varje enskild upphandling övervägs vilka krav som ska ställas bland annat utifrån ovanstående. Vi arbetar även nationellt med en uppförandekod för leverantörer där vi ställer krav på bl.a. FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna (1948) -ILO:s åtta kärnkonventioner.
Fördjupat samarbete för att minska kostnader och öka intäkter	85. Verkställ åtgärdspaketen i långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning.	→	1. Akut omhändertagande, PCI infört, resultatförbättring uppnådd under 2016. 2. Sjukresor: Mål 5 mkr för helår 2017. Kostnaderna minskade första tertialet med 0,3 mkr (-2,7 %). Utredning av sjukresor i egen regi pågår.

Fullmäktiges Strategiska mål	Framgångsfaktor	Läge 2017-04-30	Beskrivning av nuläget
			4. Effektivisera lokal/resursutnyttjande inom sjukhuset: Mål 2 mkr 2018. En utredning gjord men inga resultatförbättringar identifierade. 6. Förändra strukturen för primärvården: Mål 8 mkr för helår 2017. Ingen resultatförbättring första tertialet 2017. 7. Förändra strukturen för folktandvården. Målet uppnått 2015 och 2016. 8. Minskning av administrativa och regionövergripande kostnader. Målet uppnått 2015 och 2016. 9. Intäkter. Den största effekten av höjningen 1 april 2016 av patientavgifter för öppenvård, kom 2016. Under första tertialet 2017 steg intäkterna från patientavgifter öppenvård med 0,1 mkr (+0,4 %). Om intäkterna korrigeras för att mammografi och vård för personer över 85 år blev kostnadsfri 1 januari 2017, steg intäkterna från patientavgifter med 1,6 mkr (+8,4 %). 9. Slutenvårdsavgifterna höjdes per 1 okt 2016. Ökningen första tertialet blev 0,4 mkr (+17 %). 10. Förhindra inläggning/minska antalet färdigbehandlade patienter på vårdavdelning. Mål 10 mkr 2017. Ingen effekt än. 11. Vårdflöden psykisk ohälsa. Mål 2 mkr 2017. Ingen effekt än. 12. Läkemedelshantering. Mål 5 mkr 2018. 13. Hemtagning riks- och regionvård. Måltidpunkt 2018. 14. Samverkan med kommunerna och gemensamma funktioner. Måltidpunkt 2017. Diskussioner påbörjade. 15. Samverkan med landstinget Västernorrland. Mål 10 mkr 2018. 16. Samarbete kring labverksamhet. Mål 2-4 mkr 2016. Ej uppnått. 17. Minskad sjukskrivning. Mål 2 mkr 2017. Sjukskrivningarna har börjat minska.
	86. Verkställa åtgärdsplan efter 20151111.		Regionstyrelsen fick i januari 2017 en återredovisning och därmed har ärendet avslutats. De återstående punkterna hanteras som särskilda ärenden eller

Fullmäktiges Strategiska mål	Framgångsfaktor	Läge 2017-04-30	Beskrivning av nuläget
			infogas i andra pågående åtgärder.
	87. Verkställa regionstyrelsens beslut februari 2016 om åtgärder.		En genomlysning av område Kirurgi har verkställts och pågår i form av OPUS 2020. Minska antalet arbetade timmar till 2013 års nivå har omformulerats i mars 2017 till ett ekonomiskt mått. Vilket även kan kopplas till att

14

Svar på granskning av egenkontrollen- en del i patientsäkerhetsarbetet

RS/223/2017

2017-05-03

Patientsäkerhet
Maria Omberg
Tfn:
E-post: maria.omberg@regionjh.se

RS/223/2017

Svar på granskning av egenkontrollen- en del i patientsäkerhetsarbetet

Ärendebeskrivning

Revisionskontoret har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna genomfört en granskning av patientsäkerhetsarbetet. Granskningen har syftat till att ta reda på om regionstyrelsen har en tillfredsställande styrning, kontroll och uppföljning av patientsäkerhetsarbetet som avser verksamhetens egenkontroll. Resultatet av granskningen redovisas i rapporten Granskning av egenkontrollen- en del i patientsäkerhetsarbetet.

Regionens revisorer vill att regionstyrelsen redovisar vilka åtgärder som styrelsen vidtar eller avser vidta med anledning av granskningsresultatet senast 1 juni 2017.

Ett förslag till svar på granskningen har upprättats inom område Patientsäkerhet.

Regiondirektörens förslag

Upprättat förslag till svar på granskning av egenkontrollen- en del i patientsäkerhetsarbetet, daterad 2017-05-03, antas.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Maria Omberg
Chef Område patientsäkerhet

Utdrag till

Chef Område patientsäkerhet
Utdrag och svar skickas till regionens revisorer

Dnr:RS/223/2017

Maria Omberg
Patientsäkerhet
Tfn: 063-154303

Svar på revisionsrapport REV/19/2016

Svar på granskning av egenkontrollen – en del i patientsäkerhetsarbetet

Revisionskontoret inom Region Jämtland Härjedalen har på uppdrag av förtroendevalda revisorer genomfört en granskning av patientsäkerhetsarbetet. Syftet har varit att ta reda på om regionstyrelsen har en tillfredsställande styrning kontroll och uppföljning av patientsäkerhetsarbetet som avser verksamhetens egenkontroll.

Regionstyrelsen välkomnar rapporten som behandlar ett viktigt område. Rapporten identifierar utvecklings- och förbättringsområden. Som revisorerna själva noterar i rapporten är granskningsresultaten inom en rad områden kända och åtgärder är utförda. Inom ett antal områden pågår eller planeras för förbättringsarbete. Andra delar i rapporten uppmärksammar områden där ytterligare åtgärder behövs.

Revisionen baseras på följande frågor,

- Finns en tillfredsställande styrning av arbetet med egenkontroll i form av rutiner och riktlinjer?
- Finns tydlig ansvarsfördelning och organisering av arbetet med egenkontrollen?
- Finns tillfredsställande förutsättningar i form av tid, kompetenser, IT-stöd etc. för att tillgodose egenkontrollen?
- Finns en tillräcklig uppföljning och analys?
- Tillvaratas resultatet av uppföljning och analys på ett tillfredsställande sätt i planeringen av patientsäkerhetsarbetet?
- Sker en tillfredsställande återföring av rapporterade avvikelser till berörda?
- Sker en tillfredsställande spridning av resultaten från egenkontrollen till andra enheter?
- Sker en tillfredsställande återrapportering av egenkontrollen t.ex. i form av patientsäkerhetsberättelse?

Rapportens har avgränsats till Område Patientsäkerhet, Kirurgi, Ögon och Öron, Hjärta, Neurologi och Rehabilitering samt Akutvård

Revisionens bedömning och förslag samt regionstyrelsens svar

Revisionens sammanfattande bedömning på de ställda frågorna är att Region Jämtland Härjedalen delvis uppfyller sex av dessa. På fråga om det sker en tillfredsställande spridning av resultaten från egenkontrollen till andra enheter är bedömning att så inte är fallet.

Styrning av arbetet med egenkontroll

Som revisionsrapporten noterar uppmärksammade Region Jämtland Härjedalen under 2016 brister i styrning av patientsäkerhetsarbetet och vidtog åtgärder. Bland annat har regionstyrelsen nu mätbara mål för patientsäkerhet i sin verksamhetsplan, patientsäkerhet är en stående punkt vid hälso- och sjukvårdsförvaltningen ledningsmöten. Den övergripande handlingsplanen för patientsäkerhet reviderades inför 2017 vilket innebar en minskning av antal mål och aktiviteter i syfte att åstadkomma förbättrad styrning. Regionövergripande mål presenteras för regionstyrelsen vid tertial, delårs och årsbokslut. Rapporten föreslår revidering av Patientsäkerhetsstrategin, vilket är inplanerat att starta upp under hösten 2017.

Ansvarsfördelning och organisering

Rapporten uppmärksammar att regionstyrelsen förbisett att ansvarsfördelningen av patientsäkerhetsarbetet inte fastställts på rätt nivå. Detta har regionen tagit till sig och åtgärdar. Rutiner som säkerställer information om vem som är verksamhetschef och vem som ersätter vid frånvaro saknas. Regionstyrelsen avser att uppdra till Regionstaben att ta fram sådana rutiner.

Region Jämtland Härjedalen har valt att inte att följa förslaget om förändringar i chefläkartjänsten/uppdraget innehåll i enlighet med svaret på förstudien 2012-2013. Ansvaret för att ta beslut om åtgärder och genomföra samt följa upp åtgärderna och effekter vid allvarliga vårdskador åvilar verksamhetschef och i vissa fall förvaltningschef. Område Patientsäkerhet har i sin stabsroll i uppdrag att följa upp patientsäkerheten och lyfta avvikelser till Hälso- och sjukvårdsdirektör. I nuvarande tjänstemannaorganisation har man inte funnit det ändamålsenligt att lägga specifika mandat på personbundna funktioner till exempel chefläkare och hygiensjuksköterska. Befogenheter och uppföljningsansvar följer i linjeorganisationen. Regionstyrelsen avser därför inte att genomföra åtgärder enligt tidigare förslag.

Förutsättningar i form av tid, kompetenser, IT-stöd etc.

Nytt förslag för förbättrad och förenklad hantering av avvikelser presenterades för HS-ledningen 2017-04-06. Planerat införande under hösten 2017. Specialsatsning för att avsluta avvikelser har gjorts under våren 2017.

Ett kommande och viktigt verktyg för egenkontroll är Infektionsverktyget, vilket är ett nationellt IT-stöd för att dokumentera, lagra och återkoppla information om vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning. Syftet med Infektionsverktyget är att förebygga vårdrelaterade infektioner, förbättra följsamhet till behandlings-rekommendationer samt att minska bruket av bredspektrum antibiotika. Förvaltning inkluderat resursbeskrivning är under framtagande och klart för beslut under försommaren 2017.

Ett förbättringsområde som revisionsrapporten påtalar är verksamheternas behov av utbildning inom patientsäkerhet. Socialstyrelsen kommer i maj med kunskapsstöd för patientsäkerhet och kommer troligen att ta fram en webutbildning. Regionen avser att använda detta.

Planering för ett Samverkansforum pågår. I forumet ska Patientnämnd, Område Patientsäkerhet, verksamhetschefer och enhetschefer ingå. Även patientrepresentation ska ingå. Förslag kommer under våren 2017.

Uppföljning, analys och återrapportering

Att förbättra patientsäkerhetsberättelsen är ett ständigt pågående arbete. Det gäller såväl innehåll som analys av innehåll och uppföljning. Inför patientsäkerhetsberättelsen för 2016 infördes en ny modell där verksamheterna besvarade övergripande och verksamhetsspecifika frågor. Modellen utvärderades under våren 2017 och har i samverkan med verksamhetschefer omarbetats till en modell som kan användas för egenkontroll såväl som underlag till regionens patientsäkerhetsberättelse.

Patientsäkerhet är ett av Regionstyrelsens aktiva mål, *Andel vårdskador ska minska.* Uppföljning sker i maj och oktober samt i bokslutsrapport.

Tillvaratagande av resultatet av uppföljning och analys

Verksamheternas tillvaratagande av resultatet av uppföljning och analys presenteras i respektive patientsäkerhetsberättelse. Uppföljning sker inom varje område samt av Område Patientsäkerhet vid verksamhetsområdenas patientsäkerhetsdialoger.

Spridning av resultatet från egenkontrollen

Avvikelsehanteringen är föremål för förbättringsåtgärder. Som tidigare nämnts har Område Patientsäkerhet presenterat en rad förbättringsåtgärder som bland annat kan innebära förbättrad återkoppling till rapportör.

Rapporten påtalar behov av spridning av resultat från egenkontroll och patientsäkerhetsarbeten. En åtgärder som kan förbättra detta är det forum för samverkan som startar upp i april. Verksamhetsutvecklare, Område Patientsäkerhet, vårdstrateg och representant för Hälso-och sjukvårdsdirektör ingår. Forumet har bland annat i uppgift att presentera och analysera verksamhetsresultat och sprida förbättringsåtgärder.

För att delge medborgare och personal resultat av egenkontroll och patientsäkerhet har Område Patientsäkerhet startat upp samverkan med kommunikationsavdelningen. Planering pågår för resultatspridning i väntrum och offentliga lokaler såsom sjukhusets entré.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Ann-Marie Johansson
Regionstyrelsens ordförande

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Regionens revisorer

2017-01-23

Dnr: Rev/19/2016

Certifierad revisor Jan-Olov Undvall
Tfn: 063-147524

Regionstyrelsen

Granskning av egenkontrollen- en del i patientsäkerhetsarbetet

Revisionskontoret inom Region Jämtland/Härjedalen har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna genomfört en granskning av patientsäkerhetsarbetet.

Granskningen har syftat till att ta reda på om Regionstyrelsen har en tillfredsställande styrning, kontroll och uppföljning av patientsäkerhetsarbetet som avser verksamhetens egenkontroll.

Resultatet av granskningen redovisas i bifogad revisionsrapport.

- Vi anser att det funnits vissa brister i styrningen av patientsäkerhetsarbetet för 2016. Dock har vi noterat att åtgärder har vidtagits för att förbättra styrningen inför 2017, framförallt att regionstyrelsen har beslutat om mätbara mål för patientsäkerhet i sin verksamhetsplan, samt att patientsäkerhet blir en stående punkt vid hälso- och sjukvårdsdirektörens ledningsmöten.
- Det finns rutiner och riktlinjer för patientsäkerhetsarbetet. Vi bedömer dock att det kan finnas anledning att se över i vilken omfattning dessa är kända inom vårdverksamheten.
- Enligt lag skall patienten informeras i de fall de drabbats av en vårdskada. I granskningen framkommer indikationer på att det kan finnas brister i att ge patienter eller anhöriga denna information. Vi anser att verksamheten därför bör undersöka hur det förhåller sig och att vid behov vidta åtgärder.
- Vi anser att det delvis finns en tydlig fördelning av patientsäkerhetsarbete. Den rådande ansvarsfördelningen har dock inte fastställts av regionstyrelsen. I granskningen framkommer några otydligheter, bl.a. när det gäller organiseringen av verksamhetsutvecklarna (f.d. vårdutvecklare) vilket snarast bör tydliggöras. En annan otydlighet, som fortfarande kvarstår från tidigare granskningar, gäller chefläkarnas mandat att kunna efterfråga om åtgärder efter Lex Maria ärende har genomförts, samt hygiensjuksköterskornas mandat att efterfråga protokoll av verksamhetens egenkontroll av vårdhygien. Enligt styrelsens svar på tidigare granskningar skulle detta ha åtgärdats.
- Avvikelser, patientklagomål och ärenden från patientnämnden skall enligt rutin registreras och hanteras i avvikelserapporteringssystemet. Granskningen visar att systemet inte fungerar fullt ut och utvecklingen av avvikelserapporteringssystemet har blivit framflyttad. Åtgärder bör vidtas för att förbättra systemets funktionalitet.
- I granskningen framkommer att det finns en underrapportering av vårdskador, samt att handläggningen av avvikelser har dragit ut på tiden. Detta kan medföra att brister inom verksamheter inte åtgärdas. Åtgärder bör vidtas för att förbättra rapporteringen och handläggningen av vårdskador.

- Enligt flera intervjuade finns det behov av att förbättra analysen i patientsäkerhetsberättelsen. Vi anser därför att åtgärder för att förbättra analysen därför bör vidtas.
- Vi anser att det funnits brister i uppföljningen av patientsäkerhetsarbetet. Vi rekommenderar styrelsen att förbättra uppföljningen, då en bra uppföljning i regel också medför en bättre styrning. Uppföljningen av om vidtagna åtgärder medför önskad effekt bör också förbättras.
- Spridningen av resultatet från patientsäkerhetsarbetet till andra enheter bör förbättras.

Vi emotser senast den 2017-06-01 en redovisning av vilka åtgärder som regionstyrelsen vidtar eller avser vidta med anledning av granskningsresultatet.

För Region Jämtlands-Härjedalens revisorer

Annelie Bengtsson
Ordförande

Leif Gabrielsson
Revisionsdirektör

Bilaga

Revisionsrapport ”Granskning av egenkontroll- en del i patientsäkerhetsarbetet” Rev/19/2016.

Kopia till

Patientnämnden

Vårdvalsnämnden

Regiondirektören

Förvaltningschef för hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Områdeschef för område Patientsäkerhet

Områdeschef för område Kirurgi, Ögon och Öron

Områdeschef för område Hjärta, Neurologi och Rehabilitering

Områdeschef för område Akutvård

Chefen för Samordningskansliet

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

REVISIONSRAPPORT

GRANSKNING AV Egenkontroll – en del i patientsäkerhetsarbetet

Jan-Olov Undvall

Innehållsförteckning

1 SAMMANFATTNING 3
2 INLEDNING/BAKGRUND 4
2.1 SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING 4
2.2 REVISIONSKRITERIER 5
2.3 METOD 5
3 RESULTAT 6
3.1 STYRNING AV ARBETET MED EGENKONTROLL 6
3.2 ANSVARSFÖRDELNING OCH ORGANISERING 9
3.3 FÖRUTSÄTTNINGAR I FORM AV TID, KOMPETENSER, IT- STÖD ETC. 11
3.4 UPPFÖLJNING, ANALYS OCH ÅTERRAPPORTERING 16
3.5 TILLVARATAGANDE AV RESULTATET AV UPPFÖLJNING OCH ANALYS 18
3.6 SPRIDNING AV RESULTATET FRÅN EGENKONTROLLEN 20
4 KVALITETSSÄKRING 22
5 SAMMANFATTNING AV REVISIONSFRÅGORNA 23
6 ANSVARIGA FÖR GRANSKNINGENS GENOMFÖRANDE 24
7 REFERENSER 25
8 BILAGA ENKÄTRESULTAT - VÅRDPERSONAL 26
9 BILAGA - RESULTATET AV CHEFSENKÄTEN 29

1 SAMMANFATTNING

- Vi anser att det funnits brister i styrningen av patientsäkerhetsarbetet för 2016. Dock anser vi att åtgärder har vidtagits för att förbättra styrningen inför 2017, framförallt att regionstyrelsen har beslutat om mätbara mål för patientsäkerhet i sin verksamhetsplan, samt att patientsäkerhet blir en stående punkt vid hälso- och sjukvårdsdirektörens ledningsmöten.
- Det finns rutiner och riktlinjer för patientsäkerhetsarbetet. Vi bedömer dock att det kan finnas anledning att se över i vilken omfattning dessa rutiner och riktlinjer är kända inom vårdverksamheten.
- Enligt lag skall patienten informeras i de fall de drabbats av en vårdskada. I granskningen framkommer indikationer på att det kan finnas brister i att ge patienter eller anhöriga denna information. Vi anser att verksamheten därför bör undersöka hur det förhåller sig och att vid behov åtgärder vidtas.
- Vi anser att det delvis finns en tydlig fördelning av patientsäkerhetsarbetet. Den rådande ansvarsfördelningen har dock inte fastställts av regionstyrelsen. I granskningen framkommer några otydligheter. En otydlighet gäller organiseringen av verksamhetsutvecklarna (f.d. vårdutvecklare) vilket snarast bör tydliggöras. En annan otydlighet, som fortfarande kvarstår från tidigare granskningar, gäller chefläkarnas mandat att kunna efterfråga om åtgärder efter Lex Maria utredning har genomförts, samt hygiensjuksköterskornas mandat att efterfråga protokoll av verksamhetens egenkontroll av vårdhygien. Enligt styrelsens svar på tidigare granskningar skulle detta åtgärdas.
- Det skall alltid finnas en utsedd verksamhetschef som har det övergripande ansvaret för patientsäkerheten. Om ordinarie verksamhetschef är borta, t.ex. semester, ska en tillförordnad verksamhetschef utses. I granskningen har det framkommit brister avseende de rutiner som ska säkerställa att det alltid finns en verksamhetschef.
- Avvikelser, patientklagomål och ärenden från patientnämnden skall enligt rutin registreras och hanteras i avvikelserapporteringssystemet. Granskningen visar att systemet inte fungerar fullt ut. Utvecklingen av avvikelserapporteringssystemet har blivit framflyttat pga. att systemutvecklaren varit upptagen med andra frågor. Då det enbart är Region Jämtland/Härjedalen som har Centuri som avvikelserapporteringssystem är det viktigt att utvecklingen av systemet får fungera ostört.
- I granskningen framkommer att det finns en underrapportering av avvikelser, samt att handläggningen av avvikelser har dragit ut på tiden. Den främsta orsaken till detta är tidsbrist och att handläggningen i avvikelserapporteringssystemet är tidsödande. Underrapportering och fördröjd handläggning kan medföra att brister inom verksamheter inte åtgärdas.
- Enligt flera intervjuade finns det behov av att förbättra analysen i patientsäkerhetsberättelsen. Vi anser därför att åtgärder för att förbättra analysen bör vidtas.
- Vi anser att det funnits brister i uppföljningen av patientsäkerhetsarbetet. Vi rekommenderar styrelsen att förbättra uppföljningen, då en bra uppföljning i regel också medför en bättre styrning. Uppföljningen av om vidtagna åtgärder medför önskad effekt bör också förbättras.
- Spridningen av resultatet från patientsäkerhetsarbetet till andra enheter bör förbättras.

2 INLEDNING/BAKGRUND

Regionens revisorer har mot bakgrund av sin risk- och väsentlighetsanalys genomfört en granskning av den del av patientsäkerhetsarbetet som avser verksamhetens egenkontroll. Granskningen är till delar en uppföljning av tidigare granskningar.

Egenkontroll avseende patientsäkerhetsarbetet handlar om att kontrollera att verksamheten bedrivs på ett patientsäkert sätt. Egenkontroll består av avvikelserapportering, klagomålsrapportering, rapporter- och ärenden från IVO, ärenden från Patientnämnden etc. Resultatet av egenkontrollen skall tas med i planeringen av patientsäkerhetsarbetet.

Tidigare granskningar av patientsäkerhetsarbetet[1] har visat på brister i verksamheternas egenkontroll. Dessa brister har handlat om att det saknats tid för att rapportera- och handlägga avvikelser, bristande IT- stöd avseende avvikelserapportering, brister i spridning av erfarenheter från egenkontrollen, samt brister i chefläkarnas mandat avseende uppföljning och kontroll av områdenas arbete med egenkontroll.

2.1 SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING

Syfte

Granskningen har syftat till att ta reda på om Regionstyrelsen har en tillfredsställande styrning, kontroll och uppföljning av den del av patientsäkerhetsarbetet som avser verksamhetens egenkontroll.

Revisionsfrågor

- Finns en tillfredsställande styrning av arbetet med egenkontroll i form av rutiner och riktlinjer?
- Finns en tydlig ansvarsfördelning och organisering av arbetet med egenkontrollen?
- Finns tillfredsställande förutsättningar i form av tid, kompetenser, IT- stöd etc. för att tillgodose egenkontrollen?
- Finns en tillfredsställande uppföljning och analys?
- Tillvaratas resultatet av uppföljning och analys på ett tillfredsställande sätt i planeringen av patientsäkerhetsarbetet?
- Sker en tillfredsställande återföring av rapporterade avvikelser till berörda?
- Sker en tillfredsställande spridning av resultatet från egenkontrollen till andra enheter?
- Sker en tillfredsställande återrapportering av egenkontrollen, t.ex. i form av patientsäkerhetsberättelse?

[1] Patientsäkerhet – Förebyggande arbete Dnr: Rev/9/2009, Förstudier av Lex-Maria ärenden Dnr Rev/3/2012, Granskning av vårdrelaterade infektioner DnrRev/22/2014

Avgränsning

Granskningen avgränsas till följande områden:

- Patientsäkerhet.
- Kirurgi, Öron och Öron.
- Hjärta, Neurologi och Rehabilitering.
- Akutvård.

2.2 REVISIONSKRITERIER

Följande revisionskriterier har används:

- Hälso- och sjukvårdslagen
- Patientsäkerhetslagen
- Socialstyrelsens föreskrift om ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- Regionplanen 2016-2018 – Patientsäkervård av god kvalitet efter behov

2.3 METOD

De granskningsmetoder som använts har varit dokumentanalys, djupintervjuer samt två enkätundersökningar.

Dokumentanalys har genomförts av relevanta dokument inom området, bl.a. lagar och föreskrifter och regioninterna dokument.

Totalt har 16 personer intervjuats. De intervjuade har fått tagit del av rapportutkast och lämna synpunkter på detta. Följande personer vi djupintervjuat:

- Ordförande för regionstyrelsen, samt politisk sekreterare.
- Hälso- och sjukvårdsdirektören.
- Chefläkare.
- Områdeschef för Patientsäkerhet.
- Områdeschef för Hjärta, Neurologi och Rehabilitering.
- Områdeschef för Akutvård.
- Områdeschef för Kirurgi, Ögon och Öron.
- Medicinsk ledningsansvarig för område Hjärta, Neurologi och Rehabilitering.
- Patientsäkerhetssamordnarna.
- Hygiensjuksköterskor.
- Chef och handläggare vid Patientnämndens kansli.
- Systemutvecklare för avvikelserapporteringssystemet.

Två enkätundersökningar har genomförts inom de granskande områdena. En av dessa enkäter har skickats till ett slumpvist urval av fast anställda läkare, sjuksköterskor och undersköterskor, totalt 85 stycken. Svarsfrekvensen blev 75 %.

Den andra enkäten skickades till områdeschefer och enhetschefer inom de granskade områden, totalt 17 stycken. Svarsfrekvensen bland cheferna blev 100 %.

3 RESULTAT

3.1 STYRNING AV ARBETET MED EGENKONTROLL

Enligt Patientsäkerhetslagen (1) är det vårdgivaren som är ytterst ansvarig för att det sker ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Med vårdgivare avses den nämnd som ansvarar för hälso- och sjukvården. Enligt Patientsäkerhetslagen skall vårdgivaren planera, leda och kontrollera att verksamheten leder till god vård. Vidare ska det finnas uppföljningsbara mål för patientsäkerhet.

2014 antog styrelsen en patientsäkerhetsstrategi (2) och en vision om att inga patienter skall skadas inom vården. I strategin finns inga mål, men fem målområden. Ordföranden för regionstyrelsen är tveksam till om den ska finnas kvar, då en övergripande handlingsplan för patientsäkerhet tagits fram.

I regionstyrelsens verksamhetsplan för 2016 (3) finns framgångsfaktorer som anger områden inom patientsäkerhetsområdet som styrelsen ska fokusera på. Dessa framgångsfaktorer saknar dock mätvärden.

Ny styrmodell

Regionens styrmodell har ändrats inför 2017 (4). En förändring i styrmodellen är att regionstyrelsen, utöver framgångsfaktorer, beslutar om två mätbara mål för varje målområde. Mål om att minska andelen vårdskador finns i regionstyrelsens verksamhetsplan för 2017.

Den nya modellen innebär också att regiondirektören inte längre beslutar om mål utan anger direktiv. Respektive förvaltning ska utifrån direktiven ta fram en verksamhetsplan med mätbara mål. Fr.o.m. 2017 kommer därmed hälso- och sjukvårdsförvaltningen att ha en egen verksamhetsplan. Målet om att andel vårdskador ska minska finns även i hälso- och sjukvårdsförvaltningens verksamhetsplan.

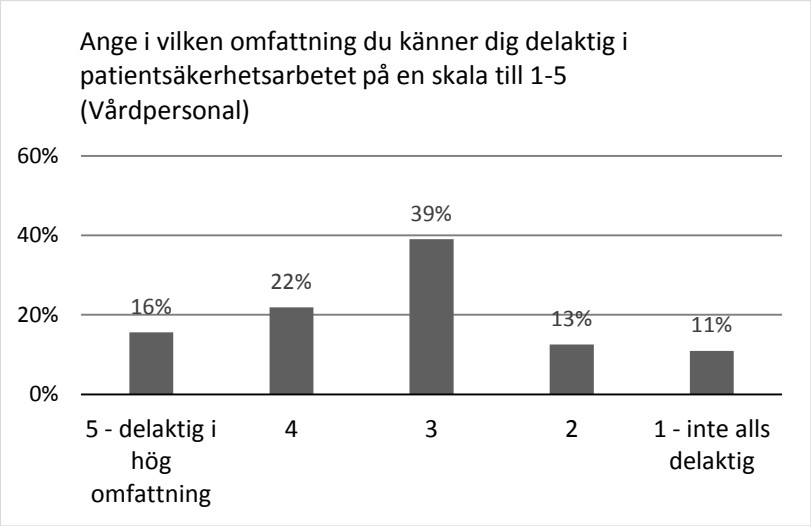
Övergripande handlingsplan för patientsäkerhet

2015 beslutade regiondirektören om en övergripande handlingsplan för patientsäkerhet (5). Planen utgår från den ovan nämnda strategins målområden. Enligt hälso- och sjukvårdsdirektören är den övergripande handlingsplanen[2] det som styr patientsäkerhetsarbetet på övergripande nivå. Till varje målområde finns bl.a. aktiviteter, mätetal och ansvariga. Totalt finns 25 aktiviteter och lika många mål i planen.

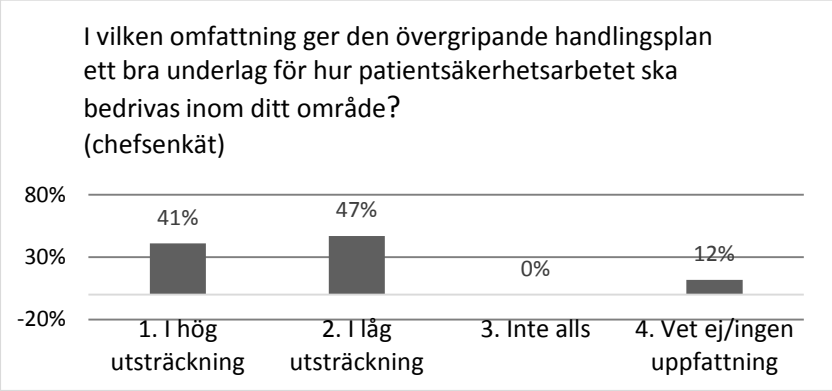
Enligt hälso- och sjukvårdsdirektören skall områdena ta med några mål från den övergripande handlingsplanen i sina verksamhetsplaner. Att så sker, kontrollerar hälso- och sjukvårdsdirektören i samband med att hon fastställer verksamhetsplanerna. Hälso- och sjukvårdsdirektören betonar vikten av att fokusera på några mål och få personalens engagemang kring dessa. Dock ska områdena arbeta utifrån hela den övergripande planen i sin helhet, enligt hälso- och sjukvårdsdirektören.

I områdens verksamhetsplaner för 2016 finns mål om patientsäkerhet. Enkätresultatet indikerar dock vissa brister avseende personalens delaktighet i patientsäkerhetsarbetet.

[2] Enligt styrmodellen innebär en övergripande handlingsplan att den ska ge vägledning om vilka aktiviteter varje verksamhet kan fokusera på för att nå de övergripande målen i regionplanen. För 2016 finns det 14 övergripande handlingsplaner. Det är Regiondirektören som i regel fastställer dessa.



Enkäten till cheferna visar att det är fler chefer som uppger att patientsäkerhetsarbetet utgår från den övergripande planen i låg omfattning än de som uppgivit i hög omfattning.



Viss kritik mot den övergripande handlingsplanen kommer från den chefläkare vi intervjuat som anser att den övergripande handlingsplanen bör utvecklas för att bli ett mer levande styrdokument.

Enligt hälso- och sjukvårdsdirektören kommer den övergripande handlingsplanen att revideras inför 2017. I områdenas verksamhetsplaner för 2017 skall det formuleras särskilda aktiviteter med utgångspunkt från den övergripande handlingsplanen. Syftet med denna förändring är att förbättra styrningen.

<u>Område Patientsäkerhet blir en del av hälso- och sjukvårdsdirektörens ledningsgrupp</u>

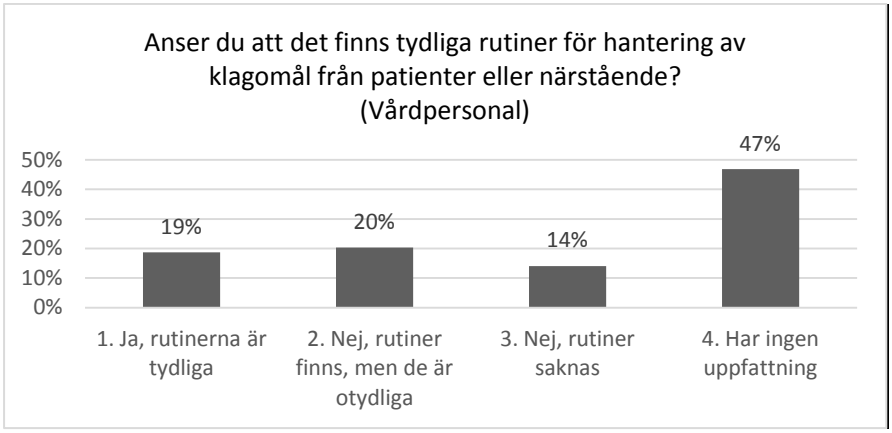
I och med att hälso- och sjukvården 2016 blev en egen förvaltning och att patientsäkerhetsenheten blivit ett eget område inom förvaltningen har förutsättningarna för styrningen av patientsäkerhetsarbetet blivit bättre, enligt hälso- och sjukvårdsdirektören.

Hälso- och sjukvårdsdirektören planerar att patientsäkerhet ska vara en stående punkt på ledningsgruppsmötena fr.o.m. 2017. Som en följd av detta kan uppdrag avseende åtgärder för patientsäkerhet ges vid dessa möten. Dessa uppdrag ska även ibland kunna vara områdesövergripande.

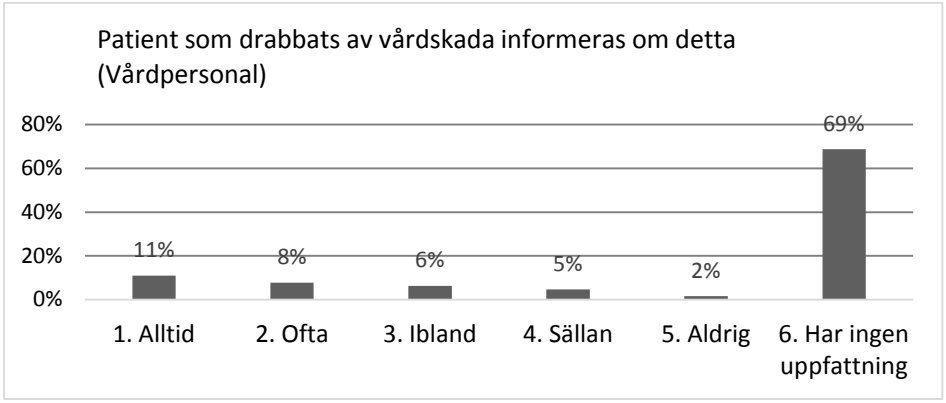
Övergripande rutiner och riktlinjer

Enligt Patientsäkerhetslagen (1) ska vårdgivaren se till att det finns processer och rutiner för patientsäkerhetsarbetet i tillräcklig omfattning. Vi kan konstatera att rutiner finns för olika delar av patientsäkerhetsarbetet. Dock framkommer i intervjuer kritik mot att dessa rutiner ibland kan vara svåra att hitta och att sökbarheten därför borde förbättras.

Flertalet av cheferna i enkätundersökningen uppger att patientsäkerhetsarbetet i hög omfattning utgår från rutiner och riktlinjer. Dock är det enbart 19 % bland vårdpersonal som uppfattar att det finns en tydlig rutin för hantering av klagomål från patienter eller närstående (6). Nästan hälften av vårdpersonalen har emellertid valt svarsalternativet ”ingen uppfattning”. Enligt riktlinjen står det uttryckligen formulerat att all personal ska känna till och följa rutinen.



Enligt Patientsäkerhetslagen ska patienter alltid informeras om de råkat ut för en vårdskada (1). Dock är det enbart 19 % av vårdpersonalen som uppger att patienter alltid eller ofta informeras när de drabbats av vårdskada. 69 % har emellertid svarat att de inte har någon uppfattning.



Bedömning

- Den övergripande handlingsplanen uppges ha övertagit patientsäkerhetsstrategins roll som övergripande styrdokument. Då strategin, till skillnad mot den övergripande handlingsplanen, är fastställd av styrelsen, anser vi att den emellertid fyller en funktion som vårdgivarens övergripande planering av patientsäkerhetsarbetet. Då strategin funnits i tre år kan det vara lämpligt att den följas upp och revideras.
- Regionstyrelsen har inte fastställt uppföljningsbara mål i sin verksamhetsplan för 2016. Vår bedömning är därför att regionstyrelsens styrning av patientsäkerhets-

arbetet för 2016 inte till alla delar når upp till Patentsäkerhetslagens krav, då uppföljningsbara mål för patientsäkerhet ska fastställas av ansvarig nämnd. Inför 2017 har dock styrelsen fastställt ett mätbart mål om att andelen vårdskador ska minska.

- Den övergripande handlingsplanen för patientsäkerhet uppges vara det som styr patientsäkerhetsarbetet på övergripande nivå. Planen innehåller 25 aktiviteter och mål. Vi anser att det finns en risk för att styrningen tappar fokus med allt för många aktiviteter och mål. Viss kritik har framkommit mot handlingsplanen som ett levande styrdokument. En revidering inför 2017 kommer dock att ske.
- Det finns processer och rutiner för patientsäkerhetsarbetet. Dock kan det finnas anledning att se över i vilken omfattning dessa rutiner och riktlinjer är kända inom vårdverksamheten. Detta med anledning av att en så pass stor andel av enkätbesvararna har valt svarsalternativet ”ingen uppfattning”.
- Enligt lag skall patienten informeras i de fall de drabbats av en vårdskada. Detta finns inskrivet i regionens rutin för avvikelsehantering. Enligt enkätresultatet uppger drygt två tredjedelar av vårdpersonalen att de inte har någon uppfattning om patienter får denna information eller inte. Detta anser vi kan tyda på en brist i att ge patienter eller anhöriga denna information. Vi anser att verksamheten därför bör undersöka hur det förhåller sig och vid behov utbilda/informera vårdpersonal.
- Personalens engagemang uppges vara en framgångsfaktor för patientsäkerhetsarbetet. Enkätresultatet visar att personalens delaktighet i patientsäkerhetsarbetet brister. Vi anser att delaktighet är en förutsättning för att få till ett engagemang. Åtgärder bör därför vidtas för att öka personalens delaktighet.

3.2 ANSVARSFÖRDELNING OCH ORGANISERING

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen 28§ (8) ska ledningen av hälso- och sjukvården vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet. En del i denna organisering är att se till att det bl.a. finns verksamhetschefer i den omfattning som följer av verksamhetens inriktning och omfattning. Verksamhetschefen ansvarar inom sitt område för att tillgodose patientens trygghet och säkerhet i vården. Detta ansvar kan inte verksamhetschefen delegera till annan person, däremot kan verksamhetschefen uppdra det medicinska ledningsuppdraget till annan befattningshavare, inom regionen har dessa benämningen MLU.

MLU uppges vara en viktig förutsättning för verksamhetschefens ansvarstagande avseende kvalitet och patientsäkerhetsarbetet. En ny befattning som Medicinsk Lednings Ansvarig (MLA) har nyligen inrättats för att stödja områdeschefen (9). Den MLA vi intervjuat ansåg att ansvarsfördelningen mellan honom och verksamhetschefen var tydlig. Vilka uppgifter som MLA ska ha, avseende patientsäkerhetsarbetet, är dock fortfarande under utveckling.

Hälso- och sjukvårdsdirektören och chefläkaren betonar verksamhetschefens ansvar för patientsäkerhetsarbetet och de intervjuade verksamhetscheferna är väl medvetna om vad detta ansvar innebär.

Då alla verksamhetschefer inte är områdeschefer och representerade i hälso- och sjukvårdsdirektörens ledningsgrupp har det nyligen inrättats ett eget forum för verksamhetscheferna. Område Patientsäkerhet har en stående punkt vid dessa möten för att informera om patientsäkerhet. Forumet uppges, av bl.a. chefläkaren, vara viktigt för att säkerställa och utveckla rollen som verksamhetschef, dock har närvaron vid dessa möten varit mycket bristfällig.

Brister i vetskapen om att vara t.f. verksamhetschef

Det skall alltid tydligt framgå vilka som är verksamhetschefer (8). En aktuell förteckning om detta skall föras (1). Om verksamhetschefen är frånvarande, t.ex. semester skall t.f. verksamhetschef utses. Enligt chefläkaren har brister avseende vem som är t.f. verksamhetschef framkommit i samband med att Lex Maria ärenden inom primärvården skulle handläggas.

Ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat, men inte på rätt nivå

Enligt Patientsäkerhetslagen (1) ska vårdgivaren fördela ansvaret för patientsäkerhetsarbetet. Vårdgivaren skall dokumentera och besluta om vem eller vilka som i vårdgivarens ställe skall utföra uppgifterna. Denna fördelning har inte styrelsen gjort. Däremot har hälso- och sjukvårdsdirektören fastställt en dokumentation om ansvaret för patientsäkerhetsarbetet (10).

Fortsatta brister i vårdgivarens kontrollansvar

Enligt Patientsäkerhetslagen (1) har vårdgivaren ett ansvar att kontrollera att uppdrag fullgörs, att det finns processer och rutiner i tillräcklig omfattning och att dessa följs.

Enligt den dokumentation som hälso- och sjukvårdsdirektören fastställt avseende ansvarsfördelningen (10) är det område Patientsäkerhet som på övergripande nivå skall följa upp vårdgivarens ansvar för patientsäkerhetsarbetet.

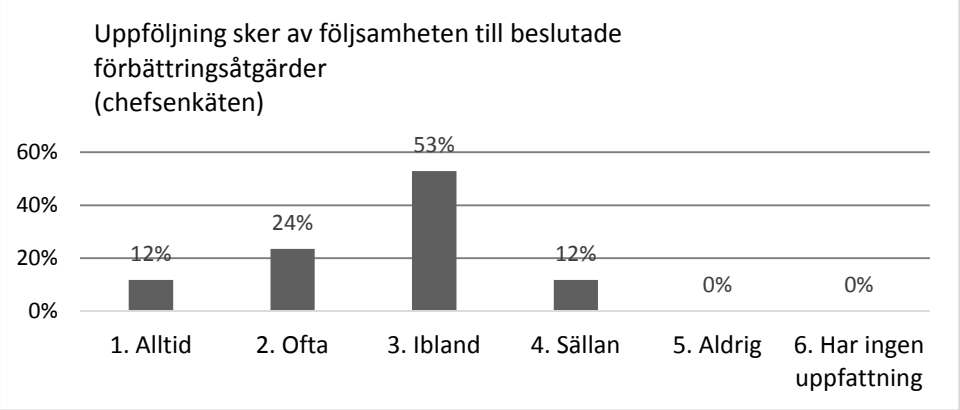
Tidigare granskningar av patientsäkerhetsarbetet (11) har visat på brister när det gäller vårdgivarens kontrollfunktion. Bristerna har bl.a. bestått i oklara riktlinjer och mandat för chefläkarna att efterfråga om åtgärder vidtagits efter Lex Maria ärenden. Enligt styrelsens svar på granskningen (LS/845/2012) skulle chefläkarna ges befogenheter att kunna efterfråga om åtgärder efter Lex Maria också införts. Denna granskning visar emellertid på att ingen förändring skett avseende chefläkarnas befogenheter.

Vi har också noterat i tidigare granskning att hygiensjuksköterskorna inte fått protokoll från enheternas egenkontroll av vårdhygien och därmed inte vet om egenkontroll genomförs eller om enhetscheferna glömt att skicka protokoll (12). Enligt styrelsens svar skulle hygiensjuksköterskornas kontrollfunktion tydliggöras. (RS/299/2015). Vi konstaterar även här att ingen förändring avseende detta har skett.

Enligt chefläkaren och hälso- och sjukvårdsdirektören pågår dock planer på att förändra område patientsäkerhets uppdrag, mot att få en tydligare controllerfunktion.

Brister i områdenas uppföljning av följsamheten till förbättringsåtgärder

I enkätresultatet framkommer brister i uppföljning av följsamhet till beslutade förbättringsåtgärder.

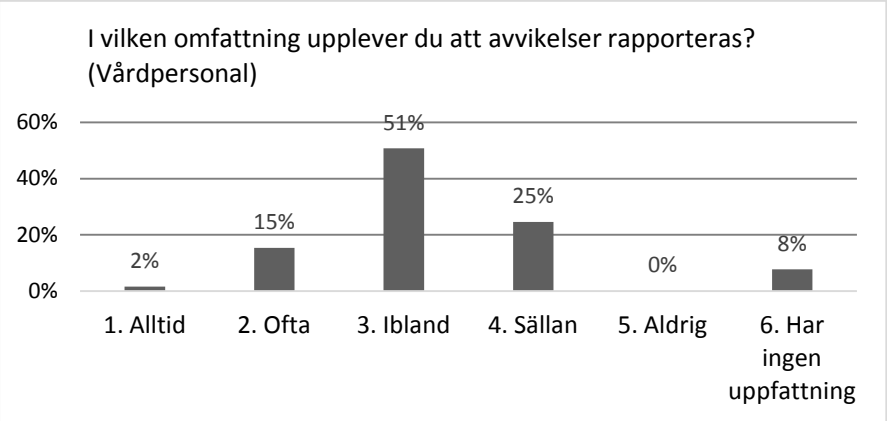


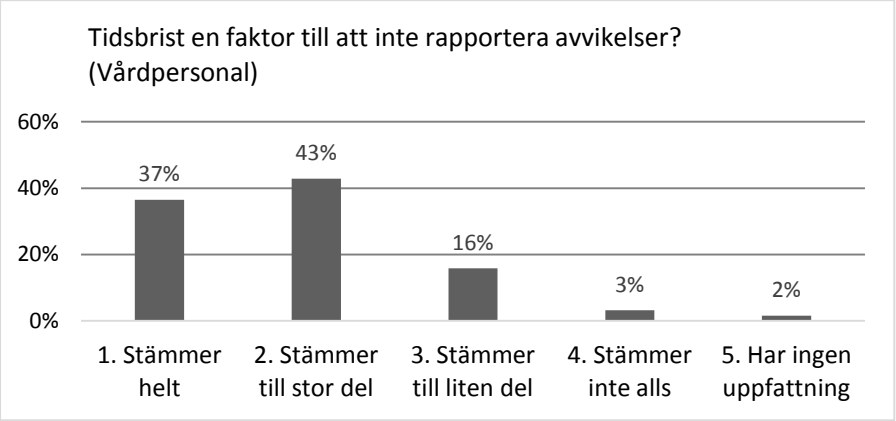
Bedömning

- Ledningen skall organiseras så den tillgodoser hög patientsäkerhet. I detta ingår att det alltid ska framgå vem som är verksamhetschef och även vem som är tillförordnad verksamhetschef. De rutiner som ska säkerställa detta har uppenbarligen inte fungerat och bör därför ses över.
- Det nyligen inrättade forumet för verksamhetschefer uppges fylla en viktig funktion för att säkerställa och utveckla verksamhetsrollen. Dock är närvaron mycket bristfällig. Vi anser att hälso- och sjukvårdsdirektören i högre grad måste tydliggöra vikten av att delta, samt att ge möjlighet till deltagande på distans för de verksamhetschefer där restiden kan utgöra ett hinder.
- Ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat, men fördelningen har inte fastställts på rätt nivå. Detta bör åtgärdas.
- Det är otillfredsställande att de åtgärder som uppgavs i styrelsen svar på tidigare granskning inte genomförts avseende chefläkarnas och hygiensjuksköterskornas befogenheter. Åtgärderna bör genomföras.
- I vårdgivarens kontrollansvar ingår att kontrollera följsamheten till beslutade processer och rutiner. När det gäller uppföljningen av följsamheten till beslutade åtgärder finns en förbättringspotential.

3.3 FÖRUTSÄTTNINGAR I FORM AV TID, KOMPETENSER, IT- STÖD ETC.

Enligt enkäten uppges tidsbrist för vårdpersonal vara det främsta skälet till att inte rapportera avvikelser. Samma skäl uppges av cheferna vara orsaken till att skjuta fram handläggningen av rapporterade avvikelser.





För att öka rapportbenägenheten har införandet av Gröna Korset nämnts av chefläkaren som en möjlig metod. Metoden innebär att enhetschefen vid varje morgonmöte tar upp frågan om det skett någon avvikelse senaste dygnet. Något beslut om att metoden ska införas har dock ännu inte fattats.

Handläggningen av avvikelser uppges av flertalet intervjuade vara tidsödande samtidigt som cheferna uppges vara överhopade med andra uppgifter. Det har därför förts diskussion om att bygga upp andra roller i avvikelsehanteringen ex. utse ett ombud för cheferna för att handlägga avvikelser. Patientsäkerhetssamordnarna uppger att det ska formuleras tidsangivna mål kring påbörjad och avslutad handläggning av avvikelser, ex. att handläggning ska påbörjas inom en vecka.

Enligt patientsäkerhetssamordnarna finns det 850 oavslutade ärenden för perioden 2011-2015, vilket enligt samordnarna innebär en risk för att förebyggande åtgärder m.a.a. identifierade brister fördröjs, samt brister i kvalitén i statistikuttaget.

PATIENTSÄKERHETSSAMORDNARNAS KOMPETENSER NYTTJAS INTE OPTIMALT

Enligt Patientsäkerhetslagen (1) skall de kompetenser som behövs bl.a. för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete finnas. Granskningen visar att det i stort sett finns de kompetenser som behövs för patientsäkerhetsarbetet, men att dessa kompetenser inte alltid nyttjas optimalt. Ett exempel på detta är patientsäkerhetssamordnarna som fått ägna sig åt att göra vissa patientskadeutredningar som egentligen skulle ha genomförts av verksamhetsutvecklarna. Detta har resulterat i att det förebyggande patientsäkerhetsarbetet, som är en del av patientsäkerhetssamornarnas ordinarie uppgifter, fått skjutas fram.

En anledning till den ovan nämnda problematiken är att det har varit stor omsättning bland verksamhetsutvecklarna under de senaste året och att de nya inte hunnit införskaffa tillräcklig kompetens. Vissa områden saknar helt verksamhetsutvecklare vilket uppges vara ett stort avbräck för patientsäkerhetsarbetet, enligt intervjuer och kommentarer i enkätsvaren. Rekrytering av verksamhetsutvecklare uppges dock pågå.

Enligt enkätresultatet och intervjuer fyller verksamhetsutvecklarna en viktig funktion för patientsäkerhetsarbetet.

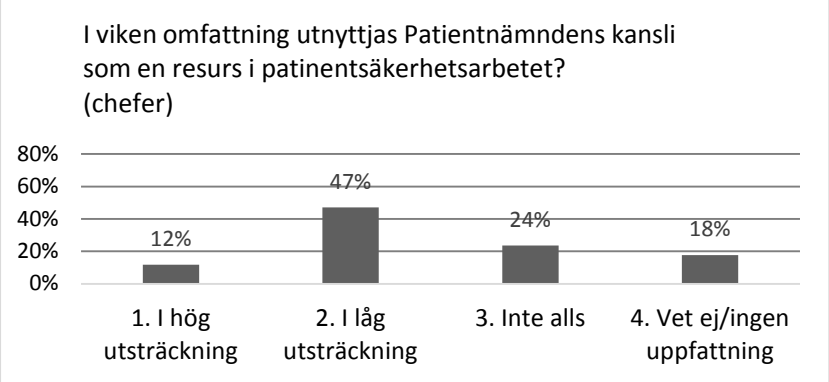
<u>Ny organisation för verksamhetsutvecklarna</u>

Verksamhetsutvecklarna, som tidigare benämndes vårdutvecklare, var tidigare organiserade inom respektive centrum. I och med att centrumorganisationen upphörde överfördes verksamhetsutvecklarna till regionstaben (9). Hur verksamhetsutvecklarnas uppdrag, or-

ganisering och styrning ska vara utformad var vid granskningstidpunkten fortfarande inte klart. Enligt patientsäkerhetssamordnarna har detta inneburit att utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet till viss del avstannat under 2016.

Patientnämnden

Patientnämnden har länge haft ambitionen att deras erfarenheter ska kunna användas i patientsäkerhetsarbetet. Dock är det väldigt få i intervjuer och enkät som uppger att man nyttjar patientnämndens erfarenheter för detta ändamål.

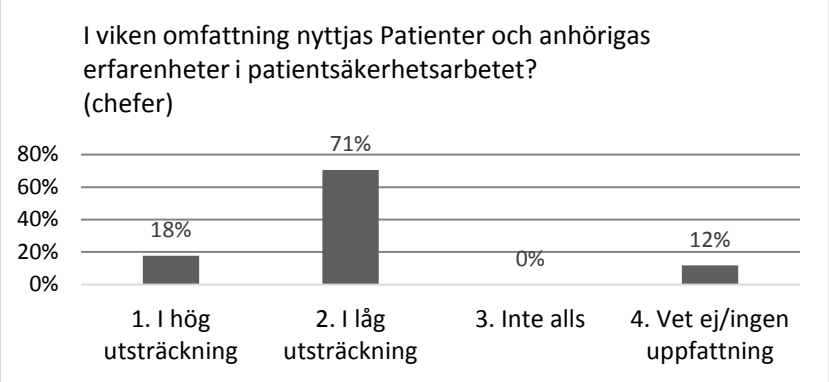


Patienter och anhöriga

Enligt patientsäkerhetslagen (1) skall vårdgivaren ge patienter och anhöriga möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet. I den övergripande handlingsplanen finns en aktivitet som handlar om att involvera patienter i patientsäkerhetsarbetet (5).

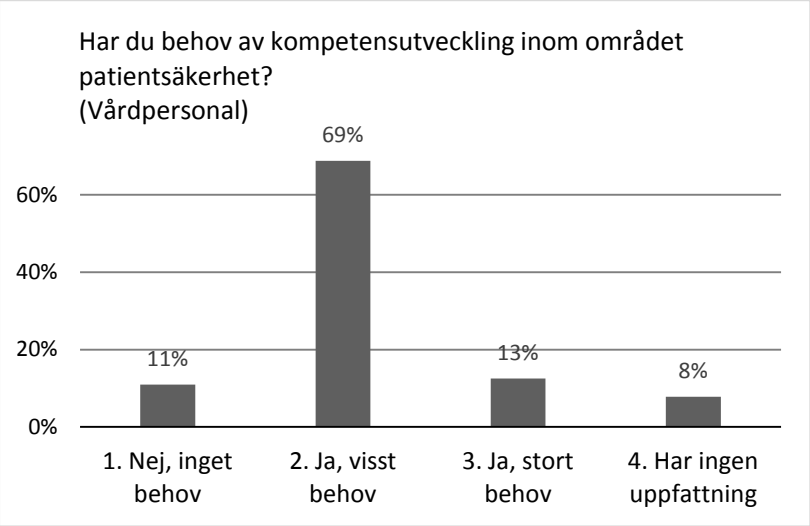
Enligt patientnämndens kansli ska patienter kunna används som en resurs i patientsäkerhetsarbetet genom att uppmuntra dessa att signalera när de ser att något är fel. Handläggarna vid patientnämndens kansli poängterar att patienter och anhöriga observerar ofta brister inom verksamheten som verksamheten kan ha nytta av i sitt patientsäkerhetsarbete.

Enligt enkätresultat används dock patienter och anhörigas som en resurs i patientsäkerhetsarbetet i väldigt begränsad omfattning.



Stort utbildningsbehov framkommer i enkätresultatet

Enligt patentsäkerhetssamordnarna är det få av personalen som kommer på patientsäkerhetsveckorna[3]. Enligt en områdeschef kan en orsak vara att det är svårt att planera så att vårdpersonal kan delta då vissa enheter har svårt med bemanning. Under 2016 genomfördes ingen patientsäkerhetsvecka.



Enligt patientsäkerhetsberättelsen för 2015 (13) lämnades ett förslag om att en obligatorisk utbildning bör genomföras för chefer och medarbetare. Enligt Hälso- och sjukvårdsdirektören har detta diskuterats, men ännu inte verkställts.

Brister i avvikelserapporteringssystemet

Enligt Patientsäkerhetslagen (1) och Socialstyrelsens föreskrift om ett systematiskt kvalitetsarbete (14) ska det finnas ett system för avvikelserapportering. Återkommande synpunkter hos flertalet av de intervjuade är att avvikelserapporteringssystemet inte fungerar tillfredsställande. Det är framförallt handläggningen av rapporterade avvikelser som tar alltför lång tid och att det är svårt att sortera ut allvarligare avvikelser att prioritera i handläggningsförfarandet.

Avvikelsesystemets systemförvaltare uppger tidsbrist som skäl till att utvecklingen av systemet försenats. Anledningen är att han fått ägna en stor del av sin tid till systemadministration samt support till användarna av systemet i stället för utvecklingsarbetet. Det finns dock en organiserad administrationsverksamhet[4] och supportorganisation[5], men enligt systemförvaltaren har detta fungerat bristfälligt.

[3] Tidigare års Patientsäkerhetsveckan har inneburit att medborgare under två dagar haft möjlighet att träffa olika aktörer inom vården. Patientnämnden, Regionens Patientlagskunniga, och 1177 fanns på plats för frågor oh information. Vårdhygien visade vikten av god handhygien med den så kallade ”handtvättsbelysningen” och smittskyddsläkaren svarade på frågor om influensavaccination. Det fanns också möjlighet att bekanta sig med hur ett virtuellt hälsorum ser ut och fungerar och man kunde genomföra egna hälsotester. För medarbetare inom Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner fanns två dagar fullspäckade med olika föreläsningar inom delar av patientsäkerhetsområdet. Trots information om tid och utbud från ca 6 månader innan till detta erbjudande om gratis fortbildning var deltagandet från verksamheterna mycket lågt.

[4] Centuri-administratörer (delsamordnare) dit chefer och andra användare skall vända sig i första hand vid behov av behörighetsadministration, uppläggning av dokumentmappar (kopplingsbegrepp), flyttning av felplacerade dokument med mera.

[5] Supportfrågor kring avvikelserapporteringssystemet ska i första hand ställas till Helpdesk.

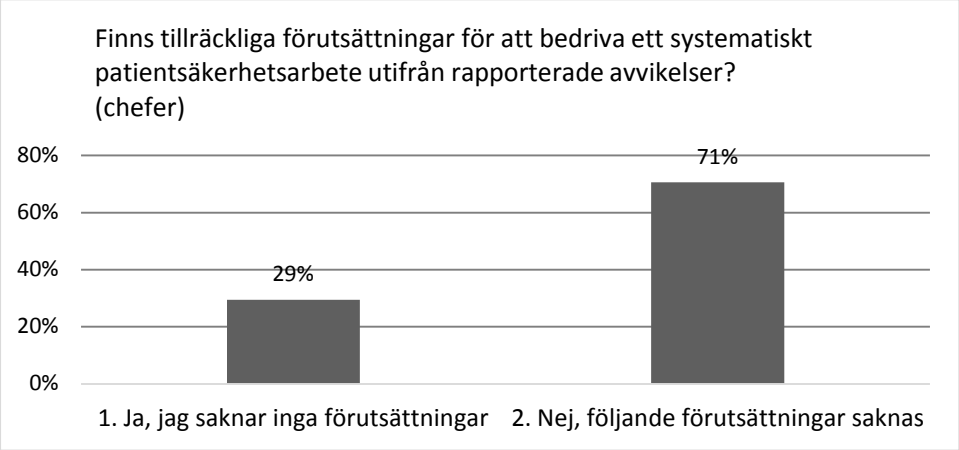
Region Jämtland/Härjedalen är ensam i landstingsvärlden om att använda Centuri som avvikelsesystem och saknar därmed stöd av andra regioner eller landsting i utvecklingsarbetet.

En viss utveckling av systemet har dock gjorts under hösten 2016, men stora delar av utvecklingsarbetet återstår. Enligt systemförvaltaren har inte planerade anpassningar av databasen och statistikstöd genomförts då det ännu inte fattats beslut om Regionen fortsättningsvis ska använda Centuri som avvikelserapporteringssystem eller om byte till ett annat system ska göras.

Infektionsverktyget

Regionen har införskaffat ett s.k. infektionsverktyg för att förbättra uppföljningen av vårdrelaterade infektioner avseende de som behöver behandlas med antibiotika. I Comsic finns, enligt uppgift, en tvingande ruta att kryssa i om förskrivningen av ett recept med antibiotika är en konsekvens av en vårdrelaterad infektion. Det går att få ut statistik ut som underlag för förebyggande åtgärder. Enligt de intervjuade har man dock ännu inte börjat använda utdata från infektionsverktyget i förbättringsarbetet.

Överlag anser de chefer som ingår i enkätundersökningen att tillräckliga förutsättningar saknas för att bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete utifrån rapporterade avvikelser.



De förutsättningar chefer uppger sig sakna är framförallt tid och ett tillfredsställande avvikelserapporteringssystem.

Bedömning

- Att rapportera och handlägga avvikelser ska enligt lag göras. Tidsutrymme för detta måste finnas. En underrapportering medför brister i patientsäkerhetsarbetet, både avseende att enskilda händelser inte utreds, men också att statistikuttaget brister. För att öka benägenheten att rapportera rekommenderar vi att den nämnda metoden Gröna Korset övervägs och att införandet av ombud prövas för handläggningen av avvikelser.

- Att inte avvikelserapporteringssystem fungerar fullt ut är mycket otillfredsställande då detta ska vara grunden i egenkontrollen. Avvikelser, patientklagomål och ärenden från patientnämnden skall registreras och hanteras i avvikelserapporte-

ringssystemet. Utvecklingen av avvikelserapporteringssystemet har blivit framflyttat pga. systemutvecklaren blivit upptagen med frågor som supportorganisationen skulle kunna hantera. Då det enbart är vår Region Jämtland/Härjedalen som har Centuri som avvikelserapporteringssystem är det extra viktigt att systemutvecklaren får arbeta ostört. Det kan därför finnas anledning att överväga en översyn av supportverksamheten.

- Överväganden framkommer om det skall införskaffas ett nytt avvikelserapporteringssystem, eller om Regionen ska fortsätta använda Centuri. Innan beslut har fattats sker inget utvecklingsarbete. Vi anser att sådant beslut inte får dröja allt för länge, utan fattas snarast så att problematiken åtgärdas så fort som möjligt.
- Enligt enkätresultatet framkommer ett stort utbildningsbehov hos vårdpersonal inom patientsäkerhetsområdet. Enligt Patientsäkerhetslagen är personalens kompetens en förutsättning för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete. Vi rekommenderar därför att den planerade utbildningen inom patientsäkerhet prioriteras under 2017 och ett återinförande av patientsäkerhetsveckan övervägs.
- Upplevelsen bland de intervjuade är att det i stort sett finns de kompetenser som behövs, men att de inte alltid nyttjas optimalt. Detta beror delvis på effekter av organisatoriska förändringar, t.ex. förändringen av verksamhetsutvecklarnas organisationstillhörighet. Det är därför viktigt att organisationsarbetet kring verksamhetsutvecklarna slutförs, vilket också inkluderar hur styrningen av dessa skall utformas.
- Vi rekommenderar att patientnämndens kompetenser utnyttjas i högre utsträckning och att undersöka möjligheten att patienter och anhöriga blir en naturlig del i patientsäkerhetsarbetet. Genom att uppmuntra patienter att signalera sina iakttagelser kan risker identifieras.

3.4 UPPFÖLJNING, ANALYS OCH ÅTERRAPPORTERING

Patientsäkerhetsberättelsen är enligt de intervjuade den viktigaste dokumentationen när det gäller uppföljning, analys och återrapportering av patientsäkerhetsarbetet. Enligt Patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren senast mars varje år ta fram en patientsäkerhetsberättelse (1). Syftet är dels att förstärka vårdgivarens kontroll över patientsäkerhetsarbetet och dels tillgodose informationsbehovet hos allmänheten. I patientsäkerhetsberättelsen ska det framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits, vilka åtgärder som vidtagits och en beskrivning av vilka resultat som uppnåtts.

Chefen för område Patientsäkerhet redovisar patientsäkerhetsberättelsen till regionstyrelsen i februari varje år. Hon uppger dock att det kan finnas skäl att överväga om regionstyrelsen för sin kontrollfunktion borde informera sig om patientsäkerhetsarbetet vid fler tillfällen under året. Ordförande för regionstyrelsen anser dock att den information som regionstyrelsen får om patientsäkerhets är tillräcklig.

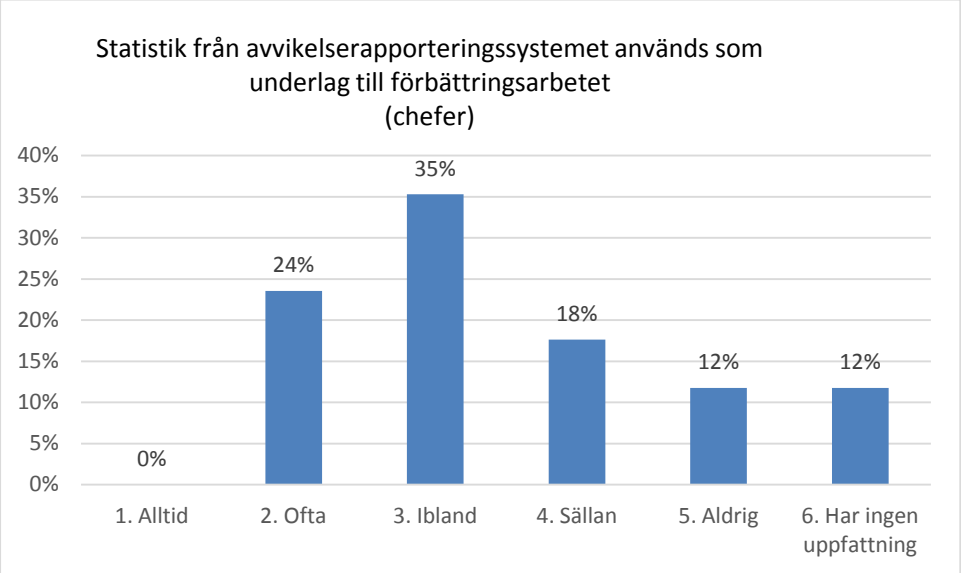
Enligt chefläkarna och patientsäkerhetssamordnarna är analysdelen ett förbättringsområde i patientsäkerhetsberättelsen. Chefläkaren anser att allt för lite tid tillägnas analysarbetet. Mycket av det som framkommer vid utredningar i samband med händelseanalyser skulle tillsammans med avvikelserapporter, journalgranskning m.m. kunna ligga till grund för en sammanhållen analys.

Chefen för område Patientsäkerhet tycker också att det finns behov av förbättringar när det gäller analyser, men anser inte att det gäller enbart analys av patientsäkerhetsberättelsen. Hon anser att verksamheterna bör göra analyser av sina mätresultat fortlöpande un-

der året och dokumentera dessa tillsammans med åtgärdsförslag. I den regionövergripande patientsäkerhetsberättelsen ska analyserna presenteras så att de kan läsas av allmänheten.

Underrapportering av avvikelser är ett problem för uppföljning och analys

En underrapportering och fördröjning av handläggning av avvikelserapporter uppges vara ett problem för att utdata ska kunna användas på ett tillförlitligt sätt för uppföljning och analys av vårdskador. Statistik från avvikelserapporteringssystemet används följaktligen i begränsad omfattning för analyser enligt enkätresultatet.



Fokus för uppföljning av vårdskador uppges i stället vara markörbaserad journalgranskning[6].

Målet om att andelen vårdskador ska minska följs upp genom markörbaserad journalgranskning. För närvarande uppges dock underlag av journaler vara så pass begränsat att det kan vara svårt att dra mer långtgående slutsatser utifrån ett enskilt mättillfälle. Markörbaserad journalgranskning sker varje månad och det är framförallt över tid som slutsatser kan dras, enligt patientsäkerhetssamordnarna. I delårsbokslut per augusti 2016 redovisas uppföljning av minskningen av andelen vårdskador men det framgår inte att en förändring enbart går att utläsas över tid.

Uppföljning av den övergripande handlingsplanen

Enligt hälso- och sjukvårdsdirektören ska den övergripande handlingsplanen följas upp i månadsrapporter, delårsbokslut och årsbokslut. Att detta ska ske framgår även av den övergripande handlingsplanen (5). Vi har dock inte kunnat verifiera att denna uppföljning ägt rum fullt ut, då aktiviteterna ”*avvikelser som avslutats inom 12 veckor*” och ”*utskrivningsinformation och läkemedelsberättelse*” inte återredovisats i delårsbokslutet per augusti 2016 (15).

[6] Markörbaserad journalgranskning innebär att ett antal slumpvis utvalda journaler granskas utifrån markörer som indikerar att en vårdskada inträffat.

Regionstyrelsens verksamhetsplan

Regionstyrelsens framgångsfaktorer avseende patientsäkerhetsarbetet från verksamhetsplanen återredovisas som en lägesrapport i delårsbokslutet per augusti 2016. I delårsbokslutet saknas en fullständig återredovisning av målet från regiondirektörens verksamhetsplan.

Tidigare år har redovisning av vårdrelaterade infektioner funnits med i månadsrapporten. I månadsrapporterna redovisas dock ingenting längre om patientsäkerhet. Ordförande för regionstyrelsen anser att patientsäkerhet återigen ska ingå i månadsrapporterna.

Bedömning

- Enligt flera intervjuade finns det behov av att förbättra analysen i patientsäkerhetsberättelsen. Vi anser därför att åtgärder för att förbättra analysen bör vidtas.
- Åtgärder bör vidtas mot en underrapportering- och fördröjningen i handläggningen av vårdskador i avvikelserapporteringssystemet då detta medfört att kvalitén i utdata brister och inte används som underlag och analys.
- Målet om att andelen vårdskador ska minska följs upp genom journalgranskning. Dock uppges att underlaget idag är för litet för att kunna utläsa en förändringar vid enskilda mättillfällen. Vi rekommenderar därför att underlaget utökas.
- Vi saknar en uppföljning av patientsäkerhet i månadsrapporten. Vi anser det är viktigt med ett kontinuerligt fokus på patientsäkerhetsarbetet, vilket delvis är syftet med månadsrapporterna.
- Enligt Hälso- och sjukvårdsdirektören är det den övergripande handlingsplanen som styr patientsäkerhetsarbetet på övergripande nivå. Vi anser att det funnits brister i hur denna har följts upp. Vi rekommenderar styrelsen att förbättra uppföljningen, då en bra uppföljning i regel också medför en bättre styrning.

3.5 TILLVARATAGANDE AV RESULTATET AV UPPFÖLJNING OCH ANALYS

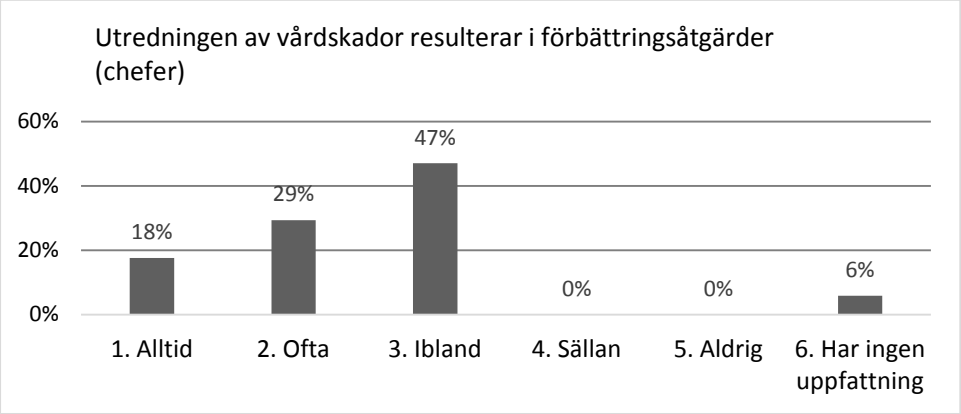
Enligt Patientsäkerhetslagen (1) skall vårdgivaren leda verksamheten så att god vård kan upprätthållas. Enligt Socialstyrelsens föreskrift (14) ska åtgärder vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet och för att minska risken för att liknande vårdskador upprepas.

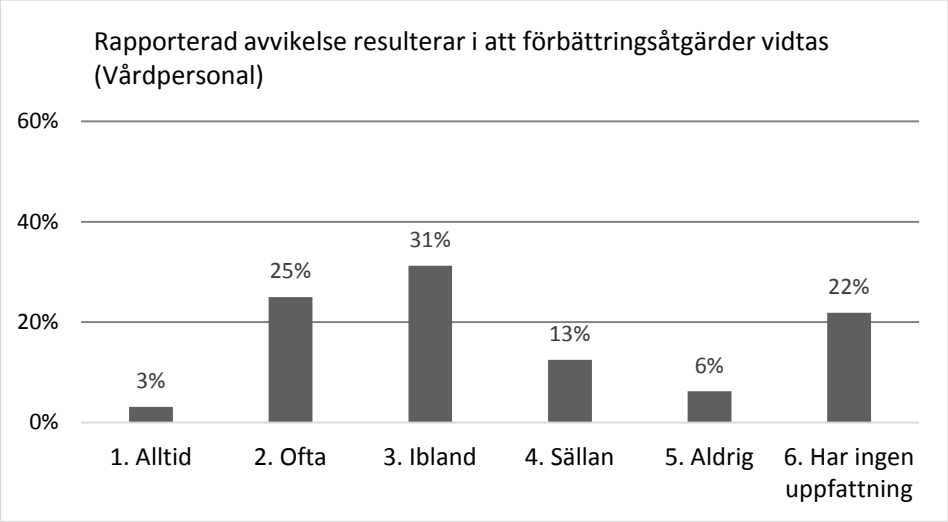
Vid allvarligare vårdskador skall en händelseanalys göras i vilken förbättringsåtgärder skall redovisas, men även vid mindre allvarliga avvikelser ska vidtagna åtgärder vidtas. Åtgärder kan också vidtas utifrån en samlad bild av flera avvikelser där systembrister kan framträda.

Enligt patientsäkerhetssamordnarna är en vanlig åtgärd att resultatet av handläggningen av en avvikelserapport återförs på arbetsplatsträffar (APT). I de fall detta är den enda åtgärden är det, enligt samordnarna, otillfredsställande som menar att enbart redovisa avvikelsen på APT i regel inte leder till en förbättring.

Utifrån intervjuer framkommer att det finns brister i att vidta åtgärder. Framförallt är det sådana åtgärder som framkommer utifrån uppföljning där det framkommit systembrister.

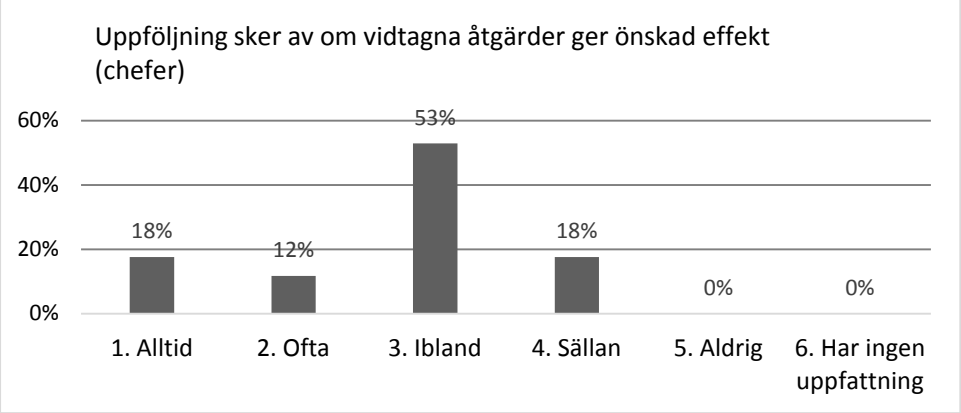
Av enkätundersökningarna framkommer att åtgärder inte alltid vidtas utifrån enskilda vårdskadeärenden. Enligt hälso- och sjukvårdsdirektören kan man inte alltid förvänta sig att åtgärder ska vidtas.

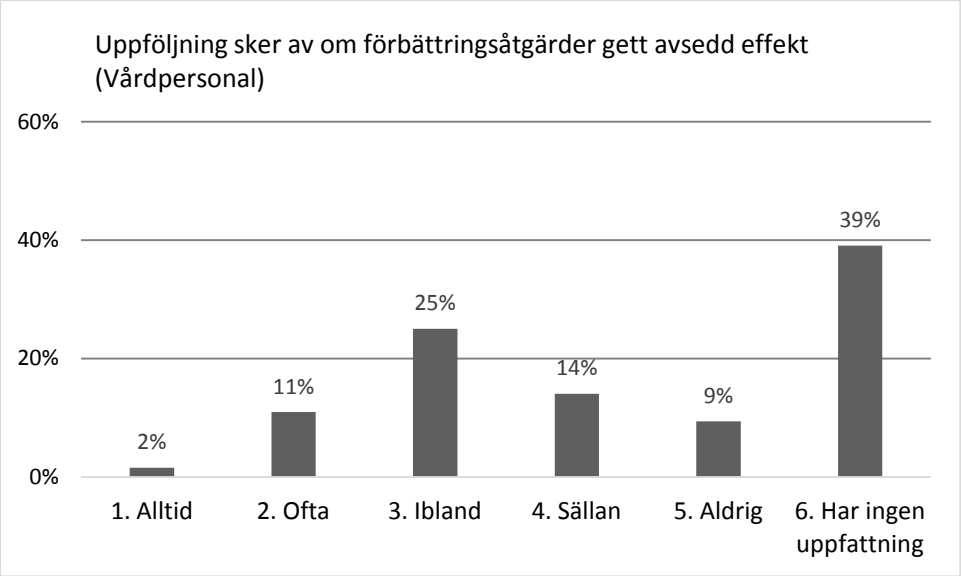




Brister i uppföljning av om åtgärden ger effekt

I ett systematiskt patientsäkerhetsarbete är det viktigt att följa upp om den åtgärd som vidtagits gett avsedd effekt. Det är först då som man vet om det var rätt åtgärd som vidtogs (14). Denna del uppges av områdeschefen för område Akutvård är den svåraste i ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.





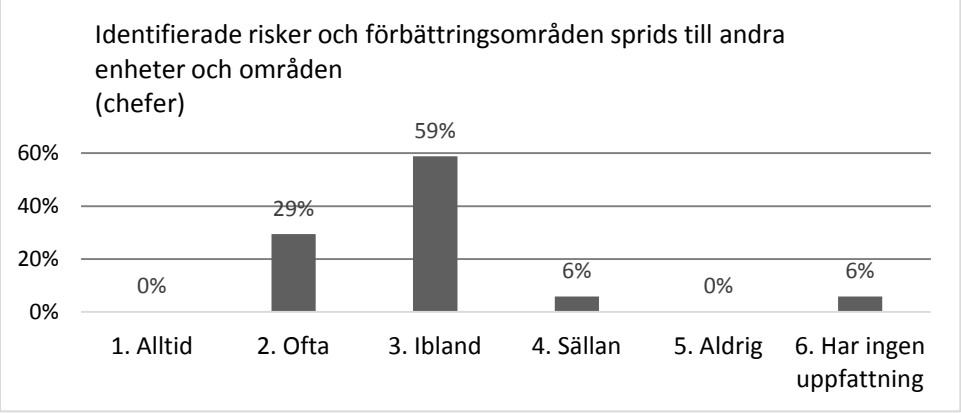
Bedömning

- Vår bedömning är att det finns en förbättringspotential när det gäller vidtagande av åtgärder efter redovisade avvikelser.
- För att veta om åtgärder medfört önskat resultat bör åtgärdens effekt följas upp. I granskningen framkommer att det inte sker någon regelmässig uppföljning. Detta är en brist i det systematiska patientsäkerhetsarbetet eftersom man då inte vet om rätt åtgärd vidtagits.

3.6 SPRIDNING AV RESULTATET FRÅN EGENKONTROLLEN

Enligt Patientsäkerhetslagen (1) begränsas inte ansvaret till att vidta åtgärder inom den egna verksamheten utan gäller generellt. Om en vårdgivare får vetskap om något som kan ha betydelse för andra verksamheter inom hälso- och sjukvården finns ett ansvar att sprida informationen till dessa delar.

Enligt flera av de intervjuade finns det en förbättringspotential när det gäller spridning av avvikelser inom sjukvården. Även enkätresultatet visar på en brist i spridningen.



Forum för spridning

I tidigare granskning uppmärksammade vi styrelsen på att det saknades ett naturligt forum för att sprida erfarenheter som framkom i vårdskadeutredningar (11). I styrelsens svar (LS/845/2012) framkom att MLU nätverket tillsammans med regionöverläkaren skulle kunna vara ett sådant forum. Enligt de intervjuade har MLU nätverket inte blivit ett sådant forum och det finns heller inga tankar om att detta nätverk skall bli ett naturligt forum för att sprida dessa erfarenheter.

Några nämner hälso- och sjukvårdsdirektörens ledningsgrupp som ett naturligt forum att sprida erfarenheter. En brist som chefen för område Patientsäkerhet påtalar när det gäller att sprida erfarenheter i denna gruppering är att alla verksamhetschefer inte är med i hälso- och sjukvårdsdirektörens ledningsgrupp.

Några intervjuade nämner verksamhetschefsgruppen som ett naturligt forum för att sprida erfarenheter från patientsäkerhetsarbetet, dock poängteras samtidigt att den bristande närvaron på dessa möten gör så att spridningen uteblir till stora delar.

Patientsäkerhetssamordnarna uppger att de saknar det nätverk av vårdutvecklare, numera verksamhetsutvecklare, man tidigare hade för att sprida erfarenheter.

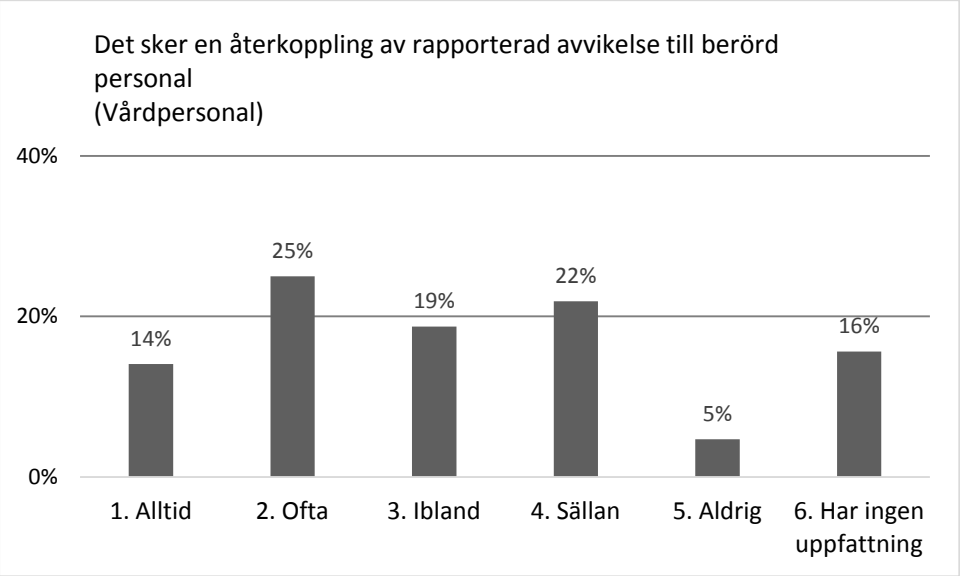
Utebliven respons från Norrlands Universitetssjukhus (NUS)

Ett särskilt problem som återkommande lyfts fram när det gäller spridning av erfarenheter är svårigheten att kommunicera avvikelser med NUS. I regel ger aldrig NUS respons på rapporterade avvikelser, vilket enligt de intervjuade är ett problem för att utveckla patientsäkerhetsarbetet.

ÅTERFÖRING AV RAPPORTERADE AVVIKELSER TILL BERÖRDA

Enligt rutin skall berörd chef återföra avvikelser på APT minst en gång per månad. På grund av att handläggningen är så pass eftersatt tar det allt för lång tid att återföra.

Enkätresultatet tyder på att återföringen brister. Det finns dock en skillnad i uppfattning mellan chef och vårdpersonal. Enligt patientsäkerhetssamordnarna finns en risk att benägenheten att rapportera avvikelser minskar i fall responsen uteblir. Enligt patientsäkerhetssamordnarna kan det upplevas meningslöst att rapportera ifall personalen inte ser att det leder fram till någon åtgärd. Denna uppfattning är kommer också fram i kommentarerna i enkäten.



Bedömning

- Det finns brister i spridningen av resultatet från egenkontrollen/patientsäkerhetsarbetet till andra enheter. Åtgärder för att förbättra spridningen bör vidtas.
- Återföring av rapporterade avvikelser till personalen brister. Åtgärder för att förbättra återföringen bör därför vidtas.
- Vi anser att regionen bör lyfta frågan om hur avvikelser sprids mellan NUS och övriga regioner och landsting då det uppenbarligen inte fungerar tillfredsställande. Många gånger är det i samband med vårdens övergångar som vårdskador inträffar.

4 KVALITETSSÄKRING

Berörda uppgiftslämnare och verksamhetsansvariga har faktagranskat lämnade uppgifter som finns med i revisionsrapporten.

Projektledare svarar för kvalitetssäkring gentemot uppgiftslämnare och av de insamlade uppgifter som används i analysen. Projektledaren har det primära ansvaret för att den analys och de bedömningar och förslag som förs fram är tillräckligt underbyggda.

Ansvarig för kvalitetssäkring har det övergripande ansvaret för att kontrollera om granskningen har en tillräcklig yrkesmässig och metodisk kvalitet samt att det finns en överensstämmelse mellan revisionsfrågorna/kontrollmålen, metoder, fakta, slutsatser/bedömningar och framförda förslag.

5 SAMMANFATTNING AV REVISIONSFRÅGORNA

Revisionsfråga	Bedömning	Kommentar
Finns en tillfredsställande styrning av arbetet med egenkontroll i form av rutiner och riktlinjer?	Delvis	2016 brister styrningen, inför 2017 har förbättringar genomförts. Kännedom om vissa rutiner kan brista.
Finns en tydlig ansvarsfördelning och organisering av arbetet med egenkontrollen?	Delvis	Ansvaret finns fördelat, men bör fastställas av styrelsen. Mandat för chefsläkare och hygiensköterskor bör förtydligas. Oklar organiseringen av verksamhetsutvecklarna.
Finns tillfredsställande förutsättningar i form av tid, kompetenser, IT- stöd etc. för att tillgodose egenkontrollen?	Delvis	Kompetenser finns. Tid saknas. Brister i avvikelserapporteringssystemet. Stort utbildningsbehov inom patientsäkerhetsområdet.
Finns en tillfredsställande uppföljning och analys?	Delvis	Patientsäkerhetsberättelse finns, dock bör analysen förbättras. Det finns brister framförallt i uppföljning av om vidtagna åtgärder medfört önskad effekt.
Tillvaratas resultatet av uppföljning och analys på ett tillfredsställande sätt i planeringen av patientsäkerhetsarbetet?	Delvis	Enligt enkätresultat och intervjuer framkommer att åtgärder inte alltid vidtas, framförallt inte utifrån identifierade systembrister.
Sker en tillfredsställande återföring av rapporterade avvikelser till berörda?	Delvis	Det framkommer brister i återföringen till personal.
Sker en tillfredsställande spridning av resultatet från egenkontrollen till andra enheter?	Nej	Det saknas rutiner och forum för spridning.
Sker en tillfredsställande återrapportering av egenkontrollen, t.ex. i form av patientsäkerhetsberättelse?	Delvis.	Återrapportering sker i patientsäkerhetsberättelsen. Dock brister återrapportering i delårsbokslut och månadsrapport.

6 ANSVARIGA FÖR GRANSKNINGENS GENOMFÖRANDE

Projektledare:

Förnamn Efternamn
Certifierad revisor

Kvalitetssäkring:

Förnamn Efternamn
Revisionsdirektör

7 REFERENSER

1. **Ulf H Fröberg, Timothy Hallgren.** *Patientsäkerhetslagen - en lag till skydd mot vårdskada.* u.o. : Institutet för Medicinsk Rätt AB, 2011. ISBN: 978-91-7864-216-8.

2. **Jämtlands läns landsting.** *Patientsäkerhetsstrategi.* 2014. LS/1410/2014.

3. **Region Jämtland/Härjedalen.** *Regionstyrelsens verksamhetsplan och uppföljningsplan 2016.* 2015. DNR: RS/496/2015.

4. —. *Revidering av Regler för planering och uppföljning enligt Region Jämtlands Härjedalens styrmodell (RS/101/2015).* 2016. Regionfullmäktige § 146/2016.

5. —. *Övergripande handlingsplan för patientsäkerhet 2016-2018.* 2015. Reg.nr. i Centuri: 25335-2.

6. —. *Handläggning av klagomål.* 2016. Reg. nr. i Centuri: 292002-1.

7. —. *Avvikelsehantering inom Region Jämtland Härjedalen.* 2015. Reg. nr. i Centuri: 13687-3.

8. **Lars-Åke Johnsson, Jan-Sahlin.** *Hälso- och sjukvårdslagen med kommentarer.* u.o. : Nordsteds Juridik AB, 2010. ISBN: 978-91-39-11122-1.

9. **Region Jämtland/Härjedalen.** *Beslut om organisation inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen 2016-01-01.* 2015. DNR: RS/1379/2015.

10. —. *Fördelning av ansvar för patientsäkerhetsarbete.* 2016. Reg. nr. i Centuri: 16346-4.

11. **Jämtlands läns landsting.** *Förstudie av Lex Maria Ärenden.* 2012. Dnr:Rev/3/2012.

12. —. *Förstudie av kvalitet i vården - vårdrelaterade infektioner.* 2014. Dnr:REV/22/2014.

13. **Region Jämtland/Härjedalen.** *Patientsäkerhetsberättelse Region Jämtland Härjedalen.* Reg.nr. i Centuri: 28874-1.

14. **Socialstyrelsen.** *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete - Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd.* 2012. ISBN:978-91-87169-50-2.

15. **Region Jämtland Härjedalen.** *Region Jämtland Härjedalen - Delårsbokslut 2016.* 2016.

8 BILAGA ENKÄTRESULTAT - VÅRDPERSONAL

Har du rapporterat någon avvikelse de senaste två åren?	Procent
1. Ja	71%
2. Nej	25%
3. Minns ej	5%
Totalt	**100%**
Medelvärde	

Anser du att det är tydligt vad som ska rapporteras som avvikelse? (Du har möjlighet att lämna kommentarer i textrutan)	Procent
1. Ja, det är tydligt	58%
2. Nej, till vissa delar otydligt	38%
3. Har ingen uppfattning	3%
Totalt	**100%**
Medelvärde	

I vilken omfattning upplever du att avvikelser rapporteras?	Procent
1. Alltid	2%
2. Ofta	15%
3. Ibland	51%
4. Sällan	25%
5. Aldrig	0%
6. Har ingen uppfattning	8%
Totalt	**100%**
Medelvärde	

Ange i vilken omfattning du upplever att följande faktorer påverkar benägenheten att rapportera avvikelser.	Procent
4.1 Tidsbrist	
1. Stämmer helt	37%
2. Stämmer till stor del	43%
3. Stämmer till liten del	16%
4. Stämmer inte alls	3%
5. Har ingen uppfattning	2%
Totalt	**100%**
Medelvärde	
4.2 Osäkerhet om vad som ska rapporteras	
1. Stämmer helt	3%
2. Stämmer till stor del	21%
3. Stämmer till liten del	41%
4. Stämmer inte alls	27%
5. Har ingen uppfattning	8%
Totalt	**100%**
Medelvärde	
4.3 Det är omständligt och krångligt att rapportera	
1. Stämmer helt	10%
2. Stämmer till stor del	24%
3. Stämmer till liten del	35%
4. Stämmer inte alls	24%
5. Har ingen uppfattning	8%
Totalt	**100%**

Medelvärde	
4.4 Att rapportera skulle kunna medföra negativa konsekvenser för mig	
1. Stämmer helt	2%
2. Stämmer till stor del	8%
3. Stämmer till liten del	16%
4. Stämmer inte alls	65%
5. Har ingen uppfattning	10%
Totalt	**100%**
Medelvärde	
4.5 Bristande återkoppling på tidigare rapporterad avvikelse	
1. Stämmer helt	14%
2. Stämmer till stor del	21%
3. Stämmer till liten del	32%
4. Stämmer inte alls	21%
5. Har ingen uppfattning	13%
Totalt	**100%**
Medelvärde	
I vilken omfattning upplever du att följande påståenden stämmer. **(Du har möjlighet att lämna kommentarer i textrutan)**	**Procent**
6.1 Det sker en återkoppling av rapporterad avvikelse till berörd personal	
1. Alltid	14%
2. Ofta	25%
3. Ibland	19%
4. Sällan	22%
5. Aldrig	5%
6. Har ingen uppfattning	16%
Totalt	**100%**
Medelvärde	
6.2 Rapporterad avvikelse resulterar i att förbättringsåtgärder vidtas	
1. Alltid	3%
2. Ofta	25%
3. Ibland	31%
4. Sällan	13%
5. Aldrig	6%
6. Har ingen uppfattning	22%
Totalt	**100%**
Medelvärde	
6.3 Uppföljning sker av om förbättringsåtgärder gett avsedd effekt	
1. Alltid	2%
2. Ofta	11%
3. Ibland	25%
4. Sällan	14%
5. Aldrig	9%
6. Har ingen uppfattning	39%
Totalt	**100%**
Medelvärde	
6.4 Patient som drabbats av vårdskada informeras om detta	
1. Alltid	11%
2. Ofta	8%
3. Ibland	6%

4. Sällan	5%
5. Aldrig	2%
6. Har ingen uppfattning	69%
Totalt	**100%**
Anser du att det finns tydliga rutiner för hantering av klagomål från patienter eller närstående? **(Du har möjlighet att lämna kommentarer i textrutan)**	**Procent**
1. Ja, rutinerna är tydliga	19%
2. Nej, rutiner finns, men de är otydliga	20%
3. Nej, rutiner saknas	14%
4. Har ingen uppfattning	47%
Totalt	**100%**
Medelvärde	
Ange i vilken omfattning du känner dig delaktig i patientsäkerhets-arbetet på en skala till 1-5. **1 = inte alls och 5 = i hög omfattning.**	**Procent**
1. 5 - delaktig i hög omfattning	16%
2. 4	22%
3. 3	39%
4. 2	13%
5. 1 - inte alls delaktig	11%
Totalt	**100%**
Medelvärde	
Har du behov av kompetensutveckling inom området patientsäker-het? **(Du har möjlighet att lämna kommentarer i textrutan)**	**Procent**
1. Nej, inget behov	11%
2. Ja, visst behov	69%
3. Ja, stort behov	13%
4. Har ingen uppfattning	8%
Totalt	**100%**
Medelvärde	

Kommentarer från enkäten – vårdpersonal

Finns övriga faktorer som påverkar benägenheten att rapportera avvikelser? Om ja, ange i textrutan:
1.
Trots långa och idoga försök att minska individers inflytande och betydelse i vården har de ännu inte i allt ersatts av rutiner och algoritmer. De flesta misstag som sker verkar bero dels på orutinerad personal, dels på tidsbrist. Det tycks mig meningslöst att rapportera avvikelser, ty resultatet av detta kommer sannolikt inte att åtgärda grundproblemet med stressad arbetssituation samt otillräcklig erfarenhet och/eller handledning.
Rädsla för att någon ska bli utpekad.
För dålig återkoppling konstant!
Nej. Det är så stressat och pressat arbetsmässigt att kontakten med patienter och övrigt arbete som måste göras går före Avvikelse-rapportering. Inte konstigt alls. Men tragiskt. Att inte ledningen kan räkna ut matematiken: resurs-behov i relation till växande åtaganden.

Jag tror att man upplever att det ej leder någonstans (brist på återkoppling bland annat).
För många fält som ska fyllas i. Patientens personnummer måste fyllas i fast det inte är relevant.
Man skulle kunna skriva mer avvikelser om det fanns mer tid för det. En del blir nog bortglömda.
Det leder inte till något

Anser du att det är tydligt vad som ska rapporteras som avvikelse? **(Du har möjlighet att lämna kommentarer i textrutan)**
Det känns som det är lite godtyckligt vad kollegor anser är en avvikelse eller ej
Vilken information som önskas
främst vad som gäller Cosmic relaterade ärende

9 BILAGA - RESULTATET AV CHEFSENKÄTEN

Ange vad som ger Dig ett bra underlag för styrning av hur patient-säkerhetsarbetet ska bedrivas inom Din enhet/område? **(Du har möjlighet att lämna kommentarer i textrutan till höger i tabellen. Om Du anger annan styrning, ange då i vilken utsträckning och vad det är för styrning)**	**Procent**
1.1 Patientsäkerhetsstrategin	
1. I hög utsträckning	35%
2. I låg utsträckning	29%
3. Inte alls	0%
4. Vet ej/ingen uppfattning	35%
Totalt	**100%**
Medelvärde	
1.2 Övergripande handlingsplan för patientsäkerhet	
1. I hög utsträckning	41%
2. I låg utsträckning	47%
3. Inte alls	0%
4. Vet ej/ingen uppfattning	12%
Totalt	**100%**
Medelvärde	
1.3 Områdets/enhetens verksamhetsplan	
1. I hög utsträckning	71%
2. I låg utsträckning	24%
3. Inte alls	0%
4. Vet ej/ingen uppfattning	6%
Totalt	**100%**
Medelvärde	
1.4 Ditt chefsuppdrag	
1. I hög utsträckning	71%
2. I låg utsträckning	24%
3. Inte alls	0%
4. Vet ej/ingen uppfattning	6%
Totalt	**100%**
Medelvärde	
1.5 Regionövergripande rutiner och riktlinjer	

1. I hög utsträckning	65%
2. I låg utsträckning	18%
3. Inte alls	0%
4. Vet ej/ingen uppfattning	18%
Totalt	**100%**
Medelvärde	
1.6 Patientsäkerhet tas upp vid ledningsmöten	
1. I hög utsträckning	76%
2. I låg utsträckning	24%
3. Inte alls	0%
4. Vet ej/ingen uppfattning	0%
Totalt	**100%**
Medelvärde	
1.7 Annan styrning, nämligen	
1. I hög utsträckning	29%
2. I låg utsträckning	12%
3. Inte alls	0%
4. Vet ej/ingen uppfattning	59%
Totalt	**100%**
Medelvärde	
Hur styr Du patientsäkerhetsarbetet inom Din område/enhet? (Du har möjlighet att lämna kommentarer i textrutan. Om Du anger annan styrning ange då i vilken utsträckning och vad det är för styrning)	**Procent**
2.1 Daglig styrning på enheten	
1. I hög utsträckning	59%
2. I låg utsträckning	12%
3. Inte alls	29%
4. Vet ej/ingen uppfattning	0%
Totalt	**100%**
Medelvärde	
2.2 Tar upp patientsäkerhet på APT	
1. I hög utsträckning	71%
2. I låg utsträckning	18%
3. Inte alls	0%
4. Vet ej/ingen uppfattning	12%
Totalt	**100%**
Medelvärde	
2.3 Tar upp patientsäkerhet på ledningsmöten	
1. I hög utsträckning	59%
2. I låg utsträckning	35%
3. Inte alls	6%
4. Vet ej/ingen uppfattning	0%
Totalt	**100%**
Medelvärde	
2.4 Utarbetar rutiner och riktlinjer som är specifika för området/enheten	
1. I hög utsträckning	65%
2. I låg utsträckning	29%
3. Inte alls	6%
4. Vet ej/ingen uppfattning	0%
Totalt	**100%**
Medelvärde	

2.5 Annan styrning, nämligen	
1. I hög utsträckning	12%
2. I låg utsträckning	12%
3. Inte alls	12%
4. Vet ej/ingen uppfattning	65%
Totalt	**100%**
Medelvärde	
I vilken omfattning stämmer följande påståenden? (Du har möjlighet att lämna kommentar om tillvägagångssätt i textrutan)	**Procent**
3.1 Vårdskador rapporteras som avvikelser	
1. Alltid	53%
2. Ofta	35%
3. Ibland	12%
4. Sällan	0%
5. Aldrig	0%
6. Har ingen uppfattning	0%
Totalt	**100%**
Medelvärde	
3.2 Patienter informeras om de drabbats av vårdskada	
1. Alltid	41%
2. Ofta	29%
3. Ibland	6%
4. Sällan	6%
5. Aldrig	0%
6. Har ingen uppfattning	18%
Totalt	**100%**
Medelvärde	
3.3 Det sker en återkoppling av rapporterade avvikelser till berörd personal	
1. Alltid	29%
2. Ofta	47%
3. Ibland	18%
4. Sällan	6%
5. Aldrig	0%
6. Har ingen uppfattning	0%
Totalt	**100%**
Medelvärde	
3.4 Utredningen av vårdskador resulterar i förbättringsåtgärder	
1. Alltid	18%
2. Ofta	29%
3. Ibland	47%
4. Sällan	0%
5. Aldrig	0%
6. Har ingen uppfattning	6%
Totalt	**100%**
Medelvärde	
3.5 Uppföljning sker av följsamheten till beslutade förbättringsåtgärder	
1. Alltid	12%
2. Ofta	24%
3. Ibland	53%
4. Sällan	12%
5. Aldrig	0%

6. Har ingen uppfattning	0%
Totalt	**100%**
Medelvärde	
3.6 Uppföljning sker av om vidtagna åtgärder ger önskad effekt	
1. Alltid	18%
2. Ofta	12%
3. Ibland	53%
4. Sällan	18%
5. Aldrig	0%
6. Har ingen uppfattning	0%
Totalt	**100%**
Medelvärde	
3.7 Identifierade risker och förbättringsområden sprids till andra enheter och områden	
1. Alltid	0%
2. Ofta	29%
3. Ibland	59%
4. Sällan	6%
5. Aldrig	0%
6. Har ingen uppfattning	6%
Totalt	**100%**
Medelvärde	
3.8 Statistik från avvikelserapporteringssystemet används som underlag till förbättringsarbete	
1. Alltid	0%
2. Ofta	24%
3. Ibland	35%
4. Sällan	18%
5. Aldrig	12%
6. Har ingen uppfattning	12%
Totalt	**100%**
Medelvärde	
Finns tillräckliga förutsättningar för att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete utifrån rapporterade avvikelser? (Om nej, ange i textrutan vad som saknas.)	**Procent**
1. Ja, jag saknar inga förutsättningar	29%
2. Nej, följande förutsättningar saknas	71%
Totalt	**100%**
Hur väl stämmer följande påstående överens om din uppfattning om verksamhetsutvecklarnas, MLU och MLA roll och ansvar i patient-säkerhetsarbetet? (Du har möjlighet att kommentarer i textrutan till höger i tabellen)	**Procent**
6.1 Verksamhetsutvecklaren ger mig ett tillräckligt stöd i patientsäker-hetsarbetet	
1. Instämmer helt	29%
2. Instämmer till stor del	41%
3. Instämmer till liten del	12%
4. Instämmer inte alls	12%
5. Har ingen uppfattning	6%
Totalt	**100%**
6.2 Verksamhetsutvecklarens uppdrag och ansvar i patientsäkerhetsar-betet är tydligt	
1. Instämmer helt	18%

2. Instämmer till stor del	41%
3. Instämmer till liten del	18%
4. Instämmer inte alls	12%
5. Har ingen uppfattning	12%
Totalt	**100%**
6.3 MLU resp MLA ger mig tillräckligt stöd i patientsäkerhetsarbetet	
1. Instämmer helt	18%
2. Instämmer till stor del	41%
3. Instämmer till liten del	12%
4. Instämmer inte alls	24%
5. Har ingen uppfattning	6%
Totalt	**100%**
6.4 MLU resp MLA uppdrag och ansvar i patientsäkerhetsarbetet är tydligt	
1. Instämmer helt	18%
2. Instämmer till stor del	35%
3. Instämmer till liten del	12%
4. Instämmer inte alls	18%
5. Har ingen uppfattning	18%
Totalt	**100%**
I vilken utsträckning nyttjas följande resurser i patientsäkerhetsarbetet? (Beskriv gärna hur i textrutan)	**Procent**
7.1 Område Patientsäkerhet (tidigare patientsäkerhetsenheten)	
1. I hög utsträckning	29%
2. I låg utsträckning	53%
3. Inte alls	0%
4. Vet ej/ingen uppfattning	18%
Totalt	**100%**
7.2 Patientnämndens kansli	
1. I hög utsträckning	12%
2. I låg utsträckning	47%
3. Inte alls	24%
4. Vet ej/ingen uppfattning	18%
Totalt	**100%**
7.3 Patienter och anhöriga	
1. I hög utsträckning	18%
2. I låg utsträckning	71%
3. Inte alls	0%
4. Vet ej/ingen uppfattning	12%
Totalt	**100%**
Hur dokumenteras de förbättringsåtgärder som syftar till att öka patientsäkerheten? (Om Du anger på annat sätt ange då i vilken utsträckning och hur)	**Procent**
8.1 APT- protokoll	
1. I hög utsträckning	65%
2. I låg utsträckning	18%
3. Inte alls	0%
4. Vet ej/ingen uppfattning	18%
Totalt	**100%**
Medelvärde	
8.2 Minnesanteckningar från ledningsmöten	
1. I hög utsträckning	47%

2. I låg utsträckning	41%
3. Inte alls	0%
4. Vet ej/ingen uppfattning	12%
Totalt	**100%**
Medelvärde	
8.3 I avvikelse- rapporteringssystemet	
1. I hög utsträckning	76%
2. I låg utsträckning	24%
3. Inte alls	0%
4. Vet ej/ingen uppfattning	0%
Totalt	**100%**
Medelvärde	
8.4 Annat sätt, nämligen	
1. I hög utsträckning	29%
2. I låg utsträckning	6%
3. Inte alls	6%
4. Vet ej/ingen uppfattning	59%
Totalt	**100%**
Hur dokumenteras uppföljningen av förbättringsåtgärderna avseende följsamhet och/eller effekt? (Om Du anger på annat sätt, ange då i vilken utsträckning och hur)	**Procent**
9.1 APT- protokoll	
1. I hög utsträckning	35%
2. I låg utsträckning	29%
3. Inte alls	6%
4. Vet ej/ingen uppfatttning	29%
Totalt	**100%**
Medelvärde	
9.2 Minnesanteckningar från ledningsmöten	
1. I hög utsträckning	35%
2. I låg utsträckning	47%
3. Inte alls	0%
4. Vet ej/ingen uppfatttning	18%
Totalt	**100%**
Medelvärde	
9.3 Annat sätt, nämligen	
1. I hög utsträckning	24%
2. I låg utsträckning	0%
3. Inte alls	6%
4. Vet ej/ingen uppfatttning	71%
Totalt	**100%**
Medelvärde	
Hur återrapporteras patientsäkerhetsarbetet avseende vidtagna åtgärder och resultat? (Om Du anger på annat sätt, ange då i vilken utsträckning och hur)	**Procent**
10.1 I patient- säkerhetsberättelsen	
1. I hög utsträckning	53%
2. I låg utsträckning	24%
3. Inte alls	6%
4. Vet ej/ingen uppfattning	18%
Totalt	**100%**
Medelvärde	

10.2 I delårsbokslut och årsbokslut	
1. I hög utsträckning	47%
2. I låg utsträckning	53%
3. Inte alls	0%
4. Vet ej/ingen uppfattning	0%
Totalt	**100%**
Medelvärde	
10.3 Vid ledningsmöten	
1. I hög utsträckning	41%
2. I låg utsträckning	53%
3. Inte alls	0%
4. Vet ej/ingen uppfattning	6%
Totalt	**100%**
Medelvärde	
10.4 På annat sätt, nämligen	
1. I hög utsträckning	24%
2. I låg utsträckning	0%
3. Inte alls	6%
4. Vet ej/ingen uppfattning	71%
Totalt	**100%**

Får Du tillfredsställande respons på din återrapportering av patientsäkerheten? (Du har möjlighet att lämna kommentarer i textrutan)	**Procent**
1. Alltid	12%
2. Ofta	35%
3. Ibland	29%
4. Sällan	18%
5. Aldrig	0%
6. Vet ej/ingen uppfattning	6%
Totalt	**100%**

Kommentarer från chefsenkäten

Finns tillräckliga förutsättningar för att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete utifrån rapporterade avvikelser? (Om nej, ange i textrutan vad som saknas.)
2. Nej, följande förutsättningar saknas
Vi har saknat vårdutvecklare i snart 1 år. Den ständiga bemannings, rekryterings- och inskolningsverksamheten tar allt för mycket energi. Vid sjukfrånvaro rycks de ssk som skulle hjälpa mig utveckla till "golvet"
Resurs och Tid för sammanställning med klassificeringar saknas eller är otillräcklig, det finns bristenade underlag för att göra analyser
Bristande avvikelsesystem
tidsbrist och ett system som är långsamt
Eg saknas inte förutsättningarna - men som ny chef ärver jag ingen befintlig utarbetad struktur (saknas) utan detta är ngt som vi måste bygga upp på området framöver.
Tid
Avvikelsesystemet i Centuri är långsamt, krångligt och saknar möjlighet att skicka en fråga tillbaka till rapportören. Det är för många klassificeringsrutor. Om tid används för att hantera systemet rätt finns ingen tid kvar för att åtgärda problemen i praktiken. För många anställda medarbetare per chef omöjliggör ett bra patientsäkerhetsarbete.
Tidsbrist

Jag behöver lära mig mera ang. detta. Avvikelsesystemet i Centuri är allt för långsamt
Ibland saknas tid. Problem att veta vart/vem man ska skicka när det gäller avvikelser inom RoR-vård. Då återkopplingen inte heller alltid kommer.
Avvikelserapporteringen i Centuri är inte bra. tar lång tid att handlägga och är krångligt och svårt att få en bra överblick. Går inte presentera data på ett bra sätt.
Tid

15

Svar på granskning av produktions- och kapacitets planering inom Region Jämtland Härjedalen

RS/548/2017

2017-04-12

Utvecklingsavdelningen
Kerstin Norrbin
Tfn:
E-post: Kerstin.norrbin@regionjh.se

RS/548/2017

Svar på granskning av produktions- och kapacitets planering inom Region Jämtland Härjedalen

Ärendebeskrivning

Regionens revisorer har under perioden oktober 2016 till januari 2017 granskat Region Jämtland Härjedalens produktions- och kapacitetsplanering. Granskningen har utförts av Capire Consulting AB. I revisionsrapporten framförs bland annat olika förbättringsförslag och regionens revisorer önskar få svar avseende styrningen och ledningen av kapacitets- och produktionsplaneringen utifrån de iakttagelser och bedömningar som lyfts fram i rapporten.

Styrelsen delar revisorernas uppfattning om förbättringar och har gett regionledningen i uppdrag att prioritera tillgängligheten till vården genom ett antal aktiviteter. En bilaga medföljer som presenterar inplanerade aktiviteter avseende produktions- och kapacitetsplanering under 2017.

Ett förslag till svar har upprättats inom utvecklingsavdelningen.

Regiondirektörens förslag

Upprättat förslag till svar på granskning av produktions- och kapacitetsplaneringen inom Region Jämtland Härjedalen, daterad 2017-05-04, antas.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Kerstin Norrbin
Utvecklingschef

Utdrag till

Utvecklingschef
Utdrag och svar skickas till regionens revisorer

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Utvecklingsavdelningen
Kerstin Norrbin
Tfn:
E-post: kerstin.norrbin@regionjh.se

2017-05-04

RS/548/2017

Svar på granskning produktions- och kapacitetsplanering inom Region Jämtland Härjedalen (REV 20/2016)

Regionens revisorer har under perioden oktober 2016 till januari 2017 granskat Region Jämtland Härjedalens produktions- och kapacitetsplanering. Granskningen har utförts av Capire Consulting AB. I revisionsrapporten framförs bland annat olika förbättringsförslag och regionens revisorer önskar få svar avseende styrningen och ledningen av kapacitets- och produktionsplaneringen utifrån de iakttagelser och bedömningar som lyfts fram i rapporten.

Produktions- och kapacitetsplanering är en modell för att fastställa hur mycket vårdinsatser som behöver utföras och att lägga en plan för användning av personal och andra resurser för att kunna tillfredsställa befolkningens behov. I nedanstående kommentarer presenteras svar på hur regionen avser arbeta med produktions- och kapacitetsplanering. En bilaga som presenterar en inplanerade aktiviteter avseende produktions- och kapacitetsplanering under 2017 kompletterar nedanstående svar.

Kommentarer till revisorernas förbättringsförslag:

1. *Förtydliga beslutsmekanismer och spelregler så att det framgår att produktionsplaneringen inklusive kapacitetsplaneringen ska ske utifrån patienternas behov.*
   Kommentar: Beslut fattas i linjeorganisationen, Enheters och områdens övergripande styrning sker från Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp och i Regionledningen. Styrelsen har gett regionledningen i uppdrag att prioritera tillgängligheten till vården, vilket effektueras genom ökad produktions- och kapacitetsplanering. Detta ger tydliga direktiv till hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp i hur de ska prioritera sitt arbete. Prioriteringen är därmed vägledande för alla enheters och medarbetares prioritering av sin tid. Uppföljning av fattade beslut görs i såväl Hälso- och sjukvårdsledningen samt i Regionledningen.

2. *Det bör fastställas rutiner för hur produktionsplanering som berör flera enheter och/eller områden ska ske.*
   Kommentar: Behovet av att fastställa rutiner för hur produktionsplanering för flera områden bör ske har beaktats och kommer att tydliggöras vid nästa revidering av 5-stegsmodellen. Revideringen av modellen kommer att göras i sommar och vara klart till höstterminen. Denna modell för produktions- och

kapacitetsplanering utgår från att produktionsplaneringen sker efter patienternas behov och inte efter enhetens/verksamhetens kapacitet. Regionens produktions- och kapacitetsplanering utgår nu i allt större utsträckning utifrån denna modell och fokuserar på patientens hela flöde i vården, såsom HIFA (högintensivt förbättringsarbete) urologi som genomfördes i början av detta år. Även den nya organisationen medger bättre än tidigare samordning mellan områdena då det är en samlad förvaltning. Det kommer att genomföras fler högintensiva förbättringsarbeten, som den som genomfördes på kirurgen, där processens alla delar är med och patientens behov i fokus.

3. *Verka för att det tas fram mål och mått på enhetsnivå, som styr mot vad produktionsplaneringen förväntas leda till och följa upp dem.*
   Kommentar: Dessa mål och mått finns redan idag eftersom vårdgarantin följs upp av verksamheterna.

4. *Förtydliga vilka enheter och verksamheter som ska produktionsplanera enligt beslutad modell.*
   Kommentar: Styrelsen ser här att det behövs en tydligare kommunikation. Idag sker produktionsplaneringen främst inom enheter/verksamheter som inte klarar vårdgarantin. Det finns dock även behov av ökad planering på fler enheter och inom regionala utvecklingsförvaltningen. En ökad styrning och uppföljning från regionledningen bistår bättre verksamheterna i vad de ska prioritera samt i att fokusera på kunden och patentens behov.

5. *Säkerställ tillgången till nödvändiga data för produktionsplaneringen på enhetsnivå.*
   Kommentar: Det råder resursbrist i att kunna leverera utdata. Det finns även brister i systemet som gör att utvecklingen av nya modeller för legitimerad personal inte kan lösas. Beslut om att uppgradera systemet har tagits och kommer att effektueras inom kort. Arbetet med resursplanering är klart och kommer implementeras i samband med uppgradering av journalsystemet i mitten på maj. Ett sätt att lösa resursbristen i leverans av utdata är att öka graden av utbildning av stödfunktioner samt att styra produktionsplaneringen genom att standardisera vilken data som ska tas ut. Controller kommer också under våren att kontrollera och rapportera hur stödfunktionerna nyttjas i produktions- och kapacitetsplaneringen.

6. *Fortsatt med kompetensutveckling*
   Kommentar: Utbildning av linjechefer och stödfunktioner har genomförts under februari och mars. Denna form av utbildning kommer ske fortlöpande. Nästa utbildningstillfälle är inplanerat i maj.

REGIONSTYRELSEN

Ann-Marie Johansson (S)
Regionstyrelsens ordförande

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Regionens revisorer

2017-02-27

Dnr: REV 20/2016

Ulf Rubensson
Certifierad kommunal revisor
Tfn: 063-147529

Regionstyrelsen

Granskning av kapacitets- och produktionsplaneringen inom Region Jämtland Härjedalen (RJH)

På vårt uppdrag har Capire AB under ledning av vårt revisionskontor genomfört en granskning av regionens införande/utvecklande av kapacitets- och produktionsplanering

I Regionplan 2015 – 2017 samt senare i Planeringsförutsättningar 2017 – 2019 för RJH anges som en av de viktigaste framtidsbilderna i regionen att produktions- och kapacitetsplanering enligt 5-stegsmodellen ska genomföras vid alla berörda verksamheter. Regionstyrelsens beslut och styrdokumenten under 2015 – 2016 har i första hand haft fokus på tillgänglighet och inte uttryckligen produktionsplanering.

I revisionsrapporten görs bedömningen att styrelsens styrning och kontroll inte har varit tillräcklig för att nå Regionplanens mål om att alla berörda verksamheter ska kapacitets- och produktionsplanera enligt 5-stegsmodellen. Denna bedömning avser åren 2015 och 2016 som granskningen har omfattat.

Granskningen har även visat att det har varit:

- otydligt vilka verksamheter som omfattades av kravet på produktionsplanering enligt vald modell
- en dålig förankring i verksamheten av vald modell för produktionsplanering
- otydligt när produktionsplaneringen skulle vara införd
- få enheter som har kommit långt med införandet, men det finns goda undantag
- brist på kompetens för produktionsplanering
- en låg grad av mål och mått på enhetsnivå som styr mot vad produktionsplaneringen förväntas leda till
- en låg grad av samplanering mellan enheter som är delaktiga i samma vårdprocesser och att det saknas regelverk för hur detta ska ske
- ett orosmoment för de verksamhetsansvariga hur datafångst och tillgång på data för planeringen ska lösas

Granskningen pekar också på att RJH har en organisationsstruktur som begränsar/försvårar teamarbete och kan medföra problem i produktionsplaneringen då läkarresurserna i huvudsak finns i egna avdelningar.

Men det sker dock förbättringar. Under hösten 2016 har arbetet med kapacitets- och produktionsplaneringen fått ett ökat fokus. Inför 2017 har flera beslut fattats som rör styrning, uppföljning och ansvar som bedöms skapa bättre förutsättningar för att de fattade besluten om produktionsplanering ska nås.

- Rapporteringsrutiner och beslutsvägar har förtydligats
- En utbildningsinsats gjordes under hösten 2016 för ca 250 personer

- Tydliggjord tidplan. Alla verksamheter ska ha en produktionsplan för både operationer och mottagning 30 juni 2017.
- Utvecklingsenheten har fått en controllerroll

Förbättringsområden

I revisionsrapporten framförs bland annat följande förbättringsförslag:

- Förtydliga beslutsmekanismer och spelregler så att det framgår att produktionsplaneringen inklusive kapacitetsplaneringen ska ske utifrån patienternas behov.
- Det bör fastställas rutiner för hur produktionsplanering som berör flera enheter och/eller områden ska ske.
- Verka för att det tas fram mål och mått på enhetsnivå, som styr mot vad produktionsplaneringen förväntas leda till och följ upp dem.
- Förtydliga vilka enheter och verksamheter som ska produktionsplanera enligt beslutad modell.
- Säkerställ tillgången till nödvändiga data för produktionsplaneringen på enhetsnivå.
- Fortsatt med kompetensutveckling

Regionens revisorer önskar få ett svar från styrelsen över hur de framdeles avser agera vad avser styrningen och ledningen av kapacitets- och produktionsplaneringen utifrån de iakttagelser och bedömningar som lyfts fram i bifogad revisionsrapport.

Svar önskas senast 2017-06-01

För Region Jämtlands-Härjedalens revisorer

Annelie Bengtsson
Ordförande

Bernt Söderman
V ordförande

Bilaga

Revisionsrapport:
Granskning av Region Jämtland Härjedalens produktionsplanering

Kopia till

Regiondirektör

Hälso- och sjukvårdsdirektör

Intervjuade, enligt bilaga 2 till bifogad rapport

Capire

Granskning av Region Jämtland Härjedalens produktionsplanering

Februari 2017

Dag Boman
Mari Månsson
Catharina Barkman

Innehåll

1 SAMMANFATTNING 3
1.1 UPPDRAG OCH GENOMFÖRANDE 3
1.2 RESULTAT ÖVERGRIPANDE REVISIONSFRÅGA 3
1.3 RESULTAT SPECIFIKA REVISIONSFRÅGOR 4
1.4 FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN 5
2 GRANSKNINGENS INRIKTNING OCH OMFATTNING 6
2.1 BAKGRUND OCH UPPDRAG 6
2.2 UPPDRAGETS GENOMFÖRANDE 7
3 OM PRODUKTIONSPLANERING 8
3.1 NATIONELLA ERFARENHETER 8
3.2 MODELL REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN 9
4 PRODUKTIONSPLANERING I REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN 9
4.1 STYRNING AV PRODUKTIONSPLANERING 9
4.2 UPPFÖLJNING OCH RAPPORTERING AV PRODUKTIONSPLANERING 13
4.3 FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR PRODUKTIONSPLANERING 18
5 SLUTSATSER 20
5.1 VIKTIGA IAKTTAGELSER 20
5.2 SAMMANFATTANDE BEDÖMNING 21
5.3 FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN 21
BILAGA 1 – RESULTAT FRÅN ENKÄT 22
BILAGA 2 – INTERVJUADE PERSONER 25

1 Sammanfattning

1.1 Uppdrag och genomförande

I denna granskning görs en genomgång av Region Jämtland Härjedalens produktionsplanering. Granskningen är beslutad av regionens revisorer utifrån sin risk- och väsentlighetsanalys i Revisionsplan 2016. Granskningen har utförts av Capire Consulting AB under perioden oktober 2016 till januari 2017.

1.2 Resultat övergripande revisionsfråga

Produktions- och kapacitetsplanering[1] är en modell för att fastställa hur mycket vårdinsatser som behöver utföras och att lägga en plan för användning av personal och andra resurser för att kunna tillfredsställa befolkningens behov. I en aktuell statlig utredning har en sådan planering beskrivits som avgörande för en mer effektiv hälso- och sjukvård[2].

Införande av produktionsplanering har varit en uttalad ambition sedan 2012 i Region Jämtland Härjedalen, men modellen har inte tillämpats i den utsträckning som förväntats. I granskningen har framkommit att införandet varierar mellan verksamheter. Framåtskridandet är ojämnt och få framsteg har gjorts under 2016. Enligt Region Jämtland Härjedalens egen uppföljning används produktionsplanering tillsvidare endast inom ett mindre antal enheter. Exempel på förklaringar som försvårar införandet är bemanningsläget, chefsbyten, brist på kunskap och för få eldsjälar. Det har också framgått bland de områden som granskats djupare att inga åtgärder tillsvidare har vidtagits när avsteg skett från fastställd planering för produktionsplanering. De berörda intervjuade menar att frågan är för tidigt väckt för att kunna besvaras.

För att få ett större genomslag i införandet har tjänstemannaledningen i Region Jämtland Härjedalen under hösten 2016 fattat beslut om ett förstärkt fokus på detta arbete. Inför 2017 har klargjorts att samtliga enheter ska införa produktionsplanering och att förberedelserna ska vara klara till den 30 juni 2017. En aktivitetslista är framtagen som inkluderar uppföljning och förstärkning av stödresurserna för att införa produktionsplanering inom i hälso- och sjukvårdens enheter.

Sammanfattande bedömning
Syfte med granskningen och övergripande revisionsfråga är att svara på om regionstyrelsen har en tydlig styrning och kontroll av att införandet/utvecklingen av produktionsplaneringen sker på ett tillfredsställande sätt.

Vår bedömning är att regionstyrelsen, under de två år, 2015 och 2016 som granskningen främst har överblickat, inte har haft en tydlig styrning, uppföljning och kontroll av införandet av produktionsplanering. Det kan ha bidragit till de fortsatta problemen att erbjuda befolkningen en hälso- och sjukvård med god tillgänglighet. Det har rått en osäkerhet i organisationen kring syftet med och vad som gäller för produktionsplanering. Inför 2017 har flera beslut fattats som rör styrning, uppföljning och ansvar som enligt vår bedömning skapar bättre förutsättningar för att de fattade besluten om produktionsplanering ska nås på ett mer tillfredsställande sätt.

[1] Begreppet ”produktionsplanering” används i rapporten synonymt med ”produktions- och kapacitetsplanering”.
[2] Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. SOU 2016:2

1.3 Resultat specifika revisionsfrågor

Granskningen av de specifika revisionsfrågor som ställts har föranlett nedanstående slutsatser och bedömningar.

Finns det en tydlig organisation, ledning och styrning av införandet/utvecklingen av produktionsplaneringen? Finns planer, mål, mätvärden mm?
Nej, vår bedömning är att det fram till och med 2016 har saknats en tydlig styrning av införande av produktionsplanering. Det har även saknats tydliga planer, mål och mätvärden.

Förtydliganden av styrningen har skett inför 2017 som skapar bättre förutsättningar för produktions- och kapacitetsplanering. En fortsatt brist är dock att många som ska medverka i arbetet i detta skede saknar erfarenhet och kompetens rörande produktionsplanering som verktyg. Mål och mått som kan tydliggöra hur produktionsplaneringen ska bidra till att uppnå regionens tillgänglighetsmål saknas fortfarande i hög grad.

Har det givits tydliga uppdrag för införandet/utvecklandet av produktionsplaneringen avseende var, när och hur det ska vara infört och vem/vilka som är ansvariga?
Nej, vår bedömning är att det under åren till och med 2016 har saknats tydliga styrsignaler gällande produktionsplanering. Tydligheten har ökat från och med innevarande år bland annat genom att en tidplan för införande av produktionsplanering har beslutats.

Vi bedömer att det är tydligt att ansvaret för genomförande ligger på respektive berörd enhetschef och ska hanteras i linjen. Det finns samtidigt en fortsatt osäkerhet om exempelvis vårdavdelningar och akutmottagning ska inbegripas i uppdraget.

Finns det en styrning mot att produktionsplaneringen sker i team på enhetsnivå?
Det är *delvis* tydligt att produktionsplanering ska ske i team vid enheternas arbete med produktionsplanering. Det är angivet att resurspersoner såsom controllers, verksamhetsutvecklare, ekonomer och personalkonsulter ska delta i arbetet. Uppföljning ska ske vid specifika möten där olika yrkeskategorier träffas. Däremot är det inte uttalat hur arbetet ska ske vid frågeställningar som rör mer än en enhet eller fler områden som samverkar i olika patientprocesser.

I vilken utsträckning sker produktionsplanering med utgångspunkt från en kapacitetsplanering som utgår från behoven?
I fattade beslut tydliggörs att respektive verksamhet ska ha kontroll över vad de producerar kopplat till medborgarnas behov med hänsyn tagen till väntelistor och säsongsvariationer. Eftersom få enheter tillsvidare bedriver produktionsplanering är det för tidigt att bedöma om produktions-/kapacitetsplaneringen utgår från behoven.

Inom de verksamheter där patientprocessen eller verksamheten är uppdelad på flera enheter försvåras en behovsbaserad planering eftersom planeringen är splittrad mellan flera enheter. Det finns därför risker att produktionsplaneringen inom vissa områden kommer att bygga på schemaläggningen och inte på behoven. Beslutsmekanismerna och spelreglerna är för närvarande inte tillräckligt tydliga i detta avseende.

Finns det tillgång till aktuella och tillförlitliga data som är nödvändiga för produktionsplaneringen?
Vår bedömning är att det finns en osäkerhet om vilka data som kommer att finnas tillgängliga för automatiskt uttag från enheternas sida. Tillräckliga resurser och kompetens behöver säkerställas vad gäller datatillgång för ett smidigt och säkert arbete med planeringen på enhetsnivå.

Är rapporterings- och beslutsvägarna tydliga och effektiva? Finns en tillfredsställande uppföljning av införandet/utvecklingen av produktionsplaneringen?
Ja, vi bedömer att rapporteringsrutiner och beslutsvägar har förtydligats i anslutning till det ökade fokus som riktas mot produktionsplanering under 2017. Viktigt för den fortsatta utvecklingen är framtagande av mål och mått som pekar mot de verksamhetsresultat som enheterna ska åstadkomma.

Är modellen för produktionsplanering förankrad i verksamheten?
Nej, vår bedömning är att produktionsplanering som metod endast delvis är förankrad i verksamheten. Arbetet med förankring har dock intensifierats under hösten 2016. Det krävs ett fortsatt långsiktigt arbete från ledningens sida för att samtliga medarbetare ska förstå syftet med arbetet och sin egen roll i arbetet med produktionsplanering. Det finns samtidigt enskilda verksamheter i regionen som via kunniga och engagerade enhetschefer och medarbetare arbetar framgångsrikt med modellen.

Har verksamheten tillgång till det stöd, i nödvändig omfattning, som de behöver för att införa/utveckla produktionsplaneringen?
Nej, vi bedömer att flera verksamheter i dagsläget saknar tillräcklig kompetens kring produktionsplanering exempelvis bland verksamhetsutvecklare och enhetschefer. Beslut har tagits om att stärka både det centrala och lokala stödet för arbetet på enhetsnivå.

1.4 Förbättringsområden

Granskning har föranlett förslag till följande rekommendationer:

- Det bör tydliggöras att införandet av produktionsplanering är långsiktigt och det bör anges vilka strategiska motiv som motiverar satsningen. Beslutsmekanismer och spelregler behöver också förtydligas så att det framgår att produktionsplaneringen inklusive kapacitetsplaneringen ska ske utifrån patienternas behov och hur det ska ske.
- Det bör fastställas rutiner för hur produktionsplanering som berör flera enheter och/eller områden ska ske.
- Mål och mått på enhetsnivå, som styr mot vad produktionsplaneringen förväntas leda till exempelvis i termer av tillgänglighet, effektivitet och resurser, bör successivt utvecklas och följas upp.
- Uppdragen avseende produktionsplanering bör förtydligas och eventuella avgränsningar om vilka enheter och verksamheter som berörs eller inte berörs anges.
- Tillräckliga resurser behöver säkerställas vad gäller datatillgång för ett smidigt och säkert arbete med planeringen på enhetsnivå.
- Ett fortsatt långsiktigt förankringsarbete från ledningens sida behövs för att samtliga medarbetare ska förstå syftet med arbetet och sin egen roll i arbetet med produktionsplanering.
- Fortsatt kompetensutveckling behövs av chefer, personal och stödfunktioner som ska genomföra en effektiv produktionsplanering.

2 Granskningens inriktning och omfattning

2.1 Bakgrund och uppdrag

Regionens revisorer har beslutat utifrån sin risk- och väsentlighetsanalys i Revisionsplan 2016 att granska produktionsplanering. Bakgrunden till granskningen är att Region Jämtland Härjedalen (RJH) länge har haft problem att klara av att ge patienterna vård med önskvärd tillgänglighet. Beslut har därför tagits om att implementera produktions- och kapacitetsplanering. Det har dock framkommit att det inom vissa enheter är låg följsamhet till gjord produktions- och kapacitetsplanering. I regionens rapporter framgår att bristen på gemensam planering mellan avdelningspersonal och läkare är ett hinder för att utveckla verksamheten. Förslag har exempelvis lämnats om att schemalägga verksamhetsutveckling[3].

Ansvarig nämnd är styrelsen för Region Jämtland Härjedalen. Syfte med granskningen och övergripande revisionsfråga är att svara på *om regionstyrelsen har en tydlig styrning och kontroll av att införandet/utvecklingen av produktionsplaneringen ser på ett tillfredsställande sätt.*

Delfrågor

Avseende styrning:
- Finns det en tydlig organisation, ledning och styrning av införandet/utvecklingen av produktionsplaneringen? Finns planer, mål, mätvärden mm?
- Har det givits tydliga uppdrag för införandet/utvecklandet av produktionsplaneringen avseende var, när och hur det ska vara infört och vem/vilka som är ansvariga?
- Finns det en styrning mot att produktionsplaneringen sker i team på enhetsnivå?

Avseende uppföljning och rapportering:
- Är rapporterings- och beslutsvägarna tydliga och effektiva? Finns en tillfredsställande uppföljning av införandet/utvecklingen av produktionsplaneringen?
- Finns det tillgång till aktuella och tillförlitliga data som är nödvändiga för produktionsplaneringen?
- I vilken utsträckning sker produktionsplanering med utgångspunkt från en kapacitetsplanering som utgår från behoven?

Angående förutsättningar:
- Är modellen för produktionsplanering förankrad i verksamheten?
- Har verksamheten tillgång till det stöd, i nödvändig omfattning, som de behöver för att införa/utveckla produktionsplaneringen (t ex tid, egen kompetens respektive tillgång till kompetens, IT-stöd, ekonomer, personaladministration).

Revisionskriterier

De revisionskriterier som är aktuella i denna granskning är:

Kommunallagen (KL), i vilken styrelsens ansvar för verksamheten framgår vad avser bland annat att bereda, styra, följa upp och ta initiativ. Här anges även nämndernas skyldighet att bedriva verksamheten enligt de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten liksom att den interna kontrollen är tillräcklig. KL anger också att kommuner och landsting ska ha en god ekonomisk hushållning i sin verksamhet.

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), som föreskriver att hälso- och sjukvården ska planeras med utgångspunkt från behovet av vård hos dem som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård. HSL föreskriver även att ledningen av hälso- och sjukvården ska vara så organiserad att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt befrämjar kostnadseffektivitet.

[3] Rapport Vem gör vad i vården? RS/160/2016

Regionplan för Region Jämtland Härjedalen 2016 – 2018 där det anges bland annat att RJH ska arbeta för att effektivisera verksamheten genom att tillämpa *lean*. Vidare ska kostnadsutvecklingen minska till noll genom att fokusera på produktions- och kapacitetsplanering, ”vem gör vad i vården”-projektet, leanarbetet och omtag när det gäller besparingsåtgärder i stort och smått.

2.2 Uppdragets genomförande

I rapporten inkluderar begreppet produktionsplanering både produktions- och kapacitetsplanering.

Genomförandet av granskningen har innefattat dokumentanalys, djupintervjuer och enkät. Granskningen har omfattat den regionövergripande ledningen och styrningen av produktionsplaneringen. Fördjupad analys har skett inom områdena Hud-Infektion-Medicin (HIM), Diagnostisk teknik och service (DTS) med fokus på röntgen och klinisk fysiologi samt Primärvård.

Avstämningen med uppdragsgivaren omfattar startmöte, delavstämning och slutrapportering. Dokumentanalysen har bland annat inbegripit styrande dokument, rutinbeskrivningar, verksamhetsberättelser, handlingsplaner, processbeskrivningar samt dokumenterade erfarenheter från andra sjukvårdshuvudmän. Intervjuerna har omfattat personer som representerar landstingets tjänstemannaledning och centrala staber samt hälso- och sjukvården centralt och på områdes- respektive enhetsnivå. Totalt har 21 personer intervjuats. Enkät har sänts till 51 chefer med spridning inom de flesta områdena med huvudfokus på enhetschefer samt några områdeschefer. 36 personer har besvarat enkäten (se bilaga 1). De beskrivande avsnitten i rapporten har varit föremål för faktagranskning. Substansgranskning har utförts för att verifiera gjorda utsagor samt att system och rutiner fungerar på avsett sätt.

Arbetet med granskningen har bedrivits under perioden oktober 2016 till januari 2017. Granskningen har genomförts av Dag Boman, uppdragsledare och Mari Månsson, specialist och koordinator. Catharina Barkman har bidragit med kvalitetssäkring av rapporten och dess slutsatser. Projektledare från Region Jämtland Härjedalens revisionskontor har varit Ulf Rubensson.

3 Om produktionsplanering

3.1 Nationella erfarenheter

Brister i planering och bemanning ses som en av de centrala utmaningar som vården behöver ta itu med. Citat: ”*Produktions- och kapacitetsplanering är en avgörande förutsättning för att göra hälso- och sjukvården mer effektiv. Men vi tror också att det är en viktig förutsättning för att vården ska kunna bli mer patientcentrerad*”[4]. Med en sådan aktiv produktionsstyrning kan resurserna användas på ett bättre sätt för att skapa god tillgänglighet och en effektiv vård för patienterna. Nyckeln är att planera verksamheten efter patienternas behov.

En *produktionsplan* innehåller, enligt en arbetsmodell som tillämpas i landstinget i Östergötland[5], hur mycket en klinik behöver producera under en viss tidsperiod (exempelvis månad eller vecka) för att möta patienternas behov. För att göra en produktionsplan behöver enhetens eller klinikens produkter (vårdtjänster) identifieras samt kunskap om inflödet av patienter till respektive vårdtjänst finnas. Det behöver också finnas kunskap om eventuella variationer av behovet över tid.

Produktionsplanen ska vara avstämd mot befintliga resurser och kapacitet. *Kapacitetsplanering* innebär normalt att matcha befintliga resurser mot det verkliga behovet av vård och annat som ingår i en sjukvårdsenhets uppdrag. En förutsättning för kapacitetsplaneringen är att det finns en produktionsplan där det framgår vilka volymer som behöver produceras av olika vårdtjänster under en viss tidsperiod, till exempel per dag eller per timme. Den produktion som behöver utföras beskrivs som ett aktivitetsschema till vilket det knyts resurser såsom personal med rätt kompetens, men även utrustning, salar etc.

Bedrivande av produktionsplanering ställer höga krav på ett strukturerat och systematiskt arbete. Det krävs tydliga indata om patientflöden och förståelse av dessa. Ofta krävs insatser för att utjämna variationer i patientflödet. Det krävs även tydliga IT-stöd som helst ska vara kopplade till journalsystemet. Det krävs också samordning och koordination mellan och inom vårdteam och med centrala gemensamma verksamheter såsom operation. Allmänna erfarenheter av produktionsplanering är att det behövs en tydlig ansvarsfördelning och beslutsprocess. Viktiga förutsättningar är att det finns gemensamma mål och pålitliga överenskommelser mellan aktörerna i den ofta komplexa vårdorganisationen.

Enligt Sveriges kommuner och landsting (SKL) är några grundläggande riktlinjer för en effektiv produktionsstyrning att[6]:

1. skapa ett system för att samla in data
2. bygga upp relationer mellan olika kliniker och definiera informationsflödet dem emellan
3. koordinera enheternas planer så att hela vårdprocessen täcks in
4. förankra produktionsplanen hos medarbetarna så att alla känner vikten av att följa den
5. låta produktionsplanen styra schemat
6. styra dagligen mot produktionsmålen
7. arbeta med kontinuerlig visualisering av resultaten

Produktionsplanering behöver även påverka sättet att lägga schema i vården. En utgångspunkt är att schemat ska utgå från produktions- och kapacitetsplaneringen. Enligt regeringens utredare Göran Stiernstedt bör schemaläggningen vidare så långt möjligt utgå från att tillgodose patientens behov av personlig kontinuitet[7].

[4] Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. SOU 2016:2
[5] Handbok i Produktions- och kapacitetsplanering på kliniknivå, Landstinget I Östergötland, 2014
[6] Att mäta och planera för en välfungerande sjukvård, SKL och rka, 2014
[7] Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. SOU 2016:2

3.2 Modell Region Jämtland Härjedalen

Produktionsplaneringen i Region Jämtland Härjedalen definieras i dokumentet ”*5-stegsmodellen - arbetssätt för produktions- och kapacitetsplanering*[8]”. Här betonas att produktionsplanering ska ses som en förutsättning för effektiv vård. Modellen beskriver följande steg:

Steg 1. Introduktion, med syfte att klara ut teorin för produktions- och kapacitetsplanering.

Steg 2. Bestämma vad som ska planeras med syfte att identifiera och bestämma produktgrupper.

Steg 3. Produktionsplan. I denna fas läggs en plan baserat på produktgrupper över produktionen såsom besök, behandling eller vårdplatser. Produktionsplanen ska bestå av identifierat vårdbehov innefattande nuvarande behov samt prognostiserat behov. Planen ska vara nedbruten på år, månad och vecka.

Steg 4. Kapacitetsplanering, som har till syfte att beräkna kapacitetsbehovet för verksamhetens produktionsplan. Hit hör att ta fram vilka resurser som ska planeras och att kartlägga medarbetares kompetens. Det gäller även att mäta ”*hur lång tid de olika aktiviteterna tar*”, det vill säga att fastställa vilken mängd resurser som behövs.

Steg 5. Produktionsstyrning. Fasen innebär att fastställa och visualisera produktionsplanen, att skapa regelbunden uppföljning och revidering av planen samt att fastställa rutiner för hur avvikelser mot produktionsplanen ska hanteras.

4 Produktionsplanering i Region Jämtland Härjedalen

4.1 Styrning av produktionsplanering

I detta avsnitt redovisas iakttagelser och bedömningar avseende följande revisionsfrågor:

- *Finns det en tydlig organisation, ledning och styrning av införandet/utvecklingen av produktionsplaneringen? Finns planer, mål, mätvärden mm?*
- *Har det givits tydliga uppdrag för införandet/utvecklandet av produktionsplaneringen avseende var, när och hur det ska vara infört och vem/vilka som är ansvariga?*
- *Finns det en styrning mot att produktionsplaneringen sker i team på enhetsnivå?*

4.1.1 Produktionsplanering i de politiska styrdokumenten

De regionplaner som varit aktuella under de senaste åren beskriver *god tillgänglighet* som en förutsättning för en effektiv verksamhet och åtgärder för att förbättra tillgängligheten är prioriterade i Region Jämtland Härjedalen. I Regionplan 2015 – 2017 samt senare i Planeringsförutsättningar 2017 – 2019 för Region Jämtland Härjedalen anges som en av de viktigaste framtidsbilderna i regionen[9] att produktions- och kapacitetsplanering enligt 5-stegsmodellen ska genomföras vid alla berörda verksamheter.

Regionstyrelsens beslut och styrdokumenten under 2015 – 2016 fokuserar i första hand tillgänglighet och inte uttryckligen produktionsplanering. Regionstyrelsen har som mål för 2016 att (citat): ”*Förbättra resultaten avseende tillgänglighet till vård jämfört med 2015”*.

Region Jämtland Härjedalen har en fortsatt svår ekonomisk situation. Åtgärder som syftar mot att nå en ekonomi i balans och god ekonomisk hushållning har hög prioritet. Under 2013 gav landstingsstyrelsen ett tydligt uppdrag[10] till regiondirektören att samlat och långsiktigt hitta ett sätt att vända den negativa trenden (citat): *Att öka landstingets produktion för att framöver möta dagens och morgondagens behov för våra patienter och medborgare. Att göra detta på ett sådant sätt att*

[8] Utvecklingsenheten 16-11-23
[9] Planeringsförutsättningar 2017 - 2019. Region Jämtland Härjedalen
[10] 2013-11-12 Dnr LS/1637/2013

det sker till en lägre kostnad än idag". Uppdraget bidrog till att landstinget under 2013 påbörjade arbetet med införandet av lean.

Efter regionbildningen i januari 2015 fortsatte arbetet med att vidareutveckla verksamheten. Införandet av nytt vårdadministrativt system (COSMIC) påverkade produktion och tillgänglighet negativt. I övrigt fortgick arbetet med Lean. Exempelvis genomfördes värdegrundsspel, värdeflödesanalyser och arbete med produktions- och kapacitetsplanering[11].

Regiondirektören fick i maj 2015 i uppdrag att säkerställa att arbetet med jämställdhetsintegrering, LEAN och kapacitets- och produktionsplanering samordnas[12].

Vid regionstyrelsens uppföljning i maj 2016[13] framgick att antalet förbättringsarbeten kopplat till lean sprider sig och avrop gällande stöd ökar. Detta gäller avrop om stöd vid värdeflödesanalyser, målstyrningstavlor, produktions- och kapacitetsplanering, planeringsdagar och APT (arbetsplatsträffar). Det rapporteras även att fler och fler förfrågningar kommer från enheterna om deltagande vid den regioninterna leanutbildningen. Utmaningen inför 2016 formulerades att ytterligare bredda lean-tänket i organisationen samt möta efterfrågan av lean från verksamheterna.

Variationen mellan olika enheter inom hälso- och sjukvården, när det gäller att nå målen för tillgänglighet är stor, men som helhet uppnår hälso- och sjukvården inte målen. Av de fyra fastställda målen för *tillgänglighet* har det framkommit att målet "*Förbättra resultaten avseende tillgänglighet till vård jämfört med 2015* inte uppnås. Trots mycket arbete med *produktions- och kapacitetsplanering* är måluppfyllelsen första tertialet 2016 sämre jämfört med samma period 2015 när det gäller väntande till och genomförda första besök inom 60 dagar. Samma gäller för väntande på genomförda behandlingar/åtgärder, medan resultat för de första månaderna under 2016 för väntande till behandlingar inom 60 dagar har förbättrats[14].

4.1.2 Iakttagelser om uppdrag för produktionsplanering

Under vintern 2012/2013 genomfördes en förstudie om produktions- och kapacitetsplanering. Utifrån förstudien bildades en arbetsgrupp med syfte att vidareutveckla resultaten från förstudien och ta fram ett arbetssätt som skulle stödja verksamheterna i att förbättra tillgängligheten[15]. Enligt arbetsgruppen behövs en målmedveten satsning för att förbättra tillgängligheten och vårdens kvalitet. Detta bör, enligt arbetsgruppen, ske i Region Jämtland Härjedalen med hjälp av Lean filosofin, ett fokus på ständiga förbättringar och med ett kundperspektiv i verksamheternas flöden. Produktions- och kapacitetsplanering anges av gruppen som en metod och ett pågående arbetssätt som syftar till att förbättra medborgarnas tillgänglighet till hälso- och sjukvård.

I rapporten "Vem gör vad i vården" [16], som färdigställdes under 2016 föreslås att verksamheterna bör erhålla stöd för produktions- och kapacitetsplanering. Bl a bör bemanningsmål, schema, kartläggning av vårdtyngd enligt rapporten fastställas för att fastställa hur bemanning och fördelning av yrkesgrupper ska optimeras.

Regiondirektörens handlingsplan har tillgänglighet som fokusområde (citat): "*Region Jämtland Härjedalen ska vara lätt tillgänglig för alla i länet i behov av hälso- och sjukvård. Minska patienternas väntan genom att uppfylla vårdgarantin.*" Ett av målen i regiondirektörens handlingsplan är att fortsätta implementera produktions- och kapacitetsplanering, (citat) *med tillgänglighet i fokus*[17].

Det är enligt regiondirektörens handlingsplan linjechefer i hälso- och sjukvård som är målgrupp för aktiviteten att implementera 5-stegsmodellen för produktions - och kapacitetsplanering. Det är

[11] Protokoll Regionstyrelsen 2015-03-25-26 *§ 69 Månadsrapport till regionstyrelsen (RS/8/2015)*
[12] Protokoll Regionstyrelsen 2015-05-26—27
[13] Protokoll Regionstyrelsen 2016-05-24—25, *§ 118 Regionstyrelsens uppföljning 2016 om Lean (RS/584/2016)*
[14] §128 Uppföljning av regionstyrelsens verksamhetsplan och uppföljningsplan 2016 (RS/496/2015)
[15] Regionplan 2015 – 2017 samt Regionplan 2016 – 2018
[16] Rapporten *Vem gör vad i vården* utarbetades 2016 på uppdrag av regiondirektören bland annat i syfte att inventera hur avdelningar arbetar för att föra över arbetsuppgifter mellan de olika yrkeskategorierna.
[17] Övergripande handlingsplan för tillgänglighet, Regiondirektören, 2016-04-18

även linjecheferna som är målgrupp för aktiviteten ”Kontinuerlig uppföljning av processen för att implementera produktions- och kapacitetsplanering”. Ansvariga för genomförande är områdeschefer för hälso- och sjukvård samt ansvarig för uppföljning är hälso- och sjukvårdsdirektör.

Hälso- och sjukvårdsdirektören har inför 2017 tydliggjort uppdraget kring produktionsplanering. I hälso- och sjukvårdsförvaltningens verksamhetsplan för 2017 ingår under verksamheternas mål att *utveckla produktions- och kapacitetsplanering genom utbildning, behovsanalys, etablering av system och verktyg samt systematisk uppföljning.*

Inför 2017 har en aktivitetslista avseende produktions- och kapacitetsplanering fastställts. Aktivitetslistan upptar fem punkter[18].

Av den framgår bland annat att tillgängligheten ska av högsta ledningen prioriteras, tydliggöras, kommuniceras ut till alla nivåer och följas upp. Ansvariga är hälso- och sjukvårdsdirektör och utvecklingschef. Vidare ska enligt aktivitetslistan (citat) ”*Respektive verksamhet (ha) kontroll över vad de producerar kopplat till medborgarnas behov med hänsyn tagen till väntelistor och säsongsvariationer.”* Alla verksamheter ska ha en produktionsplan för både operationer och mottagning senast den 30 juni 2017. Controllerfunktionen ska tillsammans med verksamheterna ta fram produktionsplaner.

I granskningen har det har dock framkommit att det finns en otydlighet om exempelvis vårdavdelningar och akutmottagningen ska produktionsplanera sin verksamhet eller inte. Flera enhetschefer från sådana verksamheter, som har besvarat enkäten har angivit att beslutet inte berör dem.

Diagnostisk teknik och service (DTS) med fokus på röntgen och klinisk fysiologi
I DTS verksamhetsplan för 2017 nämns satsningen på att utveckla områdets produktions- och kapacitetsplanering som ska medverka till en förbättring av tillgängligheten. Det står vidare att verksamheterna ska utveckla produktions- och kapacitetsplanering genom utbildning, behovsanalys, etablering av system och verktyg samt systematisk uppföljning.

Områdeschefen för DTS har gett ett specifikt uppdrag till Röntgen gällande produktionsplanering utifrån att det är ett prioriterat område. Enhetschefen på röntgen ska införa[19] ett arbetssätt på enheten som innebär att identifiera produktionsbehov och kapacitet samt dimensionera resurser enligt behov. Ett av målen är att minska väntetiden till olika typer av röntgenundersökningar. Arbetssättet skall införas som en naturlig del i den löpande verksamheten och ha fokus på att förbättra tillgänglighet samtidigt som verksamheten bedrivs så effektivt som möjligt. Införandet skall följa den 5-stegsmodell som finns framtagen för Region Jämtland Härjedalen. Arbetet kommer att följas upp kontinuerligt under våren.

Av genomförda intervjuer har framgått att chefsengagemanget kring produktionsplanering varit stort inom klinisk fysiologi. Redan 2011 initierades ett instrument för att styra och implementera produktionsplanering. Enhetens arbete med produktionsplanering anses av många intervjuade ha varit framgångsrikt och medverkat till att volymer och produktivitet stadig har ökat. Något specifikt uppdrag till klinisk fysiologi har inte getts i nuläget eftersom arbetet med produktionsplanering redan är väl etablerat och fungerande.

Hud-Infektion-Medicin (HIM)
Inom HIM har inga specifika uppdrag getts till enhetscheferna gällande produktionsplanering utan det är i verksamhetsplanen för 2017 som inriktningen nämns (citat): *God tillgänglighet är en förutsättning för effektiv verksamhet. Alla mottagningar kommer att införa produktions- och kapacitetsplaner. För att öka tillgängligheten kommer området att se över vad som kan utföras via distansoberoende teknik och mobila lösningar.* Som ett mål/aktivitet nämns även att utveckla produktions- och kapacitetsplanering genom utbildning, behovsanalys, etablering av system och verktyg samt systematisk uppföljning.

[18] Aktivitetslista – produktions -och kapacitetsplanering. 2016-11-23
[19] Uppdraget är daterad 161122

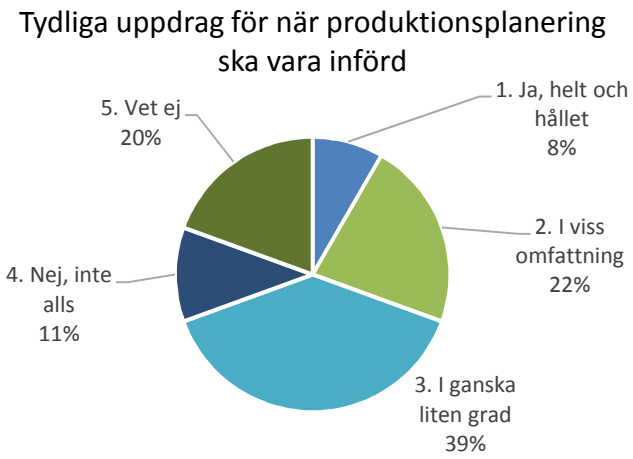
Område hjärt-och kärlsjukdomar, neurologi, rehabilitering och reumatologi (HNR) har, enligt berörda intervjupersoner mer erfarenhet och kunskap kring produktionsplanering och samarbete har under hösten inletts mellan HIM och HNR.

Primärvård
Fokus inom primärvården i Region Jämtland Härjedalen har tidigare koncentrerats till att handla mycket om tillgänglighet och vårdgarantin. Områdeschefen för primärvården har inför 2017 gett tydliga uppdrag till alla närområdeschefer (citat): *Förbättra tillgängligheten genom att implementera produktions- och kapacitetsplanering samt arbeta med kompetensförskjutning.* En av cheferna har fått ett särskilt uppdrag som innebär att tillsammans med ett team ta fram *vad* vårdcentralerna ska fokusera på när det gäller produktionsplanering.

I verksamhetsplan för primärvården 2017 anges som en aktivitet att implementera produktions- och kapacitetsplanering.

Övergripande bild av uppdrag – hela regionen
Resultat från enkäten som berör uppdrag visar att 30 procent anser att det helt och hållet och i viss omfattning givits tydliga uppdrag för när produktionsplanering ska vara införd enligt 5-stegsmodellen inom respektive ansvarsområde (se diagram).

Det bör beaktas vid tolkningen av enkätresultaten att flera personer som har besvarat enkäten inte har uppfattat att de har uppdrag att bedriva produktionsplanering inom sin verksamhet.



4.1.3 Iakttagelser om ansvar och organisation

Ansvaret för produktionsplanering ligger i linjen. Intervjupersonerna är samstämmiga kring att ansvaret för produktionsplaneringen ligger hos enhetscheferna men att även områdescheferna har ett ansvar att se till att arbetet utvecklas i den riktning som är tänkt.

I uppstarten av arbetet med 5-stegsmodellen ska en genomgång av uppdrag och förutsättningar ske med områdeschef/verksamhetschef, enhetschef, medicinskts ansvariga samt andra nyckelpersoner. Medlemmar från central stab medverkar vid behov. På enheten ska sedan en grupp bildas tillsammans med resurspersoner från verksamheten som praktiskt ska jobba med ämnet. Gruppen kan bestå av medarbetare från enhetens yrkesgrupper, enhetschef samt andra nyckelpersoner till exempel ansvariga för tidsbokning.

Utvecklingsenheten har i uppdrag att *stötta verksamheterna*. Det centrala resursstödet består av väntetidssamordnare, produktionsledare och leansamordnare[20]. Lokalt deltar verksamhetsutvecklare, ekonom, personalkonsult. Det är inte uttalat att arbetet med produktionsplanering ska ske i *team*, men områdena ska ha särskilda produktionsmöten där representanter från producerande enheter ingår och där även controller från Utvecklingsenheten deltar[21].

HNR och barnmedicin arbetar exempelvis på detta sätt och framställs vid intervjuer som goda exempel på framgångsrikt arbete. Ekonomerna är en funktion som är central i arbetet och utgör en viktig teammedlem.

[20] Övergripande handlingsplan för tillgänglighet, Regiondirektören, 2016-04-18
[21] Aktivitetslista – produktions -och kapacitetsplanering. 2016-11-23

Gemensamma iakttagelser – hela regionen
Enligt det resultat som framkommit i enkäten anser 56 procent av respondenterna att det helt och hållet eller i viss omfattning finns en tydlig ledning och styrning av införandet av produktionsplaneringen från Region Jämtland Härjedalens ledning. Enkäten visar även att 58 procent anser att det helt och hållet eller i viss omfattning finns en tydlig övergripande organisation för arbetet med produktionsplanering (se vidare bilaga 1).

4.2 Uppföljning och rapportering av produktionsplanering

I detta avsnitt redovisas iakttagelser och bedömningar avseende följande revisionsfrågor:

- *I vilken utsträckning sker produktionsplanering med utgångspunkt från en kapacitetsplanering som utgår från behoven?*
- *Finns det tillgång till aktuella och tillförlitliga data som är nödvändiga för produktionsplaneringen?*
- *Är rapporterings- och beslutsvägarna tydliga och effektiva? Finns en tillfredsställande uppföljning av införandet/utvecklingen av produktionsplaneringen?*

I det inledande avsnittet (4.2.1) ges en bild av nuläget vad gäller produktionsplaneringen i Region Jämtland Härjedalens hälso- och sjukvård.

4.2.1 Iakttagelser om genomförande av produktionsplanering i praktiken

Produktionsplanering - nuläget
Utvecklingsenheten genomför kontinuerligt en uppföljning av hur införandet av produktionsplanering ligger till. Läget i november 2016 framgår av nedanstående tabell. (Bedömningen som genomförs av utvecklingsenheten är en uppskattning).

	Jan-16	Feb-16	Mars-16	Apr-16	Maj-16	Juni-16	Juli-16	Aug-16	Sep-16	Okt-16	Nov-16
Enhet											
Barnmottagningen	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Klinisk fysiologi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Neurologen	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Ortopedi	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%
Ögon	61%	61%	61%	61%	61%	61%	61%	61%	63%	63%	63%
Hörcentralen	62%	62%	62%	62%	62%	62%	62%	62%	62%	62%	62%
Hjärt	31%	31%	31%	31%	31%	31%	31%	31%	31%	31%	62%
Öron	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%
Kirurgi	56%	56%	56%	56%	56%	56%	56%	56%	56%	56%	56%
Kvinnosjukvård	36%	36%	45%	45%	45%	45%	45%	45%	45%	56%	56%
Reumatologi	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%
Medicin mottagningen	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
Magtarm mottagningen	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
Psykiatri	22%	22%	22%	23%	23%	23%	23%	23%	23%	23%	25%
FBH, BUH	14%	14%	14%	14%	14%	14%	14%	14%	14%	14%	14%
Hud	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%
Rehab	13%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
Lung	0%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
Primärvård	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
BUP	0%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
Infektion	0%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
Röntgen	0%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%

Tre enheter arbetade redan innan 2016 med produktionsplanering fullt ut. Dessa är barnmottagningen, klinisk fysiologi samt neurologen. Ytterligare några områden befinner sig långt fram i implementeringsprocessen. Hit hör exempelvis ortopedi, ögon, öron och hjärta. Även kirurgi och kvinnosjukvård bedöms ha kommit relativt långt i processen. Förbättringar under 2016 har främst skett inom hjärtverksamheten och inom kvinnosjukvården.

Flertalet av de enheter som specialstuderats i denna granskning, såsom infektion, hud, röntgen och primärvård, befinner sig i ett tidigt skede i planeringen. Enligt intervjuer är dock alla de berörda områdena/enheterna i startgroparna för ett införande.

Inom område *Hud-Infektion-Medicin (HIM)* avses arbetet starta i inledningen av 2017. Analys av besöksorsaker har påbörjats. Stöd och hjälp kommer bland annat att hämtas från Hjärta-Neurologi och Rehabilitering (HNR).

Även område *Primärvård* är i startfas med produktionsplanering. Ansvaret för att koordinera produktions- och kapacitetsplanering inom området ligger på en av enhetscheferna. Lokalt tillämpas, enligt vad som framkommit i intervjuerna, olika arbetsmetoder för att hålla koll på och styra flöden och produktion och handläggningstider. Det beskrivs som viktigt att alla personalkategoriers kompetens kan nyttjas på ett optimalt sätt i produktionsplaneringen för att det ska bli kostnadseffektivt. En del av arbetet består i gemensamma tillgänglighetsmöten med sjukhusklinikerna.

Inom område *Diagnostik, Teknik och Service (DTS)* har Röntgenenheten förändrat sin organisation och rekryterat en enhetschef som ska ansvara för införandet av produktionsplanering. En person ska även anställas för att hjälpa till med schemaplanering inom röntgen. Verksamhetsutvecklare ska involveras. Uppföljning ska ske vid ledningsgruppsmöten. En större återrapportering till områdeschefen ska ske i maj 2017. Intervjupersoner påpekar att förutsättningarna för produktionsplanering inom röntgen påverkas av patientflödet från andra kliniker.

Klinisk fysiologi

Klinisk fysiologi som tillhör område Diagnostik, Teknik och Service (DTS) är ett exempel på verksamhet som bedriver produktionsplanering i full skala. Redan 2011 började enheten konstruera en modell för produktions- och kapacitetsplanering. Bakgrunden var bland annat att enheten stod med ett stort patientbehov och dyra maskiner som stod stilla i för hög utsträckning. Det behövdes en bättre uppföljning av behov och kapacitet för att personalen skulle veta hur verksamheten låg till i förhållande till behov och uppdrag.

Produktionsplaneringen som används inom klinisk fysiologi visar på kapacitetsbehovet sett till volymförändringar. Modellen kan visa vad som krävs för att uppnå verksamhetsmålen om förväntad tillgänglighet för alla enskilda undersökningsmetoder som används inom verksamheten. Analyserna ledde fram till att all årsproduktion som behövde utföras lades ut per dag och vecka i varje delfunktion inom verksamheten. Det gav också information om vilken kapacitet som måste finnas för att kunna ta hand om behovet av insatser. Pensionärer, stafetter med mera togs in för att fylla upp den produktion som krävdes. Planen har sedan blivit en utgångspunkt för att effektivisera och strukturera verksamheten och se över yrkeskategoriernas uppgifter. En viktig del är att tidsbokningen baseras på produktionsplanen. Effekten av produktionsplaneringen är att såväl produktiviteten som volymen har ökat.

Samspel över klinikgränser

Flera intervjuade framhåller att produktionsplanering inte kan ske i stuprör utan att det måste finnas en samsyn och en tydlig koordination. Det efterfrågas i högre utsträckning än vad som hittills hanterats vad gäller produktionsplaneringsuppdrag och arbetsmodeller hur planeringen ska samordnas över klinikgränserna. Det efterlyses även tydligare hur de ”målkonflikter” som kan uppstå mellan olika behov ska lösas och av vem.

I enkäten har efterfrågats "*Sker koordination vid produktionsplanering med andra enheter eller områden på ett tillfredsställande sätt?*". Endast 3 av 36 svarande i enkäten har angivit att så sker i ganska hög grad. Övriga anger ”vet ej” eller anger att det sker i ganska eller mycket låg grad (se även bilaga 1).

Skillnader mellan olika delar av organisationen

Det finns enligt vad som framkommit en medvetenhet om de stora skillnaderna mellan olika enheter och verksamheter. Exempel på förklaringar som lyfts fram är:

- Bemanningsläget och eventuellt beroende av hyrläkare
- Kunskapsnivån
- Chefsbyten
- Eldsjälar och intresse

Faktorer som kommit fram är även betydelsen av att ha egna läkare, vilket inte är fallet inom flera enheter. Det beskrivs som en klar fördel om det finns en samlad ledning för all personal vid enheten jämfört med om personalen är uppdelad. För exempelvis läkarenheter är det mer komplext att koordinera och fördela sina resurser mellan mottagning, vårdavdelning och operation.

Flera beskriver också att arbetet hittills har haft starkt fokus på opererade verksamheter och inte på exempelvis primärvård och diagnostik.

Sker produktionsplanering med utgångspunkt från en kapacitetsplanering som utgår från behoven?
Enligt aktivitetsplanen ska verksamheterna, såsom har framgått, ha kontroll över vad de producerar kopplat till medborgarnas behov med hänsyn tagen till väntelistor och säsongsvariationer. Flertalet av de intervjuade har svårt att svara på frågan om produktions- och kapacitetsplanering utgår från behoven eftersom de inte är framme i sitt införandearbete vid kapacitetsfrågan ännu. Många är dock medvetna om problematiken och ser utmaningar kring schemaläggning bland läkare. Dessutom finns läkarbrister inom vissa delar. Vissa specialiteter har någon enstaka specialist. Följden antas av intervjupersoner bli att verksamheten får planeras efter läkarnas schema och inte efter patienternas behov.

Det understryks också i intervjuer att formerna för samplanering mellan mottagning, vårdavdelning och läkarenheter behöver ses över. Det samma gäller de områden/enheter som är beroende av varandra eller har täta remissflöden. Det lyfts även upp att remisserna generellt behöver förbättras, bland annat från primärvården, för att produktionsplaneringen ska kunna fungera.

Produktionsplaneringen som modell tvingar verksamheten att analysera sitt flöde noggrant. Intervjupersonerna säger sig notera att det redan i denna fas är möjligt att identifiera förbättringar och styrning av patienten till rätt yrkesgrupp.

Effekter för patienten
Det finns en förväntan om att produktions- och kapacitetsplanering kommer att leda till förbättrade arbetssätt. Flera intervjuade säger sig se tydliga kopplingar kring arbetet med patientcentrerad vård. Patienten ska exempelvis i större omfattning kunna boka tid själv eller förbereda sig på nätet själv först.

Produktionsplaneringen förväntas leda till högre kvalitet i mötet med patienten som ska få träffa rätt person vid rätt tillfälle. Andra positiva effekter för patienten enligt intervjupersonerna är bättre tillgänglighet och framförallt färre om- och avbokningar.

4.2.2 Iakttagelser om underlag för produktionsplanering

Behov av data
Region Jämtland Härjedalens 5-stegsmodell anger vilken typ av data och underlag som behövs för produktionsplanering. Dessa är förenklat:

- Uppgifter om befolkningens behov; bland annat flöden med beaktande av säsongsvariationer, prognoser, rensade väntelistor, remisser mm
- Resurser (personal, apparatur och lokaler) som krävs för att ta hand om behoven inom olika produktionsområden (produktgrupper)

Det bör vidare fastställas vilka uppgifter som ska registreras i journal- och andra rapporteringssystem. Målet, enligt 5-stegsmodellen, är att det ska produceras rapporter automatiskt.

Med dessa data som grund ska en produktionsplan nedbruten på år, månad och vecka beskrivas i vilken det framgår (uttryckt i antal) volymer/kvantiteter (operationer, nybesök, återbesök, vårddygn) under planeringshorisonten. Kopplat till detta ska kapaciteten beräknas och synkroniseras med produktionsplanen. Det understryks att planeringen ska baseras på standardiserade begrepp. Rapporter över väntetidsläget ska sändas till de verksamheter som har produktionsplaner.

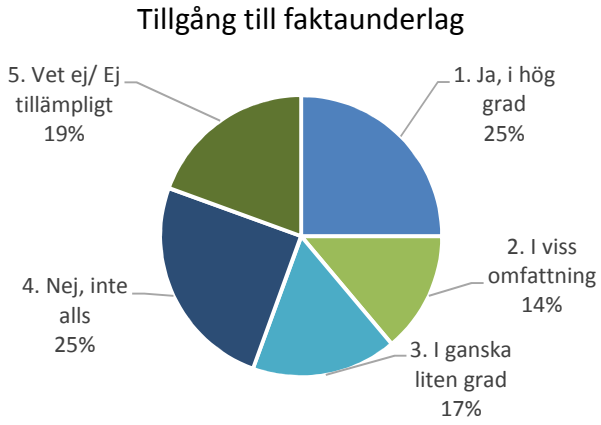
Underlag för planeringen
Ambitionen är att enheterna ska försörjas automatiskt med produktions- och personaldata som underlag för den produktionsplanering som ska ske lokalt. Det sker tillsvidare inom mottagningsverksamheten och för läkare, men ännu inte för avdelningar och sjuksköterskor. Avsikten är att dessa funktioner successivt ska läggas till. Den person som svarat för framtagande av utdata och utveckling av dessa funktioner har slutat under hösten, vilket beskrivs som ett avbräck i verksamheten.

Av intervjuerna har framgått att det varierar en hel del hur underlag för produktions- och personaldata fungerar i de olika verksamheterna. Inom område *DTS* kan data tas från ledningsinformationssystemet, vilket uppges fungera bra. Uppgifter från andra system, till exempel radiologisystemet, kan dock vara komplext.

Från område *HIM* uppges att enheterna börjar få koll på det faktaunderlag som behöv för planeringen. Det har bland annat byggts moduler för planering enligt 5-stegsmodellen. Det efterfrågas dock mer genomarbetade analyser där enheterna erfarenhetsmässigt kan gör listor för hur patientströmmarna/flöden kommer att se ut tre till fyra månader framåt i tiden. Verksamhetsutvecklarna inom området uppger att de tillsvidare inte varit involverade i arbetet med utdata.

Område *Primärvård* lyfter fram situationen med en hög andel hyrläkare som en komplikation för att åstadkomma en stabil planering.

Övergripande bild av tillgång till fakta - hela regionen
Deltagarna i enkäten har fått ta ställning till om de har det faktaunderlag för planeringen som erfordras. Resultatet åskådliggörs i vidstående diagram. Det är en fjärdedel av enhetscheferna som ger uttryck för stor nöjdhet med tillgången på underlag.



4.2.3 Iakttagelser om uppföljning av produktionsplanering

Allmänt
I den tidigare refererade aktivitetslistan berörs hur produktionsplaneringen ska följas upp. Tillgänglighet ska vara en stående punkt på varje områdesledningsmöte. Där ska områdets tillgänglighet och avvikelser mot produktionsplan eller vårdgaranti diskuteras. Området ska också ha särskilda produktionsmöten där representanter från producerande enheter ingår och där även controller från utvecklingsenheten deltar[22].

Uppföljning av 5-stegsmodellen sker från utvecklingsenhetens sida bland annat genom kontinuerliga möten där det skattas i vilket skede verksamheterna befinner sig i relation till plan. Det team som fått ansvar för frågan träffar alla berörda verksamheter två gånger per termin. Oftast deltar områdeschefer, verksamhetschefer, verksamhetsutvecklare och andra som är intresserade eller direkt berörda. Uppföljningen är strukturerad med sexton frågor som gås igenom varje gång.

Uppföljning sker vid fördjupningsdialoger som normalt sker fyra till fem gånger per år mellan hälso- och sjukvårdsdirektören[23] och respektive område. Uppföljning sker också vid tillgänglighetsmöten som sker varannan vecka. Av de minnesanteckningar som har upprättats framgår att frågan om produktionsplanering varit uppe för diskussion sedan flera år tillbaka. Av områdenas/enheternas rapportering har det framställts som att införande av produktionsplaneringen skulle vara nära förestående från 2014 och framåt. Med några undantag är det dock först hösten 2016 som planeringen inför produktionsplanering diskuteras mer konkret.

Frågan om produktions- och kapacitetsplanering har inte lyfts upp eller kommenterats i Region Jämtland Härjedalens årsredovisning för 2015. Fokus i denna typ av rapportering ligger på tillgänglighet, kösituation och produktion.

Sker uppföljning av införandet/utvecklingen av produktionsplaneringen?
Inget av de tre områden som varit föremål för denna granskning har ännu (i december 2016) fastställt konkreta mål eller mätvärden avseende produktionsplaneringen. Däremot uttalas avsikten att

[22] Aktivitetslista – produktions -och kapacitetsplanering. 2016-11-23
[23] I den tidigare organisationen leddes dialogerna av biträdande landstingsdirektören

uppföljning ska ske inom ramen för Region Jämtland Härjedalens ledningsinformationssystem. Inom *HIM* har tillsvidare (november 2016) inte skett någon intern uppföljning av produktionsplanering inom området. Inom område *DTS* har enheterna fått till uppdrag att fastställa mål och mätvärden som ska återfinnas i områdets måltavla. Det behövs, enligt de intervjuade, konkreta mål med vad som ska uppnås med produktionsplaneringen exempelvis i form av volymer och kapaciteter som kan kopplas till regionens övergripande mål. Det behövs också en inventering av såväl personstyrka som maskinpark.

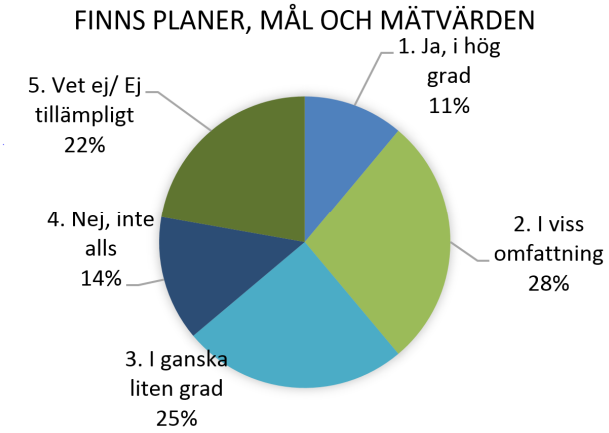
Från område *Primärvård* uppges att fokus ligger på vårdgarantins krav att få kontakt med primärvården via telefon samma dag och göra läkarbesök senast inom sju dagar. Rapporteringen av tillgänglighet sker till Sveriges kommuner och landsting.

Vid intervjuer har det framkommit att de enheter som kommit långt i arbetet med produktionsplanering, exempelvis barnmottagningen och ortopedin, genomför fortlöpande uppföljning av produktionsläget utifrån fastställd produktionsplan.

Övergripande bild om uppföljning - hela regionen

I den enkät som har genomförts inom ramen för projektet återfinns påståendet: *Vi har planer, mål, mätvärden med mera för produktions- och kapacitetsplanering inom enheten.*

På denna fråga har 39 procent svarat att så är fallet åtminstone i någon omfattning. Lika många anser att så inte är fallet i ganska liten grad eller inte alls (se vidstående diagram).



Rapporteringsvägar

Region- och hälso- och sjukvårdsledningarna uppger att insatser vidtagits för att göra rapporterings- och beslutsvägarna tydligare och effektivare inför kommande år. Rapporteringen ska ske i linjen från enhetsnivå till områdesnivå och vidare till hälso- och sjukvårdsledningen. Parallellt sker även uppföljning från utvecklingsenhetens sida.

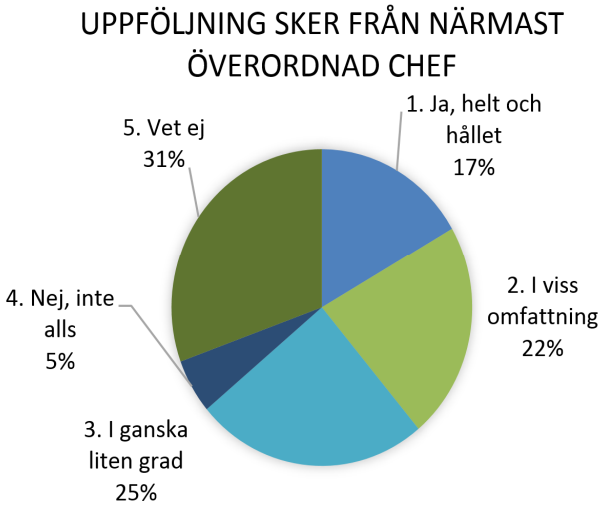
Bland de personer som intervjuats på enhetsnivå uttalas en viss osäkerhet om var och hur rapporteringen förväntas ske. Inom område *HIM* tas frågan upp när utvecklingsenhetens särskilda team för produktionsplanering gör sin uppföljning av 5-stegsmodellen. Det sker normalt två gånger per termin. Intervjupersonerna uppger att det kommer att fastställas vilken löpande rapportering som ska ske när produktionsplaneringen kommit igång.

Inom område *DTS* används måltavla. Enligt intervjuade efterfrågas inga specifika uppgifter om produktionsplanering.

Område *Primärvård* har inlett arbete med produktionsplanering relativt nyligen och har inte fastställt vilken rapportering som ska ske.

Övergripande bild om rapportering – hela regionen

Enkäten innehåller frågan: ” Det sker en uppföljning av införandet/ utvecklingen av produktionsplaneringen från närmast överordnad chef”. Utfallen av svaren framgår i vidstående diagram.



Bland intervjuade enhetschefer och verksamhetsutvecklare uppfattar många att målen och motiven för produktionsplaneringen är otydliga.

Hantering av avvikelse från planen att inleda produktionsplanering
Enligt den modell som Region Jämtland Härjedalen avser tillämpa för produktionsplanering ska avvikelser från planerna följas upp minst veckovis. Det betonas att det är viktigt att fastställa i vilket forum detta ska göras. Avvikelsehanteringen förutsätts bli en central del i arbetet för samtliga enheter att få kontroll över vad de producerar kopplat till medborgarnas behov.

Från de intervjuer som gjorts på områdes- respektive enhetsnivå inom de tre områdena som ingår i granskningen framgår att inga åtgärder tillsvidare har vidtagits när avsteg skett från fastställd planering för produktionsplanering. Flertalet intervjuade menar att frågan är för tidigt väckt för att kunna besvaras.

4.3 Förutsättningar för produktionsplanering

I detta avsnitt redovisas iakttagelser och bedömningar avseende följande revisionsfrågor:

- *Är modellen för produktionsplanering förankrad i verksamheten?*
- *Har verksamheten tillgång till det stöd, i nödvändig omfattning, som de behöver för att införa/utveckla produktionsplaneringen (t ex tid, egen kompetens respektive tillgång till kompetens, IT-stöd, ekonomer, personaladministration)?*

4.3.1 Iakttagelser om förankringen av produktionsplanering

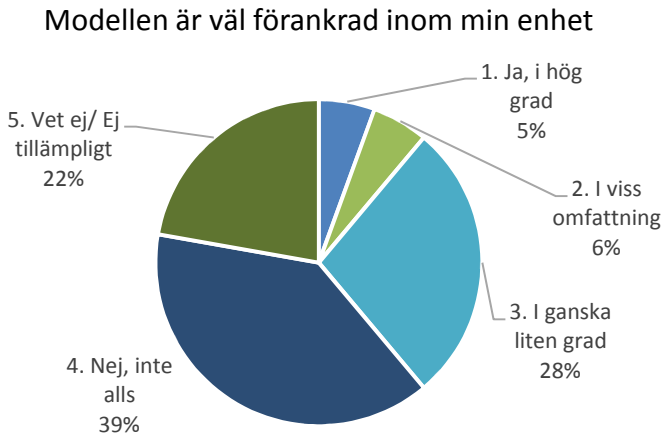
Under hösten 2016 genomfördes en stor utbildningssatsning då 250 personer från Region Jämtland Härjedalen samlades för att inspireras och lära om produktionsplanering och ta del av erfarenheter från Gävleborgs läns landsting. Aktiviteten uppfattades som inspirerande enligt genomförda intervjuer och gav tydliga signaler, bland annat från hälso- och sjukvårdsdirektören, om att satsningen på produktionsplanering är långsiktig inom Region Jämtland Härjedalen.

I genomförda intervjuer pekar representanter för ledningen på att de inte lyckats tydliggöra *hur* verksamheterna rent praktiskt ska ta sig an arbetet med produktionsplanering i praktiken.

Områdeschefer och enhetschefer betonar vikten av förankring hos medarbetarna om *varför* arbetet med produktionsplanering är centralt och viktigt. De lyfter även fram betydelsen av att vara uthållig med budskapet och arbetet. För den enskilde medarbetaren ska det på sikt vara tydligt vad som förväntas av honom eller henne i arbetet med produktionsplanering vilket kräver ett förändringsarbete med lokal förankring och involvering av de som arbetar i verksamheten.

Förankringen av modellen för produktionsplanering har kommit olika långt inom olika områden och verksamheter i Region Jämtland Härjedalen vilket nedanstående uttalanden vittnar om (Citat) ”*Vi har fått information om modellen men det har varit svårt att förstå helheten.*”

Övergripande bild av förankring – hela regionen
Resultaten från enkäten visar att 67 procent anser att 5-stegsmodellen i ganska liten grad eller inte alls är väl förankrad inom enheten. Vidare är det endast fem procent som anser att de känner till 5-stegsmodellen i mycket hög grad (se diagram).

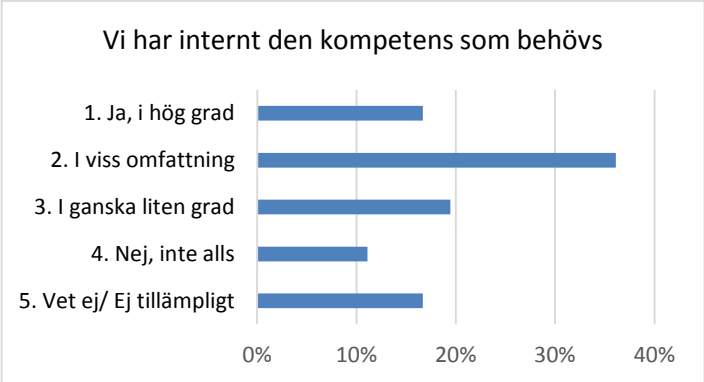


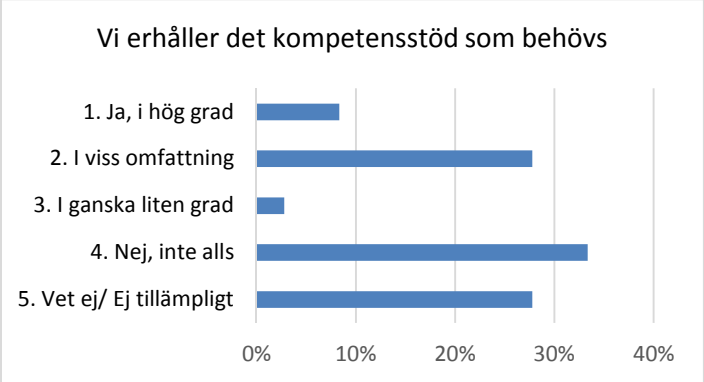
4.3.2 Iakttagelser om verksamhetens tillgång till stöd för produktionsplanering

Enligt 5-stegsmodellen kommer områdena och enheterna att erhålla resursstöd från central och lokal stab i form av leancoach, verksamhetsutvecklare, ekonom, personalkonsult och produktionsledare. Utvecklingsenheten ges även från och med 2017 en utökad controllerfunktion att stötta och följa upp arbetet på områdes- och enhetsnivå.

Hälso- och sjukvårdsdirektörens aktivitetslista anger att det ska skapas en stödfunktion lokalt på varje verksamhet bestående av ekonom, verksamhetsutvecklare och personalkonsult och utbilda dessa till att bli självrullande stöd till enhetschef och områdeschef. Enligt aktivitetslistan ska även stöd till tillgänglighetsarbetet i datasystem bl a utdatarapporter prioriteras. Begrepp och registrering ska standardiseras.

Ungefär en tredjedel av de som har besvarat enkäten anser sig åtminstone i viss omfattning erhålla det kompetensstöd som behövs för produktionsplaneringen. Drygt varannan anser sig internt ha kompetens för att kunna produktionsplanera. Det är samtidigt tydligt att många efterfrågar mer kompetens om produktionsplanering som metod. Se vidare i nedanstående diagram. Var femte enhetschef som besvarat enkäten har svarat ”Vet ej/ej tillämpligt”. Detta är till stor del beroende på att de inte har uppfattat att de har uppdrag att bedriva produktionsplanering inom sin verksamhet.





Av de intervjuer som genomförts framträder motsvarande något otydliga bild. Eftersom flera av de berörda enheterna ännu inte bedriver produktionsplanering i skarpt läge vet de inte heller vilken kompetens som kommer att behövas.

Från regiondirektörens och hälso- och sjukvårdsdirektörens sida har det inför 2017 klargjorts att det är på enhetsnivå som ansvaret för produktionsplanering ska finnas. Beslut har vidare tagits om att stärka det centrala stödet från utvecklingsenhetens sida samt att områdenas verksamhetsutvecklare och ekonomer ska spela en aktiv roll i enheternas produktions- och kapacitetsplanering. De verksamhetsutvecklare som intervjuats bland de tre områden som ingår i granskningen framför samtliga att de ännu inte har fått en tydlig roll i arbetet och inte heller fått den utbildning som de behöver. Flera rapporterar dock att verksamhetsutvecklarna fyller en viktig funktion på de enheter/områden som har kommit längre i arbetet med produktionsplaneringen.

Flera enhetschefer uppger att de (citat) ”*sitter och pillar själv*”. De kan inte enkelt identifiera de personer som de kan lära upp att stödja dem i detta arbete. Flera intervjuade tar upp frågan om brist på egen tid liksom bristen på administrativa resurser som en flaskhals för implementeringen av produktionsplanering.

5 Slutsatser

5.1 Viktiga iakttagelser

Styrning
I Region Jämtland Härjedalen har under de senaste åren politiska beslut och styrdokument från regionstyrelsens sida i första hand fokuserat på åtgärder för att förbättra tillgänglighet och inte uttryckligen produktionsplanering. Införande av produktionsplanering har dock varit en ambition sedan länge. Modellen har inte tillämpats i den utsträckning som förväntats och införandet har hittills skett endast inom ett mindre antal enheter.

För att få ett större genomslag i arbetet att införa produktionsplanering har tjänstemannaledningen i Region Jämtland Härjedalen under hösten 2016 fattat beslut om att rikta ett ökat fokus på detta arbete. Inför 2017 har vidare klargjorts att samtliga enheter ska införa produktionsplanering och att förberedelsearbetet ska vara klart till den 30 juni 2017. En aktivitetslista är framtagen som inkluderar uppföljning och förstärkning av stödresurserna gentemot enheterna i hälso- och sjukvården som har ansvar för att införa produktionsplanering.

Ansvar
Ansvaret att ta fram planer, mål och mätvärden åvilar respektive enhet. Enhetscheferna har en viktig roll i arbetet men även områdescheferna har ett ansvar att se till att arbetet utvecklas i den riktning som är tänkt. De handlings- och aktivitetsplaner som har beslutats pekar ut vissa resurser som ska bilda team och medverka i det konkreta arbetet med produktionsplanering.

Dessa direktiv beskriver dock inte hur arbetet ska genomföras eller bemannas när flera enheter är involverade i en vårdprocess och beroende av varandra. En vattendelare som har framkommit i granskningen är om det finns en samlad ledning för all personal vid enheten jämfört med om personalen inom ett verksamhetsområde är uppdelad mellan flera enheter. Det kan exempelvis vara fallet inom områden där läkarna finns inom enhet medan övrig personal finns vid andra enheter såsom mottagnings- eller vårdavdelningsenheter. I det senare fallet är det mer komplext att koordinera och fördela resurserna. Följden riskerar i sådana fall bli att verksamheten planeras efter läkarnas schema och inte efter patienternas behov.

Uppföljning
Rapporterings- och beslutsvägarna har förtydligats inför 2017. Rapporteringen ska ske i linjen från enhetsnivå till områdesnivå och vidare till hälso- och sjukvårdsledningen. Uppföljning av 5-stegsmodellen sker från utvecklingsenhetens sida bland annat genom kontinuerliga möten där det skattas i vilket skede verksamheterna befinner sig i relation till plan. Uppföljning sker vidare från hälso- och sjukvårdsdirektörens sida vid ordinarie dialoger och tillgänglighetsmöten. Fördjupningsdialoger genomförs även regelbundet mellan hälso- och sjukvårdsdirektören och respektive område.

Det har framgått bland de områden som granskats djupare att inga åtgärder tillsvidare har vidtagits när avsteg skett från fastställd planering för produktionsplanering. De berörda intervjuade menar att frågan är för tidigt väckt för att kunna besvaras.

Stöd
Regionledningen har inför 2017 fattat beslut om att stärka det centrala stödet från utvecklingsenhetens sida samt att områdenas verksamhetsutvecklare och ekonomer ska spela en aktiv roll i enheternas produktions- och kapacitetsplanering. Region Jämtland Härjedalens ambition är att enheterna ska försörjas automatiskt med den produktions- och personaldata som de behöver som underlag för sin produktionsplanering. I granskningen har det framgått att det finns en osäkerhet om hur detta ska fungera i praktiken.

Förankring
Förankringen av arbetet med produktionsplanering och 5-stegsmodellen skiljer sig åt mellan enheter och verksamheter. Det finns medarbetare som inte hört talas om 5-stegsmodellen, andra som är i uppstart och några som är i full gång med arbetet. Inom flertalet verksamheter anges att förankringen av produktionsplanering hos medarbetarna är svag.

5.2 Sammanfattande bedömning

Syfte med granskningen och övergripande revisionsfråga är att svara på om regionstyrelsen har en tydlig styrning och kontroll av att införandet/utvecklingen av produktionsplaneringen sker på ett tillfredsställande sätt.

Vår bedömning är att regionstyrelsen, under de två år, 2015 och 2016 som granskningen främst har överblickat, inte har haft en tydlig styrning, uppföljning och kontroll av införandet av produktionsplanering. Det kan ha bidragit till de fortsatta problemen att erbjuda befolkningen en hälso- och sjukvård med god tillgänglighet. Det har rått en osäkerhet i organisationen kring syftet med och vad som gäller för produktionsplanering. Inför 2017 har flera beslut fattats som rör styrning, uppföljning och ansvar som enligt vår bedömning skapar bättre förutsättningar för att de fattade besluten om produktionsplanering ska nås på ett mer tillfredsställande sätt.

5.3 Förbättringsområden

Granskning har föranlett förslag till följande rekommendationer:

- Det bör tydliggöras att införandet av produktionsplanering är långsiktigt och det bör anges vilka strategiska motiv som motiverar satsningen. Beslutsmekanismer och spelregler behöver också förtydligas så att det framgår att produktionsplaneringen inklusive kapacitetsplaneringen ska ske utifrån patienternas behov och hur det ska ske.
- Mål och mått, som styr mot vad produktionsplaneringen förväntas leda till exempelvis i termer av tillgänglighet, effektivitet och resurser, bör successivt utvecklas.
- Uppdragen avseende produktionsplanering bör förtydligas och eventuella avgränsningar om vilka enheter och verksamheter som berörs eller inte berörs anges.
- Det bör fastställas rutiner för hur produktionsplanering som berör flera enheter och/eller områden ska ske.
- Tillräckliga resurser behöver säkerställas vad gäller datatillgång för ett smidigt och säkert arbete med planeringen på enhetsnivå.
- Ett fortsatt långsiktigt förankringsarbete från ledningens sida behövs för att samtliga medarbetare ska förstå syftet med arbetet och sin egen roll i arbetet med produktionsplanering.
- Fortsatt kompetensutveckling behövs av chefer, personal och stödfunktioner som ska genomföra en effektiv produktionsplanering.

Bilaga 1 – Resultat från enkät

Om enkäten och dess resultat

Som en del av granskningen genomfördes en enkätundersökning om produktions- och kapacitetsplanering[24] i Region Jämtland Härjedalen. Enkäten är ett komplement till övrigt underlag i granskningen i form av intervjuer, statistik, dokumentanalyser mm. Enkäten och dess frågeställningar är konstruerad utifrån de fastställda granskningsfrågorna.

Enkäten skickade till 51 chefer i Region Jämtland Härjedalen och besvarades av 36 personer. Svarsfrekvensen blev därmed 71 procent.

Det bör beaktas vid tolkningen av enkäten att flera personer som har besvarat den inte har uppfattat att de har uppdrag att bedriva produktionsplanering inom sin verksamhet vilket avspeglas i en relativt hög andel som svarat ”Vet ej/Ej tillämpligt”.

Enkäten genomfördes som web-enkät under perioden 16 december 2016 och 9 januari 2017.

Enkäten är huvudsakligen indelad i tre frågeområden för att mäta och förstå hur chefer inom Region Jämtland Härjedalen uppfattar PoK utifrån nuläge och potential, styrning samt förbättring och utveckling. Enkäten omfattar dels frågor med fasta svarsalternativ och dels frågor med öppna svarsalternativ. Frågorna framgår av nedanstående redovisning av enkätens resultat.

1. BAKGRUNDSFAKTA

Fråga 1.1 Utöver din roll som chef, vilken bakgrund har du?

	Antal
Läkare	**2**
Sjuksköterska	**23**
Annan befattning*	**11**
Totalt	**36**
Svarsfrekvens	***71%***

*ingenjör, BMA, socionom, psykolog, arbetsterapeut, personal/HR, handläggare ekonomi och personal

Fråga 1.2 Vilket verksamhetsområde tillhör du?

	Antal	%
Akutvård	**4**	*11*
Barn och unga vuxna	**3**	*8*
Barn och ungdomsmedicin	**2**	*6*
Diagnostik, teknik och service	**2**	*6*
Folktandvård	**0**	*0*
Hjärta, Neurologi och Rehabilitering	**2**	*6*
Hud, Infektion, Medicin	**4**	*11*
Kirurgi, Ögon, Öron	**5**	*14*
Kvinna	**1**	*3*
Ortopedi	**2**	*6*
Primärvård	**7**	*19*
Psykiatri	**4**	*11*
Annat	**0**	*0*

[24] Förkortas i sammanställning ibland till PoK

2. NULÄGE OCH POTENTIAL

Fråga 2.1 Hur väl anser du att du känner till 5-stegsmodellen?

	Antal	%
I mycket hög grad	**3**	*8*
I ganska hög grad	**9**	*25*
I ganska låg grad	**14**	*39*
I mycket låg grad	**9**	*25*
Vet ej	**1**	*3*

Kommentar: Vi har fått information men det har varit svårt att förstå helheten.

Fråga 2.2 Hur ser förutsättningar ut för att använda 5-stegsmodellen för att bedriva produktions- och kapacitetsplanering inom din/dina enheter?

Svarsalternativ	Ja, i hög grad	I viss omfattning	I ganska liten grad	Nej, inte alls	Vet ej/ ej tillgängligt

Svarande som anger i ganska liten grad eller nej, inte alls

	Antal	%
Vi har det faktaunderlag för planeringen som erfordras	**15**	*42*
Vi har internt den kompetens som behövs	**11**	*31*
Vi erhåller det kompetensstöd som behövs	**13**	*36*
PoK enligt 5-stegsmodellen är väl förankrad inom min enhet	**24**	*67*
Det är tydligt vilket ansvar min/mina enheter har för att införa PoK enligt 5-stegsmodellen	**19**	*53*
Vi har planer, mål, mätvärden mm. för PoK inom enheten	**14**	*39*
Vår PoK utgår ifrån patient-/kundbehovet	**4**	*11*

Fråga 2.3 I vilken fas befinner sig införandet av 5-stegsmodellen för att bedriva produktions- och kapacitetsplanering inom din/dina enheter?

	Antal	%
1. Vi är på steg 5: Produktionsplanering	**3**	*8*
2. Vi är på steg 4: Kapacitetsplanering	**1**	*3*
3. Vi är på steg 3: Produktionsplan	**5**	*14*
4. Vi är på steg 2: Bestämma vad som ska planeras	**4**	*11*
5. Vi är på steg 1: Introduktion av modellen	**3**	*8*
6. Vi har ännu inte börjat använda 5-stegsmodellen	**13**	*36*
7. Vet ej/5-stegsmodellen, ej relevant	**7**	*19*

Fråga 2.4 Sker koordination vid produktionsplanering med andra enheter eller områden på ett tillfredsställande sätt?

	Antal	%
I mycket hög grad	**0**	*0*
I ganska hög grad	**3**	*8*
I ganska låg grad	**8**	*22*
I mycket låg grad	**5**	*14*
Inte alls	**6**	*17*
Vet ej	**14**	*39*

Kommentar:

- Det har förbättrats under hösten.
- Ingen samplanering sker över klinikgränser.

3. STYRNING

Fråga 3.1 Ange i vilken grad du instämmer med följande påståenden avseende styrningen av införandet av 5-stegsmodellen.

Svarsalternativ	Ja, helt och hållet	I viss omfatt-ning	I ganska liten grad	Nej, inte alls	Vet ej/

Svarande som anger ja, helt och hållet och i viss omfattning

	Antal	%
Det finns en tydlig övergripande organisation för arbetet med produktionsplanering	**21**	*58*
Det finns en tydlig ledning och styrning av införandet av produktionsplaneringen från regionens ledning	**20**	*56*
Det har givits tydliga uppdrag för när 5-stegsmodellen ska vara införd inom mitt an-svarsområde	**11**	*31*
Det sker en uppföljning av införandet/utvecklingen av produktionsplaneringen från närmast överordnad chef	**14**	*39*

Fråga 3.2 Hur upplever du följsamheten till gjord produktions- och kapacitetsplanering enligt 5-stegsmo-dellen?

	Antal	%
Hög	**1**	*11*
Ganska hög	**2**	*22*
Ganska låg	**3**	*33*
Låg	**0**	*0*
Vet ej	**3**	*33*

Kommentar:

- Akuta händelser prioriteras och påverkar planeringen negativt
- Vi arbetar fullt ut med PoK men är inte familjär med begreppet.

4. FÖRBÄTTRING OCH UTVECKLING

Fråga 4.1 Har du synpunkter utöver de svar du lämnat på föregående frågor? Du kan även skriva förtydli-ganden, förbättringsförslag avseende utformandet och implementering av 5-stegsmodellen för produktions- och kapacitetsplacering.

Sammanfattning av fritext svar:

- Frågan är viktig. PoK behövs med befintlig personal inom RJH.
- Vi arbetar med produktionsplanering på ett bra sätt och har full koll men brukar inte benämna det 5-steg.
- Områdeschef ska besluta vilka enheter som ska påbörja arbetet i början av året.
- Det har varit svårt och ingen tydlighet från utvecklingsenheten. Okunskap, ingen LEAN. Varför avsätta så mycket tid att ta fram siffror som någon som har den kunskapen skulle kunnat göra mycket snabbare, effektivare (dyrbar tid som tagits från sjuksköterska och chef).
- Frågan är fortfarande: är detta relevant inom primärvården?
- Bra med stöd av verksamhetsutvecklare samt ekonomer/andra som kan göra produktionsplanering. Önskar att Cosmic väntelistor vore bättre.
- Verksamhetsutvecklarna är nya och behöver hinna sätta sig in i PoK för att kunna stötta och hjälpta till i arbetet.
- Jag saknar IT-stöd för bra uppföljning.
- Vi har lagt ner oerhört mycket tid på detta utan att komma någonstans. Vi behöver handfast hjälp om hur vi plockar fram siffror så vi får ut det vi vill ha. Vi har fått väldigt liten hjälp. Det räcker inte för oss att ”ni tänker rätt” som svar. Vi fick bra hjälp från statistiker och det kändes som att vi var en bit på väg men eftersom denna person slutar så är vi tillbaka på ruta ett. Vi kan inte lägga mer tid på detta om vi inte får hjälp att verkligen komma igång!
- Enheten har för lite administrativt stöd för att genomföra 5-stegs modell.
- Jag är inte engagerad i implementering av PoK då vi har full kontroll på väntelistor och vi klarar vårdgarantierna.
- Eftersom jag arbetar på en slutenvårdsavdelning med akuta inläggningar arbetar vi inte med PoK.
- Jag har inte varit delaktig i arbete med PoK eftersom jag arbetar på en vårdavdelning.
- Vi har inte börjat med PoK enligt 5-stegsmodellen. Vi vill men behöver hjälp och styrning hur vi ska lägga upp det då vi inte har några väntelistor och vi ger behandlingar regelbundet/veckovis. Vi behöver kanske planera på annat sätt.

Bilaga 2 – Intervjuade personer

Följande personer har intervjuats:

Mia Ajax, Hud-Infektion-Medicin
Theres Almqvist, Röntgen
Pär Byenfeldt, Klinisk fysiologi
Maria Carlund, Primärvården Härjedalen
Monica Dalesten, Lungmottagningen
Annika Derås, Medicinmottagningen
Björn Eriksson, Regiondirektör
Lars Eriksson, Analys, uppföljning, utveckling
Lisbet Gibson, Hälso- och sjukvårdsdirektör
Örjan Gillberg, Diagnostik teknik, service
Anna Granevärn, Primärvården
Anne Hallqvist, Röntgen
Jessica Isaksson, Diagnostik, teknik, service
Ingela Jönsson, Planeringschef
Tomas Karlsson, Primärvården Krokom
Monica Lundgren, Primärvården Strömsund
Daniel Modin, Hud-Infektion-Medicin
Carl-Göran Persson, Röntgen
Örjan Strömqvist, Diagnostik, teknik, service
Kristina Svedskog, Hud-Infektion-Medicin
Nina Söder, Hud-Infektion-Medicin

16

Svar på remiss: Rotavirusvaccination i det nationella vaccinationsprogrammet

RS/570/2017

2017-05-02

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

RS/570/2017

Svar på remiss: Rotavirusvaccination i det nationella vaccinationsprogrammet

Ärendebeskrivning

Region Jämtland Härjedalen har getts möjlighet av Socialdepartementet att lämna synpunkter på rubricerade remiss. Regionen besvarade i december en remiss från Folkhälsomyndigheten gällande samma underlag.

Regeringen fattar beslut om vilka sjukdomar som ska omfattas av nationella vaccinationsprogram, baserat på underlag från Folkhälsomyndigheten. Sådana program delas upp i allmänna, som erbjuds hela befolkningen vid vissa åldrar, och särskilda, som erbjuds individer i definierade riskgrupper.

Folkhälsomyndigheten har genomfört en utredning om vaccination mot rotavirusinfektion bör omfattas av det nationella allmänna vaccinationsprogrammet för barn. Bedömningen baseras huvudsakligen på två bakgrundsdokument: ett kunskapsunderlag och en hälsoekonomisk analys.

Ett förslag till svar har upprättats inom Område Patientsäkerhet med stöd av barnhälsovårdsöverläkaren och smittskyddsläkaren. Remissen ska vara besvarad senast 5 juni.

Regiondirektörens förslag

1. Upprättat förslag till svar på remiss, daterat 2017-05-02, om införande av rotavirusvaccination i det nationella vaccinationsprogrammet antas.

2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Maria Omberg

Chef Område Patientsäkerhet

Utdrag till

Chef Område Patientsäkerhet
Svar skickas till Socialdepartementet

Dnr:RS/570/2017

Maria Omberg
Patientsäkerhet
Tfn. 063-154303
E-post: maria.omberg@regionjh.se

Socialdepartementen
S2017/01017/FS

Svar på remiss Rotavirusvaccination i det nationella vaccinationsprogrammet

Region Jämtland Härjedalen har erbjudits möjlighet att besvara rubricerad remiss. Svaret är framtaget i samverkan med Barnhälsovårdsöverläkaren och Smittskyddsläkaren i regionen.

Rotavirusvaccinet är ett relativt effektivt och säkert vaccin som ger det enskilda vaccinerade barnet ett gott skydd mot Rotavirus (RV) infektion. Allmän vaccination, med hög vaccinationstäckning, kan minska sjukdomsbördan av RV även bland ovaccinerade barn samt sannolikt även bland äldre.

Behov av allmän rotavirus vaccination däremot inte självklart. Eftersom sjukdomsbördan i landet är dåligt känd samt det reella behovet av sjukvård orsakad av RV infektion inte heller är fastställd är det svårt att bedöma kostnadseffekten av införande av allmän RV vaccination i Sverige och i vår region. RV-infektion är ett mindre problem i glesbygden i förhållande till storstadsregionen, både avseende smittsamhet för det enskilda barnet/familjen och för hälso- och sjukvården/ samhället avseende belastning och kostnadseffektivitet. Utifrån ett glesbygds-perspektiv är beslutsunderlagets beräkning av kostnadseffektivitet sparsam och inte direkt applicerbar.

I beslutsunderlaget saknas ställningstagande till Hälso- och sjukvårdens hantering av misstanke om biverkan (invagination) och i vilken omfattning behovet av barnläkarundersökning och/eller röntgenundersökning (buköversikt), merkostnad och logistik ökar för att avfärda misstanke om sådan biverkan. Det är av utomordentlig vikt inte bara inför ett eventuellt införande av allmän RV vaccination, utan också för förtroendet för hela det allmäna vaccinationsprogrammet för barn, att säkerställa väl fungerande riskminimerande åtgärder och planer, något som inte tydligt belyses i beslutsunderlaget.

Region Jämtland Härjedalen anser att det behövs ett bättre underlag baserat på prospektiva epidemiologiska studier av RV, från olika delar av Sverige, för att kunna

göra en säker bedömning av sjukdomsbörda, behov av allmän vaccination samt kostnadsanalys. Avsaknad av färdiga studier från införande i Stockholm och Jönköping och bedömning om sjukdomsbörda och kostnadseffektivitet i glesbygd gör att förslaget om införande av RV-vaccin i nationella vaccinationsprogrammet för barn saknar viktiga delar av bedömningsgrunden för införande.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Ann-Marie Johansson
Regionstyrelsens ordförande

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN
2017 -03- 03
Dnr. RS /570 /2017

Regeringskansliet

Remiss

2017-03-01
S2017/01017/FS

Socialdepartementet

Rotavirusvaccination i det nationella vaccinationsprogrammet

Remissinstanser

1 Riksdagens ombudsmän (JO)
2 Riksrevisionen
3 Barnombudsmannen (BO)
4 Ekonomistyrningsverket (ESV)
5 Folkhälsomyndigheten
6 Socialstyrelsen
7 Läkemedelsverket
8 Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)
9 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)
10 Statens medicinsk-etiska råd (Smer)
11 Gotlands kommun
12 Blekinge läns landsting
13 Dalarnas läns landsting
14 Gävleborgs läns landsting
15 Hallands läns landsting
16 Jämtlands läns landsting
17 Jönköpings läns landsting
18 Kalmar läns landsting
19 Kronobergs läns landsting
20 Norrbottens läns landsting

Telefonväxel: 08-405 10 00
Fax: 08-723 11 91
Webb: www.regeringen.se

Postadress: 103 33 Stockholm
Besöksadress: Fredsgatan 8
E-post: s.registrator@regeringskansliet.se

21 Skåne läns landsting

22 Stockholms läns landsting

23 Södermanlands läns landsting

24 Uppsala läns landsting

25 Värmlands läns landsting

26 Västerbottens läns landsting

27 Västernorrlands läns landsting

28 Västmanlands läns landsting

29 Västra Götalands läns landsting

30 Örebro läns landsting

31 Östergötlands läns landsting

32 Läkemedelsindustriföreningen (LIF)

33 Kungliga Ingenjörsvetenskapsakademien

34 Smittskyddsläkarföreningen

35 Svenska Barnläkarföreningen

36 Svenska Infektionsläkarföreningen

37 Svenska Läkaresällskapet

38 Svensk förening för allmänmedicin

39 Svensk sjuksköterskeförening (SSF)

40 Sveriges Apoteksförening

41 Sveriges Farmaceuter

42 Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)

43 Sveriges Läkarförbund

44 Sweden BIO

45 Unionen

46 Vårdförbundet

Socialdepartementet vill få del av era synpunkter på Folkhälsomyndighetens beslutsunderlag om rotavirusvaccination i det nationella vaccinationsprogrammet.

Synpunkter på förslagen lämnas till Socialdepartementet **senast den 5 juni 2017**. Vi vill att ni endast skickar dem i elektronisk form och då både i word- och pdf-format. Remissvaren skickas till s.registrator@regeringskansliet.se samt s.fs@regeringskansliet.se

I remissvaren ska Socialdepartementets diarienummer S2017/01017/FS anges.

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

För andra remissinstanser innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens publikation om att svara på remisser. Denna kan beställas från Regeringskansliet, Information Rosenbad, 103 33 Stockholm eller hämtas från nätet: www.regeringen.se

Frågor under remisstiden besvaras av Ellen Jones, Socialdepartementet, Enheten för folkhälsa och sjukvård, 08-405 34 10 eller ellen.jones@regeringskansliet.se

Dokumentet finns även publicerat på Folkhälsomyndighetens webbplats, www.folkhalsomyndigheten.se

Bakgrund

Nationella vaccinationsprogram delas in i allmänna vaccinationsprogram och särskilda vaccinationsprogram för riskgrupper. Regeringen beslutar om vilka sjukdomar som ska omfattas av nationella vaccinationsprogram, baserat på förslag från Folkhälsomyndigheten. Därefter meddelar Folkhälsomyndigheten föreskrifter om programmen, t.ex. vilka grupper som ska erbjudas vaccin, antalet doser och med vilka intervall. Landsting och

kommuner ansvarar för genomförandet och ska erbjuda befolkningen de vaccinationer som ingår i programmen kostnadsfritt.

En förutsättning för att en smittsam sjukdom ska kunna omfattas av ett nationellt vaccinationsprogram är enligt smittskyddslagen (2004:168) att det finns ett vaccin mot sjukdomen som går att ge utan föregående diagnos, och som ger mer än kortvarig immunitet mot sjukdomen i hela eller delar av befolkningen. Vidare så ska en smittsam sjukdom omfattas av ett nationellt vaccinationsprogram om vaccination mot sjukdomen kan förväntas

1. effektivt förhindra spridning av smittsamma sjukdomar i befolkningen,

2. vara samhällsekonomiskt kostnadseffektivt, och

3. vara hållbar från etiska och humanitära utgångspunkter.

Regeringen har också beslutat om föreskrifter för den analys som Folkhälsomyndigheten ska genomföra inför förslag till ändringar av nationella vaccinationsprogram. Enligt smittskyddsförordningen (2004:255) ska myndigheten analys omfatta följande 13 faktorer.

1. sjukdomsbördan i samhället, i hälso- och sjukvården och för enskilda individer

2. vaccinationens förväntade påverkan på sjukdomsbördan och på sjukdomens epidemiologi

3. antalet doser som krävs för att uppnå önskad effekt

4. vilka målgrupper som ska erbjudas vaccination

5. vaccinets säkerhet

6. vaccinationens påverkan på verksamheten i landsting och kommuner, och hos privata vårdgivare

7. om vaccinet går att kombinera med övriga vacciner i de nationella vaccinationsprogrammen

8. allmänhetens möjlighet att acceptera vaccinet och dess påverkan på attityder till vaccinationer generellt

9. vilka andra förebyggande åtgärder som kan vidtas eller behandlingar som kan ges som alternativ till vaccination i ett nationellt vaccinationsprogram

10. vaccinationens samhällsekonomiska effekter och dess kostnader och intäkter för staten, kommunerna och landstingen

11. möjligheterna att följa upp vaccinationens effekter enligt punkt 1–10 och statens beräknade kostnader för sådan uppföljning

12. behovet av information till allmänheten och vårdgivare och kostnaden för dessa insatser

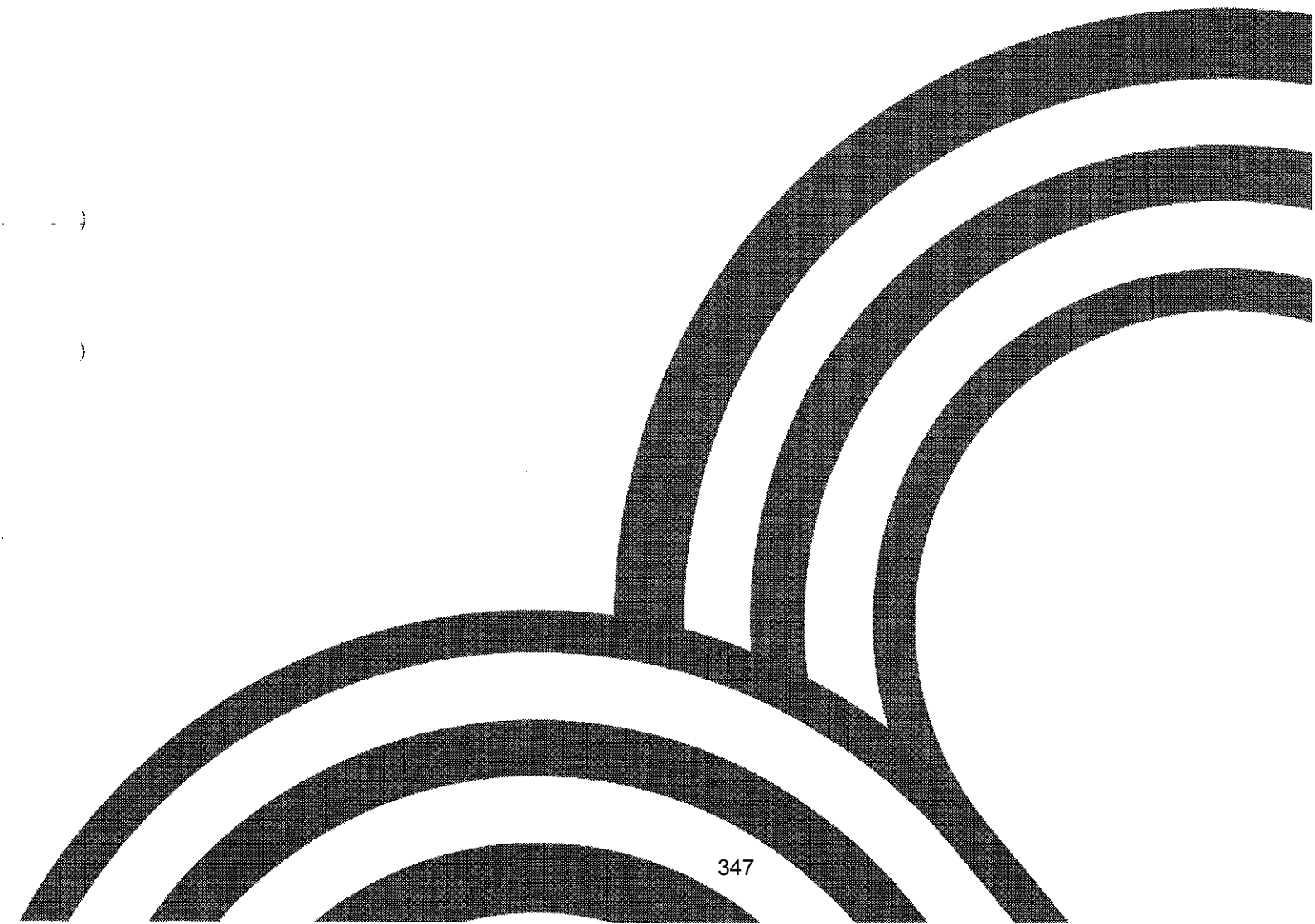
13. medicinetiska och humanitära överväganden.

Med vänlig hälsning

Torkel Nyman
Departementsråd

Folkhälsomyndigheten

Beslutsunderlag om rotavirusvaccination i det nationella vaccinationsprogrammet



Beslutsunderlag om rotavirusvaccination i det nationella vaccinationsprogrammet

Bindningar och jäv

För Folkhälsomyndighetens egna experter och sakkunniga som medverkat i rapporter bedöms eventuella intressekonflikter och jäv inom ramen för anställningsförhållandet.

När det gäller externa experter och sakkunniga som deltar i Folkhälsomyndighetens arbete med rapporter kräver myndigheten att de lämnar skriftliga jävsdeklarationer för potentiella intressekonflikter eller jäv. Sådana omständigheter kan föreligga om en expert t.ex. fått eller får ekonomisk ersättning från en aktör med intressen i utgången av den fråga som myndigheten behandlar eller om det finns ett tidigare eller pågående ställningstagande eller engagemang i den aktuella frågan på ett sådant sätt att det uppkommer misstanke om att opartiskheten inte kan upprätthållas.

Folkhälsomyndigheten tar därefter ställning till om det finns några omständigheter som skulle försvåra en objektiv värdering av det framtagna materialet och därmed inverka på myndighetens möjligheter att agera sakligt och opartiskt. Bedömningen kan mynna ut i att experten kan anlitas för uppdraget alternativt att myndigheten föreslår vissa åtgärder beträffande expertens engagemang eller att experten inte bedöms kunna delta i det aktuella arbetet.

De externa experter som medverkat i framtagandet av denna rapport har inför arbetet i enlighet med Folkhälsomyndighetens krav lämnat en deklaration av eventuella intressekonflikter och jäv. Folkhälsomyndigheten har därefter bedömt att det inte föreligger några omständigheter som skulle kunna äventyra myndighetens trovärdighet. Jävsdeklarationerna och eventuella kompletterande dokument utgör allmänna handlingar som normalt är offentliga. Handlingarna finns tillgängliga på Folkhälsomyndigheten.

Denna titel kan laddas ner från: www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/.

Citera gärna Folkhälsomyndighetens texter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd att använda dem.

© Folkhälsomyndigheten, 2017.

Artikelnummer: 17001

Förord

Sedan den 1 juli 2015 har Folkhälsomyndigheten ansvar för de nationella vaccinationsprogrammen, allmänna program som erbjuds hela befolkningen vid vissa åldrar, och särskilda program som erbjuds definierade riskgrupper. Regeringen beslutar vilka sjukdomar som ska omfattas av nationella vaccinationsprogram, baserat på underlag från Folkhälsomyndigheten.

Rotavirusinfektion är en mycket smittsam mag- och tarminfektion som drabbar i princip alla barn i Sverige en eller flera gånger före fem års ålder, och den innebär en stor sjukdomsbörda för barnen, familjerna och sjukvården. Det finns vaccin som ger ett gott skydd mot rotavirusinfektion och som används i många länder världen över.

Folkhälsomyndigheten har utrett om vaccination mot rotavirusinfektion bör införas i det nationella allmänna vaccinationsprogrammet för barn. Det här beslutsunderlaget utgör myndighetens bedömning och är avsett att vara ett stöd för regeringens beslut om ett sådant införande.

Målgruppen för beslutsunderlaget är således regeringen. Övriga målgrupper är barnhälsovården, smittskyddsläkarna och övriga hälso- och sjukvården, samt Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

Beslutsunderlaget har tagits fram av enheten för vaccinationsprogram och externa experter från barnhälsovården och Läkemedelsverket. Samtliga medverkande i Folkhälsomyndighetens arbetsgrupp för bedömning framgår av bilaga 1. I den slutliga utformningen har avdelningschef Anders Tegnell deltagit.

Folkhälsomyndigheten

Johan Carlson
Generaldirektör

Innehåll

Förkortningar och ordlista 9

Sammanvägd bedömning 11

Summary 13

Bakgrund 15

Lagstiftningen 15

Bedömningsprocessen 16

Rotavirusinfektion 17

Sjukdom 17

Vaccination 18

Folkhälsomyndighetens bedömning av de 13 faktorerna 19

1. Sjukdomsbörda 19

2. Vaccinationens effekt 20

3. Dosering och intervaller 21

4. Målgrupper 22

5. Vaccinsäkerhet 22

6. Påverkan på verksamhet 24

7. Kombination med andra vacciner 25

8. Allmänhetens acceptans 25

9. Andra förebyggande åtgärder eller behandlingar 27

10. Samhällsekonomisk analys 28

11. Uppföljning 29

12. Informationsinsatser 30

13. Etiska aspekter 31

Bilaga 1. Medverkande i Folkhälsomyndighetens arbetsgrupp 33

Bilaga 2. Vaccinationens påverkan på sjukdomsbördan i Jönköping och Stockholm 34

Bilaga 3. Analys och bedömning av Statens medicinsk-etiska råd (Smer) 35

Förkortningar och ordlista

Allvarlig rotavirusinfektion	Rotavirusinfektion som kräver sjukhusvård.
Diarré	Tre eller fler lösa eller vattniga avföringar under en 24-timmarsperiod.
Flockimmunitet	När en så stor del av befolkningen är vaccinerad att spridningen av en sjukdom minskar eller upphör. Ovaccinerade (exempelvis nyfödda och personer med sjukdomar som gör att de inte kan vaccineras) får ett indirekt skydd eftersom risken minskar att de utsätts för smitta.
Gastroenterit (GE)	Infektion i mag- och tarmkanalen som kan bero på virus, bakterier eller parasiter. Symtomen omfattar diarré, kräkningar, buksmärtor och eventuellt feber.
Hyperton dehydrering	Allvarlig uttorkning som lett till höga värden av natrium i blodet.
Incidens	Antalet fall av en viss sjukdom som inträffar i en population under en definierad tidsperiod. Anges exempelvis som antalet insjuknade per 100 000 invånare och år.
Invagination	Tillstånd då en tarmslinga viks in i tarmsegmentet framför. Det kan stoppa tarmflödet, vilket leder till att blodflödet i tarmen stryps och tarmen kan få syrebrist. Det kan leda till vävnadsdöd och ruptur av tarmen.
QALY	Kvalitetsjusterade levnadsår (Quality Adjusted Life Years), ett effektmått som används för att värdera nyttan av en medicinsk insats. Måttet tar hänsyn till både livskvalitet och livslängd och gör det möjligt att jämföra insatser på olika medicinska områden
RV	Rotavirus
RV1	Rotavirusvaccin med en virusstam (Rotarix®)
RV5	Rotavirusvaccin med fem virusstammar (RotaTeq®)
RVGE	Rotavirusgastroenterit
WHO	Världshälsoorganisationen (World Health Organization)

Sammanvägd bedömning

Folkhälsomyndigheten bedömer att vaccination mot rotavirusinfektion uppfyller smittskyddslagens (2004:168) tre kriterier för att införas i det nationella allmänna vaccinationsprogrammet för barn. Bedömningen har gjorts utifrån de 13 faktorer som beskrivs i smittskyddslagstiftningen och dess förarbeten. För att en vaccination ska omfattas av ett nationellt vaccinationsprogram ska vaccinationen

- effektivt förhindra smittspridning eller minska sjukdomsbördan av smittsamma sjukdomar i befolkningen eller vissa grupper av befolkningen
- vara samhällsekonomiskt kostnadseffektiv
- vara hållbar från etiska och humanitära utgångspunkter.

Folkhälsomyndigheten bedömer att rotavirusvaccination är effektivt och minskar sjukdomsbördan. Rotavirusinfektion utgör en stor sjukdomsbörda som också kan innefatta allvarlig sjukdom till följd av vattentunna diarréer och uttorkning. I Sverige får i princip alla barn rotavirusinfektion en eller flera gånger innan de fyllt fem år, vilket medför en stor belastning för barnen, familjerna och sjukvården. Tillgängliga vacciner har god effekt mot rotavirusinfektion och kan effektivt minska sjukdomsbördan och förhindra spridning.

Folkhälsomyndigheten bedömer även att det är en rimlig relation mellan vaccinationens hälsoeffekter och kostnader, vilket motiverar ett införande i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn. Den hälsoekonomiska analysen, som har ett samhällsperspektiv, visar att allmän rotavirusvaccination skulle innebära en årlig besparing på ungefär 120 miljoner kronor, främst genom minskade produktionsförluster (framför allt pga. färre dagar då föräldrar är hemma för vård av barn). Det skulle även leda till att samhället vinner 100 fullt friska levnadsår årligen. Vaccination har alltså en bättre effekt (mätt i kvalitetsjusterade levnadsår) och leder till lägre kostnader än en situation utan vaccination.

En beräkning har gjorts av budgetpåverkan utan hänsyn till indirekta kostnader för produktionsförluster vid ett införande av rotavirusvaccination i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn. Med 30 procents rabattsats på listpriset (2014) för vaccin och en vaccinationstäckning på 95 procent, innebär vaccination en ökad kostnad på ungefär 95 miljoner kronor per år. Vaccination skulle årligen även innebära ungefär 90 miljoner kronor i minskade kostnader för resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården för barn 0–5 år.

Folkhälsomyndigheten bedömer vidare att ett införande av rotavirusvaccination i det nationella allmänna vaccinationsprogrammet för barn är hållbart ur ett medicinetiskt och humanitärt perspektiv. Det finns vetenskapligt stöd för att vaccinernas nytta-riskbalans är positiv. En potentiellt allvarlig, men mycket ovanlig, biverkan är invagination av tunntarmen, vilken kan behandlas i sjukvården

och har bäst prognos om man tidigt söker vård för symtom. Utformningen av informationen till föräldrar gällande rotavirusvaccination är därför viktig.

Ett allmänt vaccinationsprogram skulle ge många små barn skydd mot allvarlig sjukdom. I dag erbjuds rotavirusvaccination till alla barn i 4 av Sveriges 21 regioner och landsting, och förslag om införande finns på fler ställen. Ett införande i det nationella allmänna programmet skulle innebära att alla barn i Sverige erbjuds vaccination, vilket skulle öka jämlikheten.

Referensgruppen för nationella vaccinationsprogram har lämnat synpunkter på Folkhälsomyndighetens underlag. Statens medicinsk-etiska råd (Smer) har också gjort en etisk analys och bedömer att det kan vara etiskt godtagbart att införa allmän rotavirusvaccination. Smer betonar dock vissa aspekter som man bör fästa särskilt stor vikt vid, främst att föräldrarna får omsorgsfullt utformad och balanserad information.

Summary

Vaccination against rotavirus infection in the Swedish National Immunization Program – support for a governmental decision

The Public Health Agency of Sweden (PHAS) considers that rotavirus vaccination fulfills the three criteria in the Swedish Communicable Diseases Act necessary to be included in the Swedish National Immunization Program (NIP). For a vaccine to be included in the NIP, the vaccination should i) efficiently prevent spread or reduce the disease burden of communicable disease in the population or specified groups, ii) be cost effective from a societal perspective, and iii) be sustainable from an ethical and humanitarian point of view. The assessment of the PHAS is based on 13 factors described in the legislation.

The PHAS considers rotavirus vaccination to be effective and to reduce the disease burden. Rotavirus infection represents a considerable disease burden, including serious illness due to watery diarrhea and dehydration. Almost all children in Sweden are infected once or more before the age of five, which means a considerable disease burden for the children, their families and the health care system. Available vaccines are effective against rotavirus infection and can effectively reduce the disease burden and prevent the spread of disease.

The PHAS considers that there is a reasonable relation between health effects and costs of rotavirus vaccination that which justifies introduction of such vaccination into the NIP. The health economic analysis, which has a societal perspective, shows that vaccination of all children would lead to savings of about SEK 120 million, mostly because of reduced production loss (mainly due to a reduced number of days that parents stay at home to attend to their sick children) following a decrease in disease burden in the society. It would also yield 100 healthy life years every year. Vaccination has a better effect (measured by quality-adjusted life years) and leads to lower costs than the situation without vaccination.

The budget impact has been calculated, excluding considerations of indirect costs (production loss), for the introduction of rotavirus vaccination into the NIP. Assuming a procured price for the vaccine with a 30 percent discount from the list price in 2014, and a vaccination coverage of 95 percent, the vaccination implies a yearly cost of approximately SEK 95 million. It would also lead to reduced costs of approximately SEK 90 million for the decreased use of resources in healthcare for infants 0–5 years of age.

The PHAS considers the introduction of rotavirus vaccination into the NIP to be sustainable from an ethical and humanitarian perspective. There is scientific evidence for a positive risk-benefit balance of the vaccines. A potentially serious,

but very rare, adverse event of the vaccines is intussusception, which is treatable and has good prognosis if diagnosed early. Therefore, the information to parents concerning rotavirus vaccination is important. The introduction of rotavirus vaccination into the NIP would protect many infants against a serious illness. Today, rotavirus vaccination is offered free of cost to all children in 4 of Sweden's 21 regions, and more regions have proposed including it in their regional programs. If included on the national level, all children in Sweden would be offered vaccination, which would improve equality.

The Reference group for the NIP has submitted comments to this document. The Swedish National Council on Medical Ethics has made an ethical analysis concerning inclusion of rotavirus vaccination in the NIP and considers it to be ethically acceptable. The council points out certain aspects as important, especially careful and well-balanced information to parents.

N.B. The title of the publication is translated from Swedish, however no full version of the publication has been produced in English.

Bakgrund

Sedan den 1 juli 2015 har Folkhälsomyndigheten ansvar för de nationella vaccinationsprogrammen. Regeringen beslutar om vilka sjukdomar som ska omfattas av nationella vaccinationsprogram, baserat på underlag från Folkhälsomyndigheten. Därefter meddelar Folkhälsomyndigheten föreskrifter om programmen, t.ex. vilka grupper som ska erbjudas vaccin, antalet doser som ska ges och med vilka intervall.

Landsting och kommuner ansvarar för genomförandet och ska kostnadsfritt erbjuda befolkningen de vaccinationer som ingår i programmen. Vaccinationer inom de nationella programmen ska också registreras i det nationella vaccinationsregistret enligt lagen (2012:453) om register över nationella vaccinationsprogram.

Utöver de nationella vaccinationsprogrammen kan Folkhälsomyndigheten ge ut rekommendationer om vaccinationer. De är inte bindande, utan landsting och kommuner beslutar om och hur de ska implementeras och om man ska ta ut några avgifter.

Lagstiftningen

Smittskyddslagstiftningen och dess förarbeten preciserar kriterier och faktorer som ska ligga till grund för bedömningar om ändringar i de nationella vaccinationsprogrammen, vilket ska ge en tydlig och öppen bedömningsprocess.

För att en smittsam sjukdom ska kunna omfattas av ett nationellt vaccinationsprogram måste det finnas ett vaccin mot sjukdomen som går att ge utan föregående diagnos, och som ger mer än kortvarig immunitet mot sjukdomen i hela eller delar av befolkningen. Detta framgår av smittskyddslagen (2004:168, 2 kap. 3 d §). Finns det ett sådant vaccin kan Folkhälsomyndigheten bedöma om det finns tillräckliga skäl för att föra in det i ett nationellt vaccinationsprogram. Bedömningen ska enligt smittskyddsförordningen (2004:255, 7 §) beakta 13 faktorer och redovisa dem utan inbördes rangordning. Faktorerna är

1. sjukdomsbördan i samhället, i hälso- och sjukvården och för enskilda individer
2. vaccinationens förväntade påverkan på sjukdomsbördan och på sjukdomens epidemiologi
3. det antal doser som krävs för att uppnå önskad effekt
4. de målgrupper som ska erbjudas vaccination
5. vaccinets säkerhet
6. vaccinationens påverkan på verksamhet i landsting, kommuner och privata vårdgivare

7. vaccinets lämplighet att kombinera med övriga vacciner i de nationella vaccinationsprogrammen
8. allmänhetens möjlighet att acceptera vaccinet och dess påverkan på attityder till vaccinationer generellt
9. vilka andra tillgängliga, förebyggande åtgärder eller behandlingar som kan vidtas eller ges som alternativ till vaccination i ett nationellt vaccinationsprogram
10. vaccinationens samhällsekonomiska effekter och dess kostnader och intäkter i staten, kommunerna och landstingen
11. möjligheterna till uppföljning av vaccinationens effekter i de avseenden som anges i 1–10 samt statens beräknade kostnader för sådan uppföljning
12. behovet av informationsinsatser i förhållande till allmänheten och vårdgivare och kostnaden för dessa insatser
13. medicinetiska och humanitära överväganden.

Utifrån dessa 13 faktorer gör Folkhälsomyndigheten en sammantagen bedömning med fokus på tre kriterier som är särskilt viktiga i lagstiftningen. Enligt smittskyddslagen (2 kap 3e §) ska en smittsam sjukdom omfattas av ett nationellt vaccinationsprogram, om vaccination mot sjukdomen kan förväntas

14. effektivt förhindra spridning av smittsamma sjukdomar i befolkningen
15. vara samhällsekonomiskt kostnadseffektivt
16. vara hållbar från etiska och humanitära utgångspunkter.

Bedömningsprocessen

Folkhälsomyndigheten har gjort en bedömning av om vaccinationen uppfyller smittskyddslagens tre kriterier, utifrån smittskyddsförordningens faktorer samt framtagna kunskapsunderlag och genomförd hälsoekonomisk analys. Underlagen och bedömningen har granskats av den nationella referensgruppen för vaccinationsprogram, vars utlåtande varit rådgivande till Folkhälsomyndigheten. Myndighetens slutgiltiga bedömning överlämnas till regeringen i form av detta beslutsunderlag.

Rotavirusinfektion

Där inget annat anges baseras beslutsunderlaget på de kunskapsunderlag som tidigare tagits fram på Folkhälsomyndigheten.[1]

Sjukdom

Rotavirus är ett mycket smittsamt tarmvirus som orsakar mag- och tarminfektion (gastroenterit). I Sverige och Europa får i princip alla barn rotavirusinfektion en eller flera gånger innan de fyllt fem år, vilket medför en stor sjukdomsbörda för barnen, familjerna och sjukvården. Sjukdomen är sällan dödlig med rätt behandling.

Högst incidens av rotavirusinfektion finns bland barn i åldern 6–36 månader. Barn under 6 månader anses vara delvis skyddade via antikroppar de fått från mamman under graviditet och vid amning, vilket också minskar risken för allvarlig rotavirusinfektion. Barn som föds för tidigt, har låg födelsevikt, är undernärda och/eller har nedsatt immunförsvar har ökad risk att drabbas av allvarlig rotavirusinfektion som kräver sjukhusvård. En högre smittdos anses också vara en riskfaktor, vilket t.ex. kan ske vid smitta inom familjen. Barn i förskola har också högre risk att smittas tidigt i livet jämfört med andra barn.

Rotavirusinfektion är allvarligast hos barn i åldern 6–24 månader. Symtomen varierar i allvarlighetsgrad från infektion utan symtom till allvarlig uttorkning och död. En individ kan bli infekterad flera gånger, men sjukdomen ger mildare symtom för varje episod. Tiden från smitta till insjuknande (inkubationstiden) är 2–4 dagar, varefter barnet insjuknar med kräkningar och frekventa vattentunna diarréer. Omkring 30–70 procent av barnen har feber. Symtomen kvarstår som regel i 3–8 dagar. Efter infektion kan man utsöndra virus i 1–3 veckor, men 20 procent av dem som haft en allvarlig gastroenterit orsakad av rotavirus (RVGE) kan utsöndra virus i 4–8 veckor, och det gäller särskilt barn med nedsatt immunförsvar. Det finns risk för komplikationer i form av uttorkning, störd saltbalans, kramper och hjärninflammation. Vätskeförlusten kan vara livshotande. I höginkomstländer som Sverige orsakar RVGE hög sjuklighet, men mycket sällan dödsfall bland barn.

---

[1] Rotavirusinfektion i Sverige. Sjukdomsbörda, genotypsdistribution, förväntad effekt av rotavirusvaccination och förslag på en nationell övervakningsplan. Folkhälsomyndigheten, 2015. Tillgänglig via: https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/20099/Rotavirusinfektion-i-Sverige-15018.pdf

Hälsoekonomiskt kunskapsunderlag Rotavirusvaccination. En kostnadseffektivitetsanalys av ett införande av rotavirusvaccination i det svenska barnvaccinationsprogrammet. Folkhälsomyndigheten, 2015. Tillgänglig via: https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/22235/Halsoekonomi-Rotavirusvaccination-15062.pdf

Vaccination

Sedan 2006 finns två godkända orala vacciner mot rotavirus i Europa och Sverige: Rotarix® (RV1) och RotaTeq® (RV5). De två vaccinerna ges som lösning i munnen och är relativt likvärdiga gällande effekt och säkerhet. Skyddseffekten mot allvarlig rotavirusinfektion har i kliniska studier visat sig vara 80–90 procent i höginkomstländer som Sverige. De vanligaste biverkningarna av rotavirusvaccinerna är lindriga, men invagination är en potentiellt allvarlig men mycket sällsynt biverkan. I Sverige rapporteras varje år runt 40 fall av invagination per 100 000 barn under ett år till slutenvårdsregistret, och observationsstudier visar att 1–6 extra fall av invagination per 100 000 barn kan inträffa efter att rotavirusvaccination införs. Eventuella långsiktiga konsekvenser av invagination behöver utredas vidare.

Världshälsoorganisationen (WHO) rekommenderar sedan 2009 allmän vaccination mot rotavirus till barn i alla världens länder. De två organisationerna European Society for Paediatric Infectious Disease och European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition rekommenderar också allmän vaccination, sedan 2008. Allt fler länder i världen inför nu rotavirusvaccination i sina nationella vaccinationsprogram och i maj 2016 hade 81 av WHO:s 192 medlemsländer infört vaccination mot rotavirus. I Europa har i skrivande stund 9 länder (Belgien, Estland, Finland, Lettland, Luxemburg, Norge, Storbritannien, Tyskland och Österrike) infört rotavirusvaccination i allmänna vaccinationsprogram för barn.

I Sverige har Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) godkänt ett av vaccinerna (RV1) inom högkostnadsskyddet. Rotavirusvaccination erbjuds kostnadsfritt till samtliga spädbarn i Stockholms läns landsting och Region Jönköpings län sedan 2014. Under 2016 införde även Region Västra Götaland och Region Örebro län rotavirusvaccination i s.k. regionala program, och diskussioner förs om införande även på andra håll i landet.

Folkhälsomyndighetens bedömning av de 13 faktorerna

I det här kapitlet redogörs för Folkhälsomyndighetens bedömning av de 13 faktorer som enligt smittskyddsförordningen (2004:255, 7 §) ska beaktas vid ändringar i nationella vaccinationsprogram. Under varje rubrik står först faktorn så som den är formulerad i smittskyddsförordningen, och därefter finns en kort sammanfattning av kunskapsunderlaget och analysen samt Folkhälsomyndighetens slutsats.

1. Sjukdomsbörda

Sjukdomsbördan i samhället, i hälso- och sjukvården och för enskilda individer

Rotavirusinfektion är den globalt vanligaste orsaken till allvarlig gastroenterit hos barn. Varje år dör 5,9 miljoner barn före 5 års ålder och 9 procent av dödsfallen beror på diarréer, vilken är den vanligaste dödsorsaken efter lunginflammation. År 2011 orsakade rotavirus uppskattningsvis 195 000 dödsfall bland barn yngre än 5 år, vilket motsvarar 28 procent av alla dödsfall som orsakades av diarréer och 3 procent av alla barndödsfall totalt i världen.

Innan rotavirusvaccin fanns uppskattades sjukdomsbördan av RVGE i höginkomstländerna i Nordamerika, Europa, Ostasien och Australien varje år till 220 000 sjukhusvårdade barn, 1,8 miljoner öppenvårdsbesök och totalt 7,1 miljoner sjukdomsfall.

Även barn över 5 år kan bli sjuka i RVGE, och då särskilt personer äldre än 65 år. I Sverige finns högsta dödligheten i diarréer bland personer över 65 år, och för äldre över 85 år är dödligheten 41 fall per 100 000 personer och år. Det finns inga säkra data som visar hur många av dessa dödsfall som är orsakade av rotavirus eftersom prover för diagnostik sällan tas.

Varje år uppskattas att 2 100 barn under 5 år vårdas på sjukhus i Sverige på grund av RVGE. Ungefär 3 700 besöker akutmottagningar, 14 000 besöker primärvården och 30 000 barn behandlas i hemmet. Av de barn som vårdas på sjukhus får upp till 10–15 procent komplikationer och 1–2 procent behöver intensivvård. De barn som blir svårast sjuka med komplikationer till följd av rotavirusinfektion får allvarlig uttorkning med störd saltbalans som kan leda till kramper och hjärninflammation och till och med vara livshotande.

Rotavirusinfektionen orsakar en stor sjukdomsbörda bland barn, och därmed också för hälso- och sjukvården. Under vinterhalvåret är gastroenterit en av de vanligaste orsakerna till att barn söker sjukhusvård i Sverige, främst under perioden februari–mars. Förekomsten av rotavirusinfektion samvarierar under året med ökningen av andra säsongsinfektioner såsom influensa, respiratoriskt syncytievirus (RS-virus) och vinterkräksjuka, och sammantaget utgör detta en tung belastning på landets

akutmottagningar. Under sådana infektionstoppar krävs extra insatser för att upprätthålla en god vård både för barn med sådana säsongsinfektioner och för barn med andra infektioner och kroniska sjukdomar. Barn som söker sjukhusvård under denna period löper också risk att utsättas för ytterligare smittor under tiden på sjukhuset, s.k. nosokomial smitta. Upp till 20–25 procent av barn som vårdas för rotavirusinfektion i Sverige kan vara smittade på sjukhus.

Dödligheten i rotavirusinfektion bland barn under 5 år är mycket låg i Sverige, uppskattningsvis mindre än 0,1 fall per 100 000 barn och år, baserat på studier i andra höginkomstländer. För perioden 2003–2013 innehåller Socialstyrelsens dödsorsaksregister sammanlagt 14 dödsfall med diagnoserna tarminfektion av virus alternativt infektiös orsak i denna åldersgrupp. Förekomsten hos barn under 5 år beräknas därmed till 0,25 dödsfall per 100 000 barn och år. Hur många av dessa som var orsakade av rotavirus är okänt, liksom hur många som hade andra bakomliggande riskfaktorer. Den låga dödligheten i Sverige kan delvis förklaras med goda socioekonomiska förhållanden och ett generellt gott näringsintag, men det kan även delvis bero på att vårdnadshavare har en god medvetenhet om hur man behandlar diarré hos barn i hemmet, att man söker sjukvård i tid och att det finns en välfungerande högkvalitativ hälso- och sjukvård.

Slutsats

Folkhälsomyndigheten bedömer att rotavirusinfektion utgör en stor sjukdomsbörda i samhället, i hälso- och sjukvården och för enskilda individer. Rotavirus är en vanlig orsak till sjukdom och orsakar även allvarlig sjukdom, särskilt bland små barn. Sammantaget leder rotavirusinfektion årligen till lidande för de drabbade barnen, ett ökat behov av vård i hemmet och ökad belastning på sjukhus- och primärvården.

2. Vaccinationens effekt

Vaccinationens förväntade påverkan på sjukdomsbördan och på sjukdomens epidemiologi

Allmän rotavirusvaccination i Sverige med över 98 procents vaccinationstäckning uppskattas reducera den årliga sjukdomsbördan från cirka 2 100 till runt 170 sjukhusvårdade barn under 5 år (92 procents minskning), från cirka 3 700 till 700 akut- och specialistmottagningsbesök (80 procents minskning), och från cirka 14 000 till 3 600 besök i primärvården (74 procents minskning). I Sverige är antalet dödsfall bland barn till följd av RVGE närmast obefintliga även utan vaccination. Effekten blir lägre om vaccinationstäckningen mot rotavirus inte når 98 procent, till skillnad från övriga barnvaccin under första levnadsåret.

Rotavirusvaccination har visat sig minska sjukdomsbördan även i grupper som inte vaccinerats, vilket är en indirekt effekt av att viruset får minskad spridning

(flockimmunitet). Flera studier har visat 17–76 procent minskad incidens av RVGE på sjukhus i åldersgrupper utanför vaccinationsåldern sedan rotavirusvaccination infördes. I USA halverades andelen rotaviruspositiva vuxna som sjukhusvårdades för gastroenterit efter att rotavirusvaccination introducerades.

I Jönköping och Stockholms län introducerades rotavirusvaccination år 2014. Uppföljningar i dessa län visar redan en minskning av antalet barn som söker vård och vårdas på sjukhus för allvarlig rotavirusinfektion (se bilaga 2).

Studier visar att skyddet mot allvarlig rotavirusinfektion finns kvar i åtminstone tre år. I Finland har en nyligen publicerad studie visat ett mer än 90-procentigt skydd fyra år efter att allmän rotavirusvaccination introducerades. Bland barn över 3 år är risken att drabbas av allvarlig rotavirusinfektion betydligt mindre än bland spädbarn.

Slutsats

Folkhälsomyndigheten bedömer att vaccinationen har en positiv påverkan på sjukdomsbördan och på sjukdomens epidemiologi på grund av vaccinets höga skyddseffekt. Allmän vaccination mot rotavirus skulle minska sjukdomsbördan bland barn och sannolikt även vuxna, både direkt och indirekt, på grund av minskad smittspridning.

3. Dosering och intervaller

Det antal doser som krävs för att uppnå önskad effekt

RV1 är ett levande rotavirusvaccin som innehåller en försvagad human virusstam. Vaccinationen ges som en lösning i munnen i två doser från 6 veckors ålder, med minst 4 veckors mellanrum. Båda doserna måste vara givna före 24 veckors ålder, och helst redan innan barnet blivit 16 veckor.

RV5 är ett levande försvagat rotavirusvaccin som innehåller fem rotavirusstammar som byggts av bovint virus, men med ytprotein från fem humana genotyper. Även RV5 ges som en lösning i munnen, men i tre doser från 6 veckors ålder, med minst 4 veckors mellanrum. Alla doser måste vara givna före 32 veckors ålder och helst redan före 22 veckors ålder.

Doserna bör i möjligaste mån planeras till de befintliga besöken på BVC.

Slutsats

Folkhälsomyndigheten bedömer att vaccination mot rotavirusinfektion bör ges med de doser och tidsintervaller som anges i respektive vaccins produktresumé.

4. Målgrupper

De målgrupper som ska erbjudas vaccination

Målgruppen för rotavirusvaccination är spädbarn. Det finns starkt vetenskapligt stöd för att förekomsten av rotavirusinfektion och komplikationsrisken är högst bland barn i åldrarna 6–36 månader.

De två vacciner som finns är godkända för spädbarn i åldern 6–24 veckor respektive 6–32 veckor. Rotavirusvaccinationen påbörjas alltså i tidigare ålder än andra barnvaccinationer, och det ges i munnen med 1,5 respektive 2 ml vätska. Från Stockholm och Jönköping finns goda erfarenheter av att administrera vaccinet och av att föräldrar accepterar att vaccinet ges som droppar i munnen. Kontraindikationer gäller enligt vaccinernas produktresuméer.

RV1 kan ges med samma dosering till för tidigt födda barn som är födda efter minst 27 veckors graviditet. RV5 får ges till för tidigt födda spädbarn förutsatt att graviditeten varat i minst 25 veckor. Dessa spädbarn bör få första dosen minst 6 veckor efter födseln, men behov av neonatal intensivvård kan göra att vaccinationen fördröjs. Den försvagade vaccinstammen kan utsöndras i avföringen hos det vaccinerade barnet och riskera att smitta andra infektionskänsliga och för tidigt födda barn. Inför ett införande i nationellt program behövs därför riktlinjer för administration på neonatalavdelningar.

Slutsats

Folkhälsomyndigheten bedömer att allmän rotavirusvaccination till spädbarn skulle ha god effekt för barn under tre år eftersom sjukdomsförekomsten och komplikationsrisken är högst i den gruppen.

5. Vaccinsäkerhet

Vaccinets säkerhet

Rotavirusvaccin har använts i flera år i andra länder runt om i världen och det har utförts stora vetenskapliga studier av dess säkerhet och effekt. Läkemedelsmyndigheterna inom EU går regelbundet igenom och bedömer rapporterade misstänka biverkningar från hela världen inom ramen för den periodiska säkerhetsuppföljningen. För RV1 och RV5 sker denna genomgång årligen.

Hittills har de båda vaccinerna mot rotavirusinfektion visat sig ha liknande biverkningsprofiler. De flesta vanligare biverkningarna är lindriga och övergående. En potentiellt allvarlig, men mycket ovanlig, biverkan är invagination.

Under de senaste 30 åren har antalet rapporterade fall av invagination i Sverige successivt sjunkit från runt 120 fall per 100 000 till under 50 per 100 000 barn och

år. Detta gäller alltså invaginationsfall som förekommer naturligt i befolkningen, utan en allmän rotavirusvaccination av spädbarn. Baslinjen visar att runt 40 spädbarn (incidens 36 per 100 000 barn under 1 år) fick diagnosen invagination i slutenvård år 2013. Risken för invagination är generellt sett dubbelt så hög för pojkar som för flickor. Invagination är vanligast i åldern 3–11 månader, och enligt statistik från Socialstyrelsen är risken allra högst vid 5–9 månaders ålder.

Invagination förekommer som biverkan av rotavirusvaccination i 1–6 fall per 100 000 vaccinerade barn. Baserat på antalet födda barn i Sverige 2015 har vi en årskohort på 114 870 barn, och allmän rotavirusvaccination skulle alltså kunna innebära 1–7 fall av invagination årligen, utöver de cirka 40 fall som förekommer naturligt varje år i Sverige.

Den ökade risken för invagination efter rotavirusvaccination är som störst inom en vecka efter första dosen, som ges från och med 6 veckors ålder. Risken för naturligt förekommande invagination är däremot som störst i senare åldrar, vid 3–11 månader. En senarelagd vaccination skulle alltså innebära att två riskperioder kommer samtidigt. Därför är det viktigt att respektera de angivna tidsgränserna för vaccindoserna.

Antalet inrapporterade biverkningar ska sättas i relation till antalet vaccinerade barn. Vaccinerna har använts i mer än tio år och uppskattningsvis har mer än 195 miljoner barn vaccinerats med något av de två vaccinerna. Inga säkerhetssignaler utreds för närvarande och produktresuméerna speglar den kända säkerhetsprofilen för vaccinerna.

Efter vaccination kan vaccinvirus utsöndras i avföring, ibland i upp till flera veckor, vilket kan innebära en risk för eventuella anhöriga med immunbrist. Ansvarig sjuksköterska bör i dessa fall konsultera läkare för en individuell bedömning av om vaccination ska ges.

Slutsats

Folkhälsomyndigheten bedömer att det finns vetenskapligt stöd för att rotavirusvaccinernas nytta-riskbalans är positiv. Risken för den potentiellt allvarliga biverkan invagination är mycket liten och tillståndet går att behandla. Det är ytterst viktigt att tydligt informera föräldrar och vårdpersonal om risken för invagination och vikten av att vara vaksam på symtom, för att säkerställa tidig upptäckt och adekvat behandling.

6. Påverkan på verksamhet

Vaccinationens påverkan på verksamhet i landsting, kommuner och hos privata vårdgivare

Eftersom rotavirusvaccination är avsett för spädbarn ges det inom barnhälsovården. RV5 ges i tre doser medan RV1 ges i två doser. Båda vaccinerna behöver förvaras kallt och ges som droppar i munnen. Vaccinationer inom nationella vaccinationsprogram ska registreras i det nationella vaccinationsregistret, och det är vårdgivaren som ansvarar för vaccinationen som också ska lämna uppgifterna till registret (lag om register över nationella vaccinationsprogram, 2012:453).

Stockholms läns landsting och Region Jönköpings län införde allmän vaccination mot rotavirus 2014. Inför detta gjorde man enkätundersökningar för att kartlägga barnhälsovårdspersonalens kunskaper och attityder om rotavirusvaccination, och uppföljande enkäter två år efter. I uppföljningarna var svarsfrekvensen 59 procent i Stockholm och 50 procent i Jönköping. Här presenteras preliminära resultat från undersökningarna, som ännu inte har publicerats.

En del av frågorna i enkäten handlade om själva genomförandet och införandet av allmän rotavirusvaccination. Introduktionen av rotavirusvaccination har varit oproblematisk och det var övervägande positiva svar i den uppföljande enkäten. Majoriteten av personalen (87 procent i Stockholm och 83 procent i Jönköping) tyckte att det hade gått bättre med införandet än förväntat. De flesta tyckte inte att det var ett problem att ge vaccinet i munnen och inte heller att vaccinet ges så tidigt som vid 6 veckors ålder. Frågor från föräldrar sågs inte som ett problem. Det hade gått bra att ge dos 2 (och 3, i Stockholm) i samband med ordinarie vaccinationer och vaccinationen hade inte påverkat det övriga barnhälsovårdsarbetet negativt. Däremot tyckte cirka hälften av de svarande i Stockholm att det varit problematiskt att rotavirusvaccinationen inneburit en ny uppgift som tagit tid. Informationsinsatsen som krävs inför en rotavirusvaccination är utmanande, och vården behöver beredskap för att ta hand om oroliga föräldrar som söker vård för misstänkta biverkningar.

Om allmän vaccination mot rotavirus införs skulle det alltså innebära en extra arbetsuppgift för barnhälsovården. För föräldrar kan det vara svårt att tolka symtom hos sitt spädbarn och skilja vanligt magknip från invagination, och därför är det också sannolikt att införandet initialt skulle leda till en viss ökning av samtal och besök till akutsjukvården, sjukvårdsupplysningen 1177 och barnhälsovården från föräldrar som är oroliga att deras barn fått biverkningar av vaccinet. Samtidigt skulle vaccinationen minska sjukdomsbördan i samhället, och belastningen på sjukvården skulle minska i form av minskat antal fall av rotavirusinfektion.

Slutsats

Folkhälsomyndigheten bedömer att vaccinationen kommer att påverka verksamheten i landsting och hos privata vårdgivare. Det blir både en ökad arbetsbelastning – framför allt vid vaccinationen inom barnhälsovården – och en minskning av antalet fall av rotavirusinfektion inom sjukvården. Detta gör att den totala effekten torde vara acceptabel för vårdgivarna.

7. Kombination med andra vacciner

Vaccinets lämplighet att kombinera med övriga vacciner i de nationella vaccinationsprogrammen

Att ge RV1 eller RV5 samtidigt med andra vacciner har undersökts i kliniska studier. Vaccinerna kan ges samtidigt med följande monovalenta vacciner eller kombinationsvacciner:

- difteri-tetanus-acellulärt pertussisvaccin
- *Haemophilus influenzae* typ b-vaccin (Hib)
- inaktiverat poliovaccin
- konjugerat pneumokockvaccin
- hepatit B-vaccin
- tuberkulosvaccin (BCG).

Kliniska studier har visat att immunsvaret och säkerhetsprofilen för vaccinerna inte påverkas när de ges samtidigt. Rotavirusvaccination kan antingen ges samtidigt med, eller när som helst före eller efter, vaccination mot tuberkulos.

Slutsats

Folkhälsomyndigheten bedömer att rotavirusvaccinerna går att ge samtidigt med andra vaccinationer vid samma besök.

8. Allmänhetens acceptans

Allmänhetens möjlighet att acceptera vaccinet och dess påverkan på attityder till vaccinationer generellt

Förtroendet för det nationella vaccinationsprogrammet för barn är högt bland föräldrar. Statistiken från barnhälsovården visar att vaccinationstäckningen bland tvååringar ligger runt 97–98 procent år efter år.

År 2014 infördes allmän rotavirusvaccination som regionala program i Stockholms läns landsting och Region Jönköpings län, och båda länen har fått en vaccinationstäckning på över 75 procent. Troligen skulle ett nationellt införande i det allmänna vaccinationsprogrammet ge en högre vaccinationstäckning på sikt, eftersom förtroendet för vaccinations-programmet generellt är högt.

Hösten 2014 genomfördes en enkätundersökning bland föräldrar till 0–12 veckor gamla barn i Stockholms läns landsting. Syftet var att undersöka eventuella skillnader mellan föräldrar som tänkte låta sitt barn vaccineras mot rotavirusinfektion jämfört med de som inte tänkte låta vaccinera sitt barn och de som inte bestämt sig. Här presenteras preliminära resultat från undersökningarna, som ännu inte har publicerats.

Totalt svarade 1 063 föräldrar, med en överrepresentation av kvinnor och föräldrar med utbildning som är längre än 12 år. Cirka 81 procent angav att de hade för avsikt att låta sitt barn vaccineras mot rotavirusinfektion, 8 procent angav att de inte tänkte låta sitt barn vaccineras och 11 procent hade inte bestämt sig när frågan ställdes. Föräldrar som tänkte tacka ja till vaccination utmärktes av att de

- tyckte sig ha tillräckligt med information om rotavirusvaccin
- var positivt inställda till vacciner i allmänhet
- litade på rekommendationen om vaccination från sjuksköterskan på barnavårdscentralen
- visste att rotavirusinfektion kan göra deras barn allvarligt sjukt
- visste att rotavirusvaccin skyddar mot allvarliga formerna av RVGE.

Dessa föräldrar hade generellt också längre utbildning (längre än 12 år) än andra och barnen ifråga var något äldre: 6–12 veckor gamla jämfört med 0–5 veckor gamla för de föräldrar som inte tänkte låta sitt barn vaccineras eller som inte bestämt sig.

Enligt en årsrapport från barnhälsovården i Stockholms läns landsting år 2015 hade 81 procent av föräldrar med barn födda under första delen av 2015 låtit sina barn få en dos rotavirusvaccin. Dock sågs en stor variation mellan olika geografiska områden. I områden där en stor andel av barnfamiljerna hade låg köpkraft (vilket är korrelerat till lägre utbildningsgrad hos mamman) var vaccinationstäckningen lägre än i områden som hade få familjer med låg köpkraft.

Ett införande av allmän rotavirusvaccination skulle utifrån enkätundersökningens resultat sannolikt inte minska förtroendet för vaccinationer generellt eftersom både föräldrar och personal visats acceptera vaccinationen och svaren inte visar någon minskad vaccinvilja mot de andra vaccinerna. Vid ett eventuellt införande bör information ges tidigt (före 6 veckors ålder hos barnet) och med särskilt fokus på områden där föräldrar har kortare utbildning, för att nå en hög täckningsgrad och undvika ojämlik hälsa i olika socioekonomiska grupper. För att uppnå en hög täckning av rotavirusvaccination är det också viktigt med specifik information om själva rotavirusinfektionen, bibehållen tro på vacciner i allmänhet och goda relationer mellan familj och sjuksköterskor inom barnhälsovården. Det generella förtroendet för vaccinationer förutsätter att barnhälsovårdens sjuksköterskor och läkare även fortsättningsvis får fakta om både infektionen och vaccinet i sig,

eftersom det är viktigt att informationen som barnhälsovårdspersonalen ger föräldrarna bygger på välgrundad kunskap.

Slutsats

Folkhälsomyndigheten bedömer att det finns goda möjligheter för att allmänheten ska acceptera vaccinationen och att införandet sannolikt inte skulle påverka attityder till vacciner generellt. En förutsättning är att målgrupperna får möjlighet att fatta ett välinformerat beslut och att de får svar på sina frågor i mötet med hälso- och sjukvården.

9. Andra förebyggande åtgärder eller behandlingar

Andra tillgängliga, förebyggande åtgärder eller behandlingar som kan vidtas eller ges som alternativ till vaccination i ett nationellt vaccinationsprogram

Utöver vaccination kan rotavirusinfektion till viss del förhindras genom hygieniska åtgärder såsom handtvätt. Tidigt insatt vätskeersättning vid kräkningar och diarréer förebygger också uttorkning och minskar antalet allvarliga sjukdomsfall. I allmänhet har vårdnadshavare i Sverige god kunskap om vikten av att hålla god hygien och tidigt ge vätskeersättning eller annan vätska till barn med diarré.

Behandling med läkemedel som innehåller racekadotril (Hidrasec®) minskar den överdrivna utsöndringen av vatten och salter i tarmen som gastroenterit orsakar. Racekadotril ger snabb effekt mot diarré, utan att påverka tiden för tarmpassage. Läkemedlet tillförs med vätskeersättning som ges genom munnen och är avsett för barn över 3 månader. Racekadotril påverkar inte standardbehandlingen vid diarré, dvs. att ge extra vätska, men det kan ytterligare stödja den symtomatiska behandlingen vid allvarlig RVGE. Det är alltså ett komplement till standardbehandling, men läkemedlet förebygger inte infektion.

Eftersom rotavirus är mycket smittsamt räcker inte enbart hygienregler och handtvätt för att helt bryta smittkedjor inom familjer eller exempelvis på förskolor. Rotavirus sprids från person till person genom fekal-oral smitta, via objekt såsom leksaker och dörrhandtag, och troligen även via luften. Det krävs endast ett fåtal viruspartiklar för att någon ska smittas, och infekterad avföring kan innehålla mer än tusen viruspartiklar per gram. Rotavirus är smittsamt på händer i flera timmar och på torra ytor i upp till 10 dagar; dessutom är det delvis motståndskraftigt mot desinfektionsmedel och handtvätt. Den smittsamma perioden är lång, från 1–2 dagar före symtomdebut till flera veckor efter insjuknandet.

Slutsats

Folkhälsomyndigheten bedömer att andra tillgängliga förebyggande åtgärder och behandlingar inte är några alternativ till vaccination. De utgör olika sätt att mildra

sjukdomsförloppet eller minska smittspridningen, men i betydligt mindre omfattning än vad vaccination gör.

10. Samhällsekonomisk analys

Vaccinationens samhällsekonomiska effekter och dess kostnader och intäkter i staten, kommunerna och landstingen

Inför den hälsoekonomiska analysen gjorde Folkhälsomyndigheten en epidemiologisk modell för att simulera bördan av RVGE i Sverige. I analysen jämfördes hälsoeffekter och kostnader vid allmän vaccination mot rotavirus bland barn 0–5 år med 95 procents vaccinationstäckning, med en situation där samma åldersgrupp inte vaccineras.

Den hälsoekonomiska analysen hade en tidshorisont på sex år. I grundscenariot inkluderades indirekta kostnader i form av produktionsförluster för vårdnadshavare vid vård av sjukt barn som är äldre än ett år. Känslighetsanalyser genomfördes där indirekta kostnader exkluderades.

Resultaten visar att ett införande av rotavirusvaccination i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn skulle innebära en kostnadsbesparing på ungefär 700 miljoner kronor och leda till att samhället vinner ungefär 600 livskvalitetsjusterade levnadsår (QALY) under en period på sex år. Detta innebär en årlig besparing på 120 miljoner kronor, främst genom minskade produktionsförluster till följd av minskad sjukdomsbörda i samhället, och att samhället vinner 100 fullt friska levnadsår årligen. Att införa rotavirusvaccination i det allmänna vaccinationsprogrammet har alltså en bättre hälsoeffekt till en lägre kostnad, jämfört med ingen vaccination. Känslighetsanalyser visar att resultaten i analysen var robusta när t.ex. vaccinationstäckning och immunitet efter vaccination varierades.

I beräkningarna kan man också välja att inte ta hänsyn till indirekta kostnader, dvs. vårdnadshavares produktionsförlust vid vård av sjukt barn, utan endast kostnader inom hälso- och sjukvården. Då innebär ett införande av rotavirusvaccination i det allmänna vaccinationsprogrammet en kostnad på ungefär 600 000 kronor per vunnet QALY.

Alla resultat från den hälsoekonomiska analysen är baserade på listpriset från Apoteket.se år 2014. Vid nationell upphandling av vaccin är det troligt att det upphandlade priset kommer vara lägre än listpriset. Om priset vid upphandling är 30 procent lägre än listpriset skulle det innebära en ungefärlig kostnad på 200 000 kronor per vunnet QALY när indirekta kostnader inte inkluderas. Tolkningen av resultaten från grundanalysen är dock densamma när indirekta kostnader i form av produktionsförluster ingår – vaccination ger fortfarande en bättre hälsoeffekt till en lägre kostnad jämfört med ingen vaccination eftersom vaccinpriset är lägre.

Givet ett vaccinpris som ligger 30 procent lägre än 2014 års listpris samt en 95-procentig vaccinationstäckning skulle ett införande av rotavirusvaccination i det allmänna vaccinationsprogrammet innebära en ökad årlig kostnad om ungefär 95 miljoner kronor. Kostnader för extra vårdbesök för att ge vaccinationen kan tillkomma, beroende på hur väl vaccinationen kan samordnas med andra vaccinationer i programmet eller besök inom vården. Vaccination skulle även innebära ungefär 90 miljoner kronor i minskade kostnader varje år för resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården för barn 0–5 år.

Slutsats

Folkhälsomyndigheten bedömer att relationen mellan hälsoeffekter och kostnader är rimlig, vilket motiverar ett införande av rotavirusvaccination i det nationella allmänna vaccinationsprogrammet för barn.

11. Uppföljning

Möjligheterna till uppföljning av vaccinationens effekter

Uppföljning och utvärdering är centrala delar av nationella vaccinationsprogram, liksom i allt framgångsrikt preventionsarbete. Om vaccination mot rotavirus förs in i ett nationellt allmänt vaccinationsprogram kan det bli aktuellt med både basal och förstärkt uppföljning. Folkhälsomyndigheten tar fram en detaljerad plan för uppföljning av rotavirusvaccination i samband med ett eventuellt införande i det nationella vaccinationsprogrammet.

Den *basala övervakningen och periodvisa uppföljningen* innefattar följande delar:

- Vaccinationstäckning. Vaccinationer som omfattas av nationella vaccinationsprogram ska registreras i det nationella vaccinationsregistret, vilket även ger goda förutsättningar att vid behov genomföra studier som är relaterade till rotavirusvaccination. Vaccinationstäckningen för andra vaccinationer följs kontinuerligt och Folkhälsomyndigheten kommer att bedöma om rotavirusvaccination skulle påverka dessa.
- Sjukdomsepidemiologi. Eftersom rotavirusinfektion inte är anmälningspliktig och provtagning inte heller görs systematiskt kan det behövas registerstudier av antalet fall och dödligheten för att kunna följa sjukdomsförekomsten. Övervakningen skulle förstärkas betydligt om laboratorieverifierad sjukhusvårdad rotavirusinfektion blev anmälningspliktig, för då kan man utföra kopplade registerstudier på individnivå.
- Vaccinsäkerhet. I riskhanteringsplanen för respektive vaccin sammanfattas en bedömning av möjliga och identifierade risker, behovet av ytterligare studier och riskminimerande åtgärder. I enlighet med rotavaccinernas riskhanteringsplaner har Läkemedelsverket en skärpt övervakning av

invagination genom att spontanrapporterade fall särskilt följs upp via riktade frågeformulär och genom att jämföra rapporterad förekomst med förväntad förekomst.

- Mikrobiologisk epidemiologi. Varje år gör Folkhälsomyndigheten genotypning på ett urval av stammar som sänds in för analys, för att följa om vaccinerna påverkar genotypsfördelningen.
- Attitydundersökningar bland föräldrar och vårdpersonal är viktiga för att följa om föräldrarna accepterar en ny vaccination.

Vid behov utförs en *förstärkt övervakning*. Om det t.ex. finns signaler på försämrad effekt av vaccinet kan man göra vaccineffektstudier via uppföljning vid utvalda sjukhus, fall-kontrollstudier, och/eller en registerbaserad kohortstudie på barn under 5 år.

Folkhälsomyndigheten uppskattar att en god övervakning av introduktionen av en rotavirusvaccination kommer att kosta 345 000 kronor per år. Förstärkt övervakning enligt ovan beräknas kosta 900 000 kronor vid ett tillfälle.

Slutsats

Folkhälsomyndigheten bedömer att det finns goda möjligheter att följa upp vaccinationens effekter. Kvaliteten i övervakningen skulle dock öka betydligt om laboratorieverifierad sjukhusvårdad rotavirusinfektion blev anmälningspliktig. Det finns ett särskilt behov av noggrann säkerhetsuppföljning gällande invagination.

12. Informationsinsatser

Behovet av informationsinsatser i förhållande till allmänheten och vårdgivare och kostnaden för dessa insatser

Behovet av och kostnaden för nationella informationsinsatser beror på målen för vaccinationerna och kommunikationen. Om allmän rotavirusvaccination införs kommer Folkhälsomyndigheten att ta fram en detaljerad plan för kommunikationsinsatser. Eftersom vaccination mot rotavirusinfektion redan erbjuds i Stockholms läns landsting och i Region Jönköpings län finns regionala erfarenheter av att planera och genomföra informationsinsatser i samband med införandet.

Inför ett allmänt vaccinationsprogram mot rotavirusinfektion behövs ett skriftligt informationsmaterial som också ska översättas till andra språk än svenska. Till föräldrar och allmänhet behövs allmän information i form av t.ex. broschyrer med fakta om rotavirusinfektion, vaccinet och möjliga biverkningar. Informationen kan behöva anpassas till olika grupper av föräldrar med olika behov. Personal inom barnhälsovården behöver mer specifik information om t.ex. vaccinet, kontraindikationer och själva vaccinationen. Eftersom vaccinationen kan orsaka

invagination i yngre åldrar än normalt är det också viktigt med information till personal på akutmottagningar, barn- och infektionskliniker och 1177, för att säkerställa att eventuella fall av invagination inte förbises utan snabbt kommer till behandling.

Det framtagna informationsmaterialet behöver också utvecklas för vårdens och myndigheternas digitala kanaler i kommunikationen med allmänhet och vårdpersonal.

Utöver informationsmaterial behövs kontinuerliga utbildningsinsatser som är riktade till viss hälso- och sjukvårdspersonal. Personal inom barnhälsovården behöver ha god kunskap om både sjukdom och vaccin för att kunna genomföra vaccinationerna på ett säkert sätt, informera föräldrar och svara på deras frågor. Utbildningsinsatser kan även vara aktuellt för personal på akutmottagningar och barn- och infektionskliniker, med tanke på risken för invagination.

Folkhälsomyndigheten uppskattar sina kostnader för informationsinsatserna till 1,7 miljoner kronor, utifrån en preliminär kommunikationsplan. Om rotavirusvaccination införs i det nationella programmet behövs en mer detaljerad kommunikationsplan och kostnaderna justeras då efter den. Därutöver behövs stora informationsinsatser inom landsting och regioner till personal och allmänhet.

Slutsats

Folkhälsomyndigheten bedömer att gedigna informationsinsatser är en förutsättning för att föräldrar ska kunna fatta ett välinformerat beslut om vaccination och för att hälso- och sjukvårdspersonal ska kunna bemöta föräldrarnas frågor.

13. Etiska aspekter

Medicinetiska och humanitära överväganden

Statens medicinsk-etiska råd (Smer) har på Folkhälsomyndighetens förfrågan gjort en etisk analys av införandet av vaccination mot rotavirus i det allmänna vaccinationsprogrammet (se bilaga 3). Analysen bygger på detta underlag och Folkhälsomyndighetens kunskapsunderlag samt Smers eget underlag som tagits fram i samarbete med en docent i medicinsk etik vid Lunds universitet.

Smer anser att det kan var etiskt godtagbart att erbjuda rotavirusvaccination inom ramen för det allmänna vaccinationsprogrammet. Anledningen är främst att små barn kan få skydd mot potentiellt allvarlig sjukdom och att risk-nyttabalansen talar för vaccination. En förutsättning är dock att relevanta och utförliga informations- och utbildningsinsatser genomförs, riktade såväl till allmänheten som till hälso- och sjukvårdspersonal.

Slutsats

Även Folkhälsomyndigheten bedömer det som etiskt hållbart att införa rotavirusvaccination i det nationella allmänna vaccinationsprogrammet för barn. Viktigast är möjligheten att ge små barn skydd mot allvarlig sjukdom och att risk-nyttabalansen talar för vaccination.

Bilaga 1. Medverkande i Folkhälsomyndighetens arbetsgrupp

Interna medlemmar i arbetsgruppen

Hanna Lobosco, utredare och projektledare

Mia Brytting, enhetschef, enheten för laborativ virus- och vaccinövervakning

Tiia Lepp, epidemiolog

Ann Lindstrand, enhetschef, enheten för vaccinationsprogram

Adam Roth, sakkunnig på vaccin

Lottie Schloss, ansvarig för rotavirusövervakningen på Folkhälsomyndighetens referenslaboratorium

Ellen Wolff, hälsoekonom

Externa medlemmar i arbetsgruppen

Agneta Aust Kettis, senior expert, Läkemedelsverket

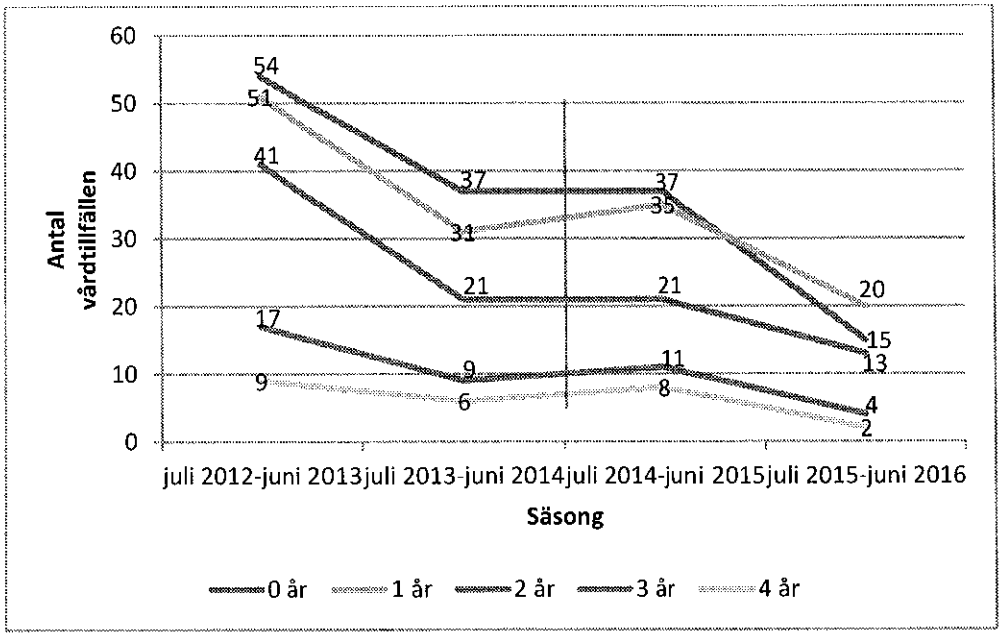
Margareta Blennow, barnhälsovårdsöverläkare, Stockholms läns landsting

Carin Oldin, barnhälsovårdsöverläkare, Region Jönköpings län

Lina Schollin Ask, barnläkare, Sachsska barn- och ungdomssjukhuset, Stockholms läns landsting

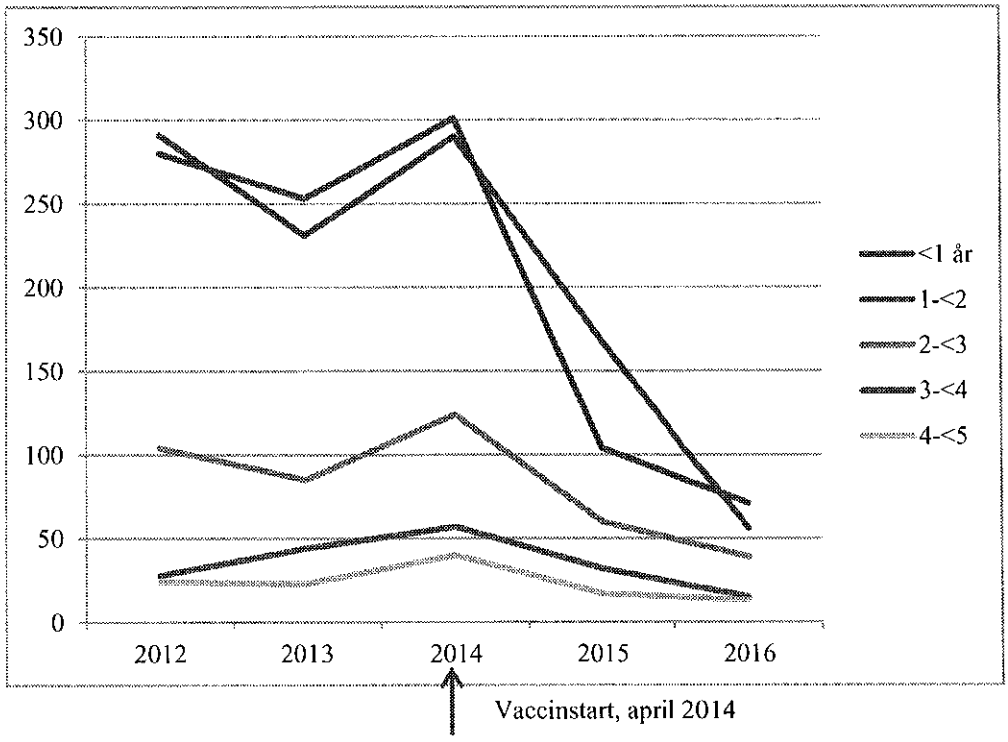
Bilaga 2. Vaccinationens påverkan på sjukdomsbördan i Jönköping och Stockholm

Figur 1. Antal inläggningar av barn 0–4 år med gastroenterit, länssjukhuset Ryhov i Region Jönköpings län



Källa; Utdrag ur Diver från diagnosregistrering i datajournal Cosmic; diagnos A08–A09, 2013–2016, Barn- och ungdomsmedicinska kliniken, länssjukhuset Ryhov i Jönköping. Allmän rotavaccination infördes i Region Jönköpings län den 1 juli 2014.

Figur 2. Antal diagnoser av rotavirusgastroenterit och gastroenterit utan närmare specifikation i slutenvård bland barn upp till 5 år, Stockholms läns landsting, 1 januari–31 maj åren 2012–2016



Bilaga 3. Analys och bedömning av Statens medicinsk-etiska råd (Smer)

Etisk analys avseende införande av vaccin mot rotavirus i det allmänna vaccinationsprogrammet

Statens medicinsk-etiska råd, Smer, har accepterat en förfrågan från Folkhälsomyndigheten angående etisk analys vad gäller införande av vaccination mot rotavirus i det allmänna vaccinationsprogrammet inom ramen för deras beredning av frågan. Inför denna behandling har rådet mottagit Folkhälsomyndighetens kunskapsunderlag i frågan samt dess preliminära bedömning. Mats Johansson, docent i medicinsk etik, Lunds universitet, anlitades för att bistå rådet vid beredningen av frågan.

Beslut om denna skrivelse har fattats vid rådets ordinarie sammanträde den 21 oktober 2016. I beslutet deltog ledamöterna Kjell Asplund (ordförande), Finn Bengtsson, Sven-Olov Edvinsson, Åsa Gyberg-Karlsson och Anna-Lena Sörensson. Vid beredningen av ärendet har även de sakkunniga Göran Hermerén, Ingemar Engström, Ann Johansson, Olle Olsson, Bengt Rönngren, Nils-Eric Sahlin och Elisabeth Wennlund deltagit.

För rådet,

Kjell Asplund

Införande av vaccin mot rotavirus i det allmänna vaccinationsprogrammet – etiska aspekter

Bakgrund

Rotavirus orsakar mag-tarminfektioner hos små barn. Eftersom viruset är mycket smittsamt insjuknar nästan alla barn innan de fyllt fem år.[2] Infektionen kännetecknas av kräkningar, diarré och feber. I svåra fall kan barnet till följd av infektionen drabbas av kramper och hjärnhinneinflammation. Infektionen kan förebyggas om vaccin ges mycket tidigt i barnets liv. Vaccinet har god om än inte hundraprocentig effekt. I flera länder[3] har man redan infört vaccin mot rotavirus i de nationella vaccinationsprogrammen – ett förfarande som ligger i linje med WHOs rekommendation från 2009.

---

[2] Folkhälsomyndigheten 2015.

[3] I Europa rör det sig om Belgien, Estland, Finland, Lettland, Luxemburg, Norge, Storbritannien, Tyskland och Österrike. Folkhälsomyndigheten 2015.

Sverige har idag ett välfungerande allmänt vaccinationsprogram. Frågan är om det bör utökas till att även inkludera vaccin mot rotavirus. Detta väcker en rad olika medicinska, ekonomiska och etiska frågeställningar. Syftet med denna analys är att utforska etiska aspekter med ett sådant införande (fortsättningsvis: "åtgärden" eller "införandet").

Utgångspunkt för analysen

Utgångspunkten för denna analys är erkända medicinetiska principer och värden – som exempelvis respekt för självbestämmande, vikten av att ha patientens bästa för ögonen och betydelsen av att fördela samhällets resurser rättvist. Särskild vikt tillmäts dock den så kallade "etiska plattformen" eller "prioriteringsplattformen" som antagits av riksdagen (Prop. 1996/97:60). Enligt denna plattform får man aldrig i prioriteringsfrågor fatta beslut som står i strid med *Människovärdesprincipen*, vilket skulle ske om man lät en individs personliga egenskaper, samhällsposition, prestation, inkomst eller motsvarande avgöra om han eller hon ges företräde till hälso- och sjukvårdsinsatser. Människovärdesprincipen uttrycker kortfattat vad som *inte* får vara grund för prioriteringar. Vad man enligt plattformen bör ta fasta på återfinns istället i *Behovs- och solidaritetsprincipen,* enligt vilken den med det största vårdbehovet ska tillgodoses först.[4] "Solidaritet" innebär här att man ska uppmärksamma behoven hos dem som inte kan föra sin egen talan, som exempelvis personer med nedsatt kognitiv förmåga. Solidaritet betyder alltså inte att svaga grupper ska ges företräde till vården om andra har ett större vårdbehov. I förarbetena till den etiska plattformen slås fast att de har *samma rätt* som andra att få vård och att få sin integritet respekterad (SOU 1995:5 s. 118). I sista hand ska man enligt den etiska plattformen, allt annat lika, välja de behandlingar eller vårdinsatser som är mest *kostnadseffektiva*.

Även i smittskyddslagen uppställs ett etiskt ramverk, nämligen att sjukdom ska omfattas av ett nationellt vaccinationsprogram om man genom vaccination effektivt kan förhindra spridningen av smittsamma sjukdomar i befolkningen, om åtgärden ifråga är kostnadseffektiv, och införandet är hållbart från *etiska och humanitära utgångspunkter* (3 e §). Det tycks vara en öppen fråga om detta ramverk är förenligt med den etiska plattformen.

Barnets perspektiv: Risk och nytta

En avgörande fråga är om införandet förväntas leda till en substantiell hälsovinst för de barn som vaccinerats. Naturligtvis är också andra faktorer av betydelse – som minskade samhällskostnader – men individens behov och rättigheter kan inte

[4] Detta följer direkt av den etiska plattformen, samt slås även fast i hälso- och sjukvårdslagen (2 §) och i patientlagen (1 kap. 6 §).

trumfas av vinster på gruppnivå eller samhällelig nivå, utan att man därigenom gör avsteg från den etiska plattformen.[5]

Hur ska vaccinationserbjudandet förstås utifrån barnets intresse? Målet med vaccineringen är eftersträvansvärt: att genom en enkel och smärtfri åtgärd undvika framtida sjukdomstillstånd som för den stora majoriteten kännetecknas av täta tunna diarréer, kräkningar och feber (5-8 dagar[6]) men som kan medföra allvarligare komplikationer som kräver sjukhusvistelse. Även dödsfall kan förekomma till följd av infektionen men dessa bedöms som mycket sällsynta i Sverige.[7]

Barn som är undernärda, är födda för tidigt, har låg födelsevikt, eller har nedsatt immunförsvar riskerar alla att drabbas särskilt hårt av infektionen. Alla barn bör emellertid inte ges vaccinet. Barn med överkänslighet mot någon av de aktiva substanserna, missbildningar på mag/tarm-kanalen eller med misstänkt nedsatt immunförsvar bör inte vaccineras.[8] Dessa kan skyddas genom det *flockskydd* som uppstår vid hög täckningsgrad [FHI]. Denna mer indirekta hälsovinst behandlas separat.

Ur barnets perspektiv finns även kända biverkningar att ta i beaktande: (i) Feber, lättare diarré och kräkningar (vanligt); (ii). magsmärtor, gaser och hudutslag (mindre vanligt), (iii) nässelutslag och allergiska reaktioner; (iv) tarminvagination, då sista biten av tunntarmen trycks in i tjocktarmen och det blir stopp i tarmen (mycket sällsynt).[9] Det sistnämnda kan även leda till långvariga problem för den drabbade. Det är viktigt att på ett systematiskt sätt följa upp biverkningar för att minimera riskerna för de som vaccineras men också för att allmänhetens förtroende för vaccinationsprogrammet ska bibehållas.

I princip alla barn som smittas av rotavirus gör det innan de fyllt fem år. Det går dock inte att förutse precis vilka individer som kommer ha störst nytta av vaccinet och vilka som kommer att drabbas av någon negativ bieffekt.[10] Vårdnadshavarnas beslut om att låta vaccinera sitt barn sker därför alltid under osäkerhet. Om rotavirusinfektionen hade varit livshotande (och här avses situationen under svenska förutsättningar) och biverkningarna obetydliga skulle valet vara enkelt, både ur individ- och samhällsperspektiv. Vem hade inte valt att "ta en sådan försäkring" för egen del eller för sina barns räkning? Så enkelt är alltså inte beslutet att låta vaccinera sina barn mot rotavirus.

---

[5] Som framgår av den etiska plattformen och Hälso- och sjukvårdslagen.

[6] Smitta andra kan man göra upp till tre veckor efter infektionen [Folkhälsomyndigheten 2015].

[7] Folkhälsomyndigheten 2015.

[8] Barn som vid vaccinationstillfället har feber eller diarré och kräkningar kommer sannolikt inte heller i fråga om att vaccineras.

[9] FASS och Folkhälsomyndigheten 2015.

[10] Riskgrupper *kan* visserligen identifieras. I texten åsyftas dock endast osäkerhet på individnivå.

I normalfallet går det att argumentera för att barn bör vaccineras mot rotavirus, men det behöver samtidigt inte vara uppenbart irrationellt att låta bli.[11] Den sammanvägda risk/nytta bedömningen framtagen av Folkhälsomyndigheten, som bygger på omfattande säkerhetsdata från användning i andra länder, talar för vaccination utifrån barnets perspektiv.

Patienten: informationen, samtycket, frivilligheten

Enligt en grundläggande medicinetisk princip ska patienten själv ta ställning till föreslagen vård och behandling. Sådant självbestämmande kan dock endast utövas av individer med kapacitet att förstå vad beslutet handlar om, värdera informationen och konsekvenserna av beslutet, med mera.[12] Detta kan av uppenbara skäl inte ske i vaccinationsfrågan. För att vaccinet ska ha (god) effekt måste det nämligen ges mycket tidigt i barnets liv, vilket innebär att det i praktiken är upp till vårdnadshavarna att ta ställning till erbjudandet om vaccination.

Vårdnadshavarna har i uppgift att se till barnets bästa. För att kunna göra detta måste de ha tillgång till information som är både saklig och överensstämmande med det aktuella kunskapsläget, inklusive kända risker. Kännedom om betydande risker kan skapa oro hos vissa vårdnadshavare (vissa kanske t.o.m. söker vård i onödan). Men att därför tona ner, eller rent av dölja, risker kan inte försvaras. För att kunna axla sitt ansvar behöver vårdnadshavarnas ha tillgång till ett adekvat beslutsunderlag. Dessutom kan riskbilden vara viktig för att vårdnadshavarna snabbt ska kunna identifiera och söka vård om kända komplikationer skulle uppstå.

Vårdnadshavarnas beslut måste också vara frivilligt. Frivilligheten kan undermineras på flera sätt, t.ex. om beslutet presenteras på ett sådant sätt att vårdnadshavarna känner sig dumma eller oansvariga om de avstår att låta vaccinera sitt barn. Vidare kan den hotas om vårdnadshavarna upplever att ett nej skulle påverka deras barns möjlighet att få annan vård (t.ex. vaccination mot andra sjukdomar). Naturligtvis spelar det inte någon avgörande roll om personalens påverkan är avsiktligt eller om den är resultatet av okunskap eller nonchalans. Här krävs att man inte bara har rutiner för information om vaccinationen, utan även att dessa utvärderas utifrån att vårdnadshavarna ska kunna fatta informerade och frivilliga beslut.

---

[11] Hur skulle man se på ett motsvarande erbjudande (dvs. med motsvarande bieffekter och fördelar) till en vuxen? Hade ett nej uppfattats som ett uppenbart dåligt beslut?

[12] Vad detta mer precis innebär är omdiskuterat men av ingen betydelse för denna analys då inga antagande görs som skiljer sig från hur vi normalt ser på barnens och de vuxnas beslutsförmåga.

Rättvis fördelning av vårdens resurser

Redan idag vaccineras svenska barn mot rotavirus, om än i begränsad utsträckning. Det förklaras av enskilda föräldrars egna initiativ eller av att vissa familjer bor i ett landsting som redan erbjuder vaccinet (t.ex. Jönköping). Att sådana medicinskt ovidkommande omständigheter avgör vem som vaccineras kan anses orättvist. Betyder detta att man av rättviseskäl bör införa vaccination mot rotavirus i det allmänna vaccinationsprogrammet? Klart är att man då via BVC skulle kunna nå ut till den överväldigande majoriteten av alla barn.

Ovanstående rättviseresonemang ger endast skenbart vägledning. Den problematiska ojämlikheten kan ju upplösas på två helt skilda sätt: antingen ger man vaccinationserbjudandet till alla eller så ger man det inte till någon.[13] Vilket alternativ som är att föredra bottnar i frågan om vaccinationen är motiverad från första början. Den etiska plattformen ger visserligen implicit uttryck för en rättviseprincip, men enligt denna är det behov som ska vara avgörande för vem som ges vård.

Trots att infektionen har påtagliga konsekvenser för de barn som drabbas, går det inte att trovärdigt hävda att behovet av vaccinet hör till samhällets största. Ur ett allmänt prioriteringsperspektiv ska införandet jämföras med andra åtgärder, som exempelvis kan finnas inom cancersjukvård, slutenpsykiatri eller i den palliativa vården. Även om barn har rätt till god vård (kurativ, palliativ, förebyggande) ska alltså barnets behov ställas mot andra gruppers behov. Men också när det gäller vilka vaccin som bör införas i det allmänna vaccinationsprogrammet är det en öppen fråga om vaccin mot rotavirus bör ges förtur. Om andra vaccin "står på kö" riskerar mer angelägna vaccin att stå tillbaka, något som kan få allvarliga konsekvenser för de som till följd av beslutet drabbas av sjukdom.

Solidaritet med riskgrupper

Om införandet leder till hög täckningsgrad kan även ovaccinerade barn skyddas. Ett sådant indirekt skydd kan tillkomma barn vars föräldrar tackat nej till erbjudandet eller barn som av medicinska skäl inte får vaccineras. Bland de sistnämnda kan riskerna med infektionen dessutom vara särskilt stor. Även äldre personer kan tänkas skyddas på samma sätt (man kan få infektionen flera gånger).

Det väcker frågan om barn bör vaccineras av solidaritet med sådana särskilt sårbara individer. Här finns utrymme för tankefel. Man bör därför påminna sig om att barnet inte kan agera solidariskt. Barnet har ju inget att säga till om. Naturligtvis kan barnet användas *enbart som medel* för andras skull, men detta strider mot

---

[13] Huruvida det är praktiskt/juridiskt möjligt att hindra ett landsting att erbjuda vaccinationen är irrelevant för denna poäng.

principen att man inte får vårda en person för någon annans skull. Dessutom rimmar det illa med principen att se till barnets bästa – en princip som inte bara präglar svensk sjukvård (8 § patientlagen) utan även Barnkonventionen. Särskilt allvarligt vore det naturligtvis om åtgärden medför en kliniskt sett obefogad risk. Om vaccinationen kan motiveras ur barnets eget perspektiv förhåller sig saken annorlunda. I sådant fall utgör nämligen skyddet av riskgrupper en synnerligen välkommen bieffekt.

Indirekta effekter

Förändringar i det allmänna vaccinationsprogrammet kan ha långtgående effekter. Vissa av dessa kan vara av mer indirekt natur och röra annat än de vaccinerades hälsa. Infektion relaterad till rotavirus leder till tryck på barnakutmottagningarna. Här finns utrymme för *minskade kostnader*. Detsamma gäller i de situationer där barn till följd av infektionen hamnar i primärvården eller vårdas i hemmet. Minskad frånvaro från arbete för föräldrarna är också en minskad kostnad värd att nämna, men också att detta (mycket kortvarigt) kan påverka deras livskvalitet positivt. Just de senare aspekterna gör att man bör vara särskilt vaksam så att man inte förlorar fokus på barnets bästa. Vidare: även om införandet skulle leda till minskade kostnader, avgör detta i sig inte frågan om det går att motivera etiskt. Detta gäller även om barnen själva gynnas av att vaccineras. Andra kan nämligen behöva stå tillbaka – personer vars behov av vård är större.

Teoretiskt sett är minskade kostnader förenligt med att ingen behöver få det sämre. Tillämpat på det aktuella fallet är resonemanget dock problematisk. För det första finns det inga garantier för att "vinsterna" faktiskt investeras på ett sådant sätt att det kommer de med störst behov till gagn. Dessutom skapar man under alla omständigheter tillfälliga men verkliga förlorare. Om man väljer att vaccinera mot rotavirus, snarare än annan sjukdom, kan den faktiska effekten vara framtida dödsfall. Återbäringen från de minskade kostnaderna kommer för sent för att hjälpa dessa individer.

Förtroende för det allmänna vaccinationsprogrammet

Det allmänna vaccinationsprogrammet är viktigt ur ett folkhälsoperspektiv och för de personer som direkt eller indirekt skyddas genom en hög täckningsgrad. För att uppnå dessa mål krävs förtroende. Man kan diskutera hur man bäst bevarar förtroendet, men det är inte djärvt att anta att det är viktigt med öppenhet gällande det allmänna vaccinationsprogrammet, grunden till eventuella förändringar, kända risker och nyttor, med mera. En ogenomtänkt utökning av vaccinationsprogrammet kan få negativa effekter vilka drabbar hela programmet. Om det framkommer att införandet är ett resultat av populism (i relation till röststarka grupper) eller hård marknadsföring från läkemedelsindustrin riskerar tilliten skadas på ett sätt som svårligen repareras. Möjligen finns det även en gräns för hur många olika vaccin

programmet kan rymma innan föräldrar börja ifrågasätta det. Om så, är det angeläget att det är de mest betydelsefulla vaccinen som får ta plats.

Öppenheten är även viktig ur ett demokratiskt perspektiv. Den offentligfinansierade hälso- och sjukvården är allas ensak. Hur resurserna fördelas, och vilken grund detta sker på, måste vara fritt tillgängligt.

Sammanfattning

Syftet med denna analys har varit att identifiera och diskutera etiska aspekter på frågan om man bör utöka det allmänna vaccinationsprogrammet till att även inkludera vaccin mot rotavirus ("införandet").

Huvudfrågan har varit om vaccination kan motiveras sett *ur barnens intresse*, men efter det att denna fråga diskuterats har en rad andra frågor aktualiserats. Dessa har rört information och samtycke, rättvisa, solidaritet, minskade kostnader och förtroende för vaccinationsprogrammet. Huvuddragen i denna analys sammanfattas här punktvis:

- Införandet medför en hälsovinst på gruppnivå.
- Vaccineringen kan rimligen anses vara i barnets intresse. Men det är samtidigt inte uppenbart oansvarigt eller irrationellt att avstå vaccinering för sina barns räkning.
- Vårdnadshavarna ska se till sitt barns bästa. Det förutsätter saklig och korrekt information, samt att de inte utsätts för otillbörlig påverkan.
- Några barn kommer att drabbas av allvarliga bieffekter.
- Vaccinet kan förebygga svåra sjukdomstillstånd, där infektionen obehandlad skulle vara livshotande för barnet. Detta är en viktig faktor givet den vikt den etiska plattformen tillmäter störst behov, alltså trots att majoriteten av alla barn drabbas av långt lindrigare tillstånd.
- Om flockimmunitet uppnås skyddas även barn som inte vaccinerats. Vissa av dessa barn är särskilt sårbara om de drabbas av infektionen.
- Barnet själv kan inte agera solidariskt (utan endast användas som ett medel för att gynna andra).
- Redan idag vaccineras vissa barn mot rotavirus. Rättvisa är i sig inte ett skäl till införandet. En behovsbedömning ska vägleda beslutet.
- Införandet kan leda till minskade samhällskostnader. Det är angeläget att vårdens resurser används effektivt, men inte till priset av att man bortser från större vårdbehov.
- Öppenhet och ärlighet bör prägla varför man gör ändringar i det allmänna vaccinationsprogrammet. Detta är viktigt ur demokratiskt perspektiv, men också för att bevara tilltron till vaccinationsprogrammet.

Smers bedömning

Statens medicinsk-etiska råd anser sammantaget att det, utifrån tillgängligt kunskapsunderlag och den etiska analysen, kan vara etiskt godtagbart att erbjuda rotavirusvaccination inom ramen för det allmänna vaccinationsprogrammet.[14] Detta motiveras främst utifrån möjligheten att ge små barn skydd mot potentiellt allvarlig sjukdom och att risk-nytta balansen talar för vaccination. En förutsättning för ett införande av rotavirusvaccination i programmet är att relevanta och utförliga informations- och utbildningsinsatser genomförs, riktade såväl till allmänheten som till hälso- och sjukvårdspersonal.

Relevant litteratur

Folkhälsomyndigheten (2015). Rotavirusinfektion i Sverige. Sjukdomsbörda, genotypsdistribution, förväntad effekt av rotavirusvaccin och förslag på en nationell övervakningsplan.

Beauchamp, T. L. och Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics*. Oxford, Oxford University Press.

Buchanan, A. E. och Brock, D. W. (1989). *Deciding for others: the ethics of surrogate decision making*. Cambridge, Cambridge University Press.

Broström, L. och Johansson, M. (2012). Ställföreträdarskap. En översikt. *Ställföreträdarskap i vård och omsorg*. L. Broström och M. Johansson. Malmö, Gleerups.

Hermerén, G. (2014). Prioriteringar: val och värden i vården. *Årsbok. Vetenskapssocieteten i Lund*. Lund.

Kindström Dahlin, M. (2016). Att tvinga ett barn. Om barns rättigheter i hälso- och sjukvården och behovet av en tydligare tvångsvårdslagstiftning. *Förvaltningsrättslig tidskrift*.

Sandman, L. (2015). *Vilken vägledning ger den etiska plattformen för prioriteringar i konkreta prioriteringssituationer? En översikt av tolknings- och tillämpningssvårigheter*. Linköping, Linköpings universitet.

Schwartz, J. L. och Caplan, A. L. (2011). Ethics of vaccination programs. *Curr Opin Virol* **1**(4): 263-267.

Thompson, A., m.fl. (2014). Ethical considerations in post-market-approval monitoring and regulation of vaccines. *Vaccine* **32**(52): 7171-7174.

[14] Smer har inte tagit ställning till frågan om införande av rotavirusvaccin utifrån ett prioriteringsetiskt perspektiv dvs. rotavirusvaccin ställt i jämförelse med andra möjliga vacciner där det också föreligger behov.

Verweij, M. och Dawson, A. (2004). Ethical principles for collective immunisation programmes. *Vaccine* **22**(23-24): 3122-3126.

Verweij, M. F. och Houweling, H. (2014). "What is the responsibility of national government with respect to vaccination?" *Vaccine* **32**(52): 7163-7166.

WHO. State of the world's vaccines and immunization. 3rd ed. Geneva: WHO; 2009.

Detta beslutsunderlag summerar bedömningen från Folkhälsomyndigheten om att vaccination mot rotavirusinfektion uppfyller smittskyddslagstiftningens kriterier för att ingå i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn. Målgruppen för beslutsunderlaget är i första hand regeringen som beslutar vilka sjukdomar som bör omfattas av nationella program. Övriga målgrupper är barnhälsovården, smittskyddsläkare och övriga hälso- och sjukvården samt Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

Folkhälsomyndigheten är en nationell kunskapsmyndighet som arbetar för en bättre folkhälsa. Det gör myndigheten genom att utveckla och stödja samhällets arbete med att främja hälsa, förebygga ohälsa och skydda mot hälsohot.

Vår vision är en folkhälsa som stärker samhällets utveckling.

Folkhälsomyndigheten

Solna Nobels väg 18, SE-171 82 Solna **Östersund** Forskarens väg 3, SE-831 40 Östersund.

www.folkhalsomyndigheten.se

Elanders Sverige AB, 2017

17

Svar på remiss Ds 2017:4 Sjukpenning i avvaktan på slutligt beslut

RS/607/2017

2017-04-25

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

RS/607/2017

Svar på remiss Ds 2017:4 Sjukpenning i avvaktan på slutligt beslut

Ärendebeskrivning

Den 1 november 2016 skärpte försäkringskassan tillämpningen för när sjukpenning kan beviljas och betalas ut. Bakgrunden var två kammarrättsdomar som konstaterade att det saknades lagligt stöd för att betala ut sjukersättning under utredningstiden, när Försäkringskassan tar ställning till om arbetsförmågan är nedsatt pga. sjukdom.

Tidigare betalade Försäkringskassan vanligtvis ut sjukpenning under såväl utrednings- som kommuniceringstid, i de fall individen hade sjukpenning sedan innan och uppvisade läkarintyg för förlängd sjukskrivning. Utbetalad sjukersättning togs inte tillbaka i de fall Försäkringskassan avslog förlängningen.

Den skärpta tillämpningen från november 2016 innebär att Försäkringskassan inte längre betalar ut sjukpenning under utredningstiden utan individen får vänta på ersättning under tiden fram till beslut, ca 1 månad. Om förlängning godkänns, betalas sjukpenningen ut retroaktivt, men vid avslag står individen utan ersättning från sjukperiodens start fram till beslutsdatum. När Försäkringskassan meddelat om avslag får individen söka annan försörjning, exempelvis genom återgång i arbete, arbetsförmedling eller socialtjänst.

Den skärpta tillämpningen bedöms ha ökat kvaliteten i att rätt personer får ersättning ur sjukförsäkringen samtidigt som ett antal individer hamnat i ekonomiska svårigheter. Det har blivit tydligt att Försäkringskassans regelverk inte i alla situationer ger individer, med nedsatt arbetsförmåga pga. sjukdom, den ekonomiska trygghet som sjukförsäkringen syftar till.

Socialdepartementet har i rubricerad promemoria utarbetat förslag till förändring av socialförsäkringsbalken för att förbättra individens trygghet i sjukförsäkringen. Utgångspunkten har varit att individer som haft sjukpenning under en tid och har läkarintyg som styrker fortsatt nedsatt arbetsförmåga, i normalfallet, inte ska behöva vara oviss om sin försörjning under tiden som Försäkringskassan beslutar om ny period med sjukpenning. Lagen föreslås träda ikraft 1 januari 2018.

Region Jämtland Härjedalen har, som ett av två landsting, beretts möjlighet att i ett remissvar ge synpunkter på Socialdepartementets förslag.

I förslaget till remissvar är Region Jämtland Härjedalen positiv till en lagändring och ställer sig bakom utredningens förslag. Regionen framför därutöver tre synpunkter, att beakta inför ett kommande lagförslag. Sammanfattat handlar synpunkterna om att

- Fler yrkesgrupper inom vården än läkare bör kunna få utfärda sjukintyg om nedsatt arbetsförmåga
- Försäkringskassan bör uppmanas till en aktiv tillämpning av de nya reglerna, i enlighet med lagstiftarens intentioner
- Försäkringskassan bör redan under år 2017, efter beslut om ny lag, kunna arbeta i enlighet med den nya lagens intentioner.

Regiondirektörens förslag

Utarbetat förslag till svar på remiss Ds 2017:4 Sjukpenning i avvaktan på slutligt beslut, daterat 2017-04-24, antas.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Carsten Dencker
Chef hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen

Östersund 2017-05-31

Socialdepartementet
Diarienummer S2017/01463/SF

s.registrator@regeringskansliet.se
s.sf@regeringskansliet.se

Remissyttrande DS 2017:4 Sjukpenning i avvaktan på slutligt beslut (RS 607/2017)

Yttrande till förslaget

Region Jämtland Härjedalen ställer sig bakom promemorians förslag om ändring av Socialförsäkringsbalken enligt nedan:

- Ett ärende om sjukpenning eller sjukpenning i särskilda fall ska inte få avgöras till den försäkrades nackdel utan att han eller hon har underrättats om innehållet i det kommande beslutet och fått tillfälle att yttra sig över det inom en bestämd tid. Detta ska dock inte gälla om det är uppenbart att han eller hon inte kan komma in med uppgifter som kan påverka avgörandet.
- Försäkringskassan ska få besluta att lämna sjukpenning eller sjukpenning i särskilda fall för tid till dess att ett ärende har slutligt avgjorts. En förutsättning för beslutet ska vara att den försäkrade begär sjukpenning i anslutning till en sjukperiod som pågått i minst 15 dagar, sjukpenning eller sjukpenning i särskilda fall har betalats tidigare under sjukperioden och att det saknas skäl som talar emot ett sådant lämnande.
- SGI-skydd ska gälla under tid då den försäkrade väntar på ett slutligt beslut i ärende om sjukpenning, ersättning för arbetsresor, rehabiliteringsersättning eller motsvarande arbetsskadeersättningar.

I Jämtlands län har vi upplevt de negativa konsekvenser som utredningen pekar på, med ett antal individer som fått betydande oförutsedda ekonomiska konsekvenser efter Försäkringskassans skärpta regeltillämpning i november 2016.

Vi ser positivt på en förändring som förbättrar individens ekonomiska trygghet vid nedsatt arbetsförmåga pga. sjukdom.

Ytterligare synpunkter

Ekonomisk trygghet är en viktig grund för hälsa och välbefinnande. För att skapa goda förutsättningar för en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess vill vi lyfta nedanstående synpunkter, att beakta inför ett kommande lagförslag:

- Promemorian och lagtexten hänvisar till läkarintyg som underlag för beslut om sjukpenning. Vi skulle vilja se en annan ordning, där vårdgivaren har uppdraget att utfärda sjukintyg och där vårdgivaren sedan väljer vilken profession som är bäst lämpad att utfärda sjukintyget, utifrån sjukdomens art. Psykologer, sjukgymnaster och distriktssköterskor är exempel på yrkesgrupper som vid vissa sjukdomar och skador är väl lämpade att utfärda sjukintyg som grund för bedömning av nedsatt arbetsförmåga. Det behöver inte alltid vara läkare som utfärdar sjukintyget. Med läkarbrist i landet och stort behov av tider för vård och behandling skulle detta vara en välkommen utveckling.
- Lagförslaget ger Försäkringskassan möjlighet att betala ut sjukpenning under tiden som förlängd sjukperiod utreds, i de fall individen har pågående sjukpenning. Vi ser gärna att denna möjlighet kompletteras med uppmaningen att detta inte bara är möjligt utan även önskvärt. Det är inte skäligt att individen ska behöva vara oviss om sin försörjning under den tid som Försäkringskassan tar ställning till ansökan om ny period med sjukpenning. Det är inte heller skäligt att individen ska behöva söka nya jobb innan man fått besked om sjukpenning för att säkerställa att man inte drabbas av ekonomiska konsekvenser från retroaktiva beslut som man inte har möjlighet att förutspå.
- Den nya lagen föreslår träda ikraft 1 januari 2018. Endast de ärenden som inkommer till Försäkringskassan efter det datumet omfattas av de nya reglerna. Detta betyder att ett stort antal individer kommer att riskera att hamna i detta oönskade läge under hela år 2017. För att minska de negativa effekterna av detta borde Försäkringskassan, efter beslut om ny lag, redan under år 2017 ges möjlighet att arbeta i enlighet med den nya lagens intentioner.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Ann-Marie Johansson
Regionstyrelsens ordförande

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Regeringskansliet

Remiss

2017-03-05
S2017/01463/SF

Socialdepartementet

Remiss av Ds 2017:4 Sjukpenning i avvaktan på slutligt beslut

Remissinstanser

1. Riksdagens ombudsmän, JO
2. Riksrevisionen
3. Kammarrätten i Göteborg
4. Förvaltningsrätten i Uppsala
5. Justitiekanslern
6. Domstolsverket
7. Försäkringskassan
8. Socialstyrelsen
9. Inspektionen för socialförsäkringen
10. Arbetsförmedlingen
11. Inspektionen för arbetslöshetsförsäkringen
12. Arbetslöshetskassornas samorganisation
13. Arbetsgivarverket
14. Sveriges Kommuner och Landsting, SKL
15. Jämtlands läns landsting
16. Värmlands läns landsting
17. Föreningen Svenskt Näringsliv
18. Företagarna
19. Småföretagarnas Riksförbund
20. Företagarförbundet
21. Lantbrukarnas Riksförbund, LRF
22. Landsorganisationen i Sverige, LO
23. Sveriges Akademikers Centralorganisation, SACO
24. Tjänstemännens Centralorganisation, TCO
25. Fackförbundet Kommunal
26. IF Metall

Telefonväxel: 08-405 10 00
Fax: 08-723 11 91
Webb: www.regeringen.se

Postadress: 103 33 Stockholm
Besöksadress: Fredsgatan 8
E-post: s.registrator@regeringskansliet.se

27. Sveriges läkarförbund
28. Vårdförbundet
29. Handikappförbunden

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet senast den 7 juni 2017. Vi vill att ni endast skickar svaren i elektronisk form och då både i word-format och pdf-format. Remissvaren ska skickas till följande e-postadresser: s.registrator@regeringskansliet.se samt s.sf@regeringskansliet.se

I remissvaren och i e-postens ämnesrad ska Socialdepartementets diarienummer S2017/01463/SF anges.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i promemorian.

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

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

Remissinstanserna kan utan kostnad få ytterligare högst 2 exemplar av promemorian. Exemplaren beställs hos Wolters Kluwers kundservice, 106 47 Stockholm. Telefon 08-598 191 90, fax 08-598 191 91, e-post kundservice@wolterskluwer.se. Ange vid beställning att exemplaren är avsedda för remissändamål.

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

Frågor under remisstiden besvaras av Leif Westerlind. telefon 08-405 10 24 eller leif.westerlind@regeringskansliet.se.

Therese Karlberg
Departementsråd

Kopia till

Wolters Kluwers kundservice, 106 47 Stockholm

Ds 2017:4

Sjukpenning i avvaktan på slutligt beslut

REGERINGSKANSLIET
Socialdepartementet

SOU och Ds kan köpas från Wolters Kluwers kundservice.
Beställningsadress: Wolters Kluwers kundservice, 106 47 Stockholm
Ordertelefon: 08-598 191 90
E-post: kundservice@wolterskluwer.se
Webbplats: wolterskluwer.se/offentligapublikationer

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Wolters Kluwer Sverige AB
på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.
Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).
En kort handledning för dem som ska svara på remiss.
Häftet är gratis och kan laddas ner som pdf från eller beställas på regeringen.se/remisser

Omslag: Regeringskansliets standard
Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2017

ISBN 978-91-38-24575-0
ISSN 0284-6012

Förord

Försäkringskassan har de senaste åren förstärkt sin försäkringshandläggning. Detta har skapat förutsättningar för en mer rättssäker och effektiv handläggning. Sannolikheten för att rätt person får rätt ersättning har därigenom ökat. Samtidigt har det blivit tydligt att regelverket inte i alla situationer ger individerna den trygghet som är syftet med sjukförsäkringen.

Den 1 november 2016 ändrade Försäkringskassan till följd av två kammarrättsdomar sin tillämpning avseende när sjukpenning kan beviljas och handläggningsrutinerna för ärenden om sjukpenning.

En arbetsgrupp bestående av tjänstemän vid Socialdepartementet har sett över konsekvenserna av denna förändring och lämnar i promemorian tre förslag för att förbättra tryggheten i sjukförsäkringen.

Innehåll

1 Sammanfattning 5

2 Författningsförslag 7

Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken 7

3 Bakgrund 11

3.1 Gällande lagstiftning 11
3.1.1 Sjukpenning 11
3.1.2 Sjukpenninggrundande inkomst 13
3.1.3 Sjukpenning i särskilda fall 13
3.1.4 Interimistiska beslut 14

3.2 Två kammarrättsdomar 14

3.3 Försäkringskassans tillämpning 16

4 Överväganden och förslag 21

4.1 Överväganden 21

4.2 Sjukpenning i avvaktan på slutligt beslut 25

4.3 Förstärkt skydd för sjukpenninggrundande inkomst 30

4.4 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser 30

5 Konsekvensbeskrivning 33

5.1 Sjukförsäkringen 33

5.2 Individen 33

5.3 Försäkringskassan 34

5.4 Andra myndigheter 34
5.4.1 Allmänna förvaltningsdomstolar 34
5.4.2 Landstingen 34
5.4.3 Kommunerna 35
5.5 Arbetsgivare 35
5.6 Sjukfrånvaron 35
5.7 Jämställdheten mellan könen 36
6 Författningskommentar 37
6.1 Förslaget till lag om ändring i socialförsäkringsbalken 37

1 Sammanfattning

Försäkringskassan förändrade den 1 november 2016 sin tillämpning avseende när sjukpenning kan beviljas och som följd av detta även sina handläggningsrutiner vad avser beslut i sjukpenningärenden. Bakgrunden till förändringen är två kammarrättsdomar.

En arbetsgrupp bestående av tjänstemän på Socialdepartementet har övervägt konsekvenserna av denna förändring.

I denna promemoria lämnas följande förslag till ändringar i socialförsäkringsbalken.

- Ett ärende om sjukpenning eller sjukpenning i särskilda fall ska inte få avgöras till den försäkrades nackdel utan att han eller hon har underrättats om innehållet i det kommande beslutet och fått tillfälle att yttra sig över det inom en bestämd tid. Detta ska dock inte gälla om det är uppenbart att han eller hon inte kan komma in med uppgifter som kan påverka avgörandet.
- Försäkringskassan ska få besluta att lämna sjukpenning eller sjukpenning i särskilda fall för tid till dess att ett ärende har slutligt avgjorts. En förutsättning för beslutet ska vara att den försäkrade begär sjukpenning i anslutning till en sjukperiod som pågått i minst 15 dagar, sjukpenning eller sjukpenning i särskilda fall har betalats tidigare under sjukperioden och att det saknas skäl som talar emot ett sådant lämnande.
- SGI-skydd ska gälla under tid då den försäkrade väntar på ett slutligt beslut i ärende om sjukpenning, ersättning för arbetsresor, rehabiliteringsersättning eller motsvarande arbetskadeersättningar.

2 Författningsförslag

Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken

Härigenom föreskrivs i fråga om socialförsäkringsbalken

dels att 26 kap. 17 § och 108 kap. 10 § ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas två nya paragrafer, 110 kap. 13 a § och 112 kap. 2 a §, och närmast före 110 kap. 13 a § en ny rubrik av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*

26 kap.

17 §[1]

SGI-skydd gäller under tid då den försäkrade inte förvärvsarbetar av någon anledning som ger rätt till ersättning i form av

1. sjukpenning,
2. ersättning för arbetsresor i stället för sjukpenning,
3. rehabiliteringsersättning, eller
4. ersättning från arbetsskadeförsäkringen enligt 38–42 kap. som motsvarar ersättning enligt 1–3 eller någon annan jämförbar ekonomisk förmån.

SGI-skydd gäller också under tid då den försäkrade väntar på ett slutligt beslut i ärende om sådan förmån som avses i första stycket.

[1] Senaste lydelse 2010:1307.

Första *stycket* gäller endast för tid före 65 års ålder.	Första *och andra styckena* gäller endast för tid före 65 års ålder.

108 kap.

10 §

Om ett sådant interimistiskt beslut som avses i 112 kap. 2 § har fattats och det senare bestäms att ersättning inte ska lämnas eller ska lämnas med lägre belopp föreligger inte skyldighet att betala tillbaka utbetalad ersättning i andra fall än som anges i 2 §.	Om ett sådant interimistiskt beslut som avses i 112 kap. 2 *eller 2 a §§* har fattats och det senare bestäms att ersättning inte ska lämnas eller ska lämnas med lägre belopp föreligger inte skyldighet att betala tillbaka utbetalad ersättning i andra fall än som anges i 2 §.

När det gäller assistansersättning föreligger dock, utöver det som anges i 2 §, återbetalningsskyldighet för ersättning som inte har använts för köp av personlig assistans eller för kostnader för personliga assistenter.

110 kap.

Sjukpenning och sjukpenning i särskilda fall

13 a §

Ett ärende om sjukpenning eller sjukpenning i särskilda fall får inte avgöras till den försäkrades nackdel utan att den försäkrade har underrättats om innehållet i det kommande beslutet och fått tillfälle att inom en bestämd tid yttra sig över det.

Ett ärende får dock avgöras utan att den försäkrade underrättas om det kommande beslutet om det är uppenbart att han eller hon inte kan komma in med

uppgifter som kan påverka avgörandet.

112 kap.

2 a §

För tid till dess att ett ärende om sjukpenning eller sjukpenning i särskilda fall har avgjorts får Försäkringskassan trots 2 § besluta i fråga om sådan ersättning, om

1. den försäkrade begär sjukpenning eller sjukpenning i särskilda fall i anslutning till en sjukperiod som har pågått i minst 15 dagar,

2. sjukpenning eller sjukpenning i särskilda fall har lämnats tidigare i sjukperioden, och

3. det saknas skäl som talar emot det.

---

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2018.

2. Bestämmelserna i 110 kap. 13 a § och 112 kap. 2 a § tillämpas första gången vid en begäran om sjukpenning eller sjukpenning i särskilda fall som har kommit in till Försäkringskassan den 1 januari 2018 eller därefter.

3 Bakgrund

I detta avsnitt redovisas gällande lagstiftning, två kammarrättsdomar och Försäkringskassans förändrade tillämpning avseende sjukpenningärenden.

3.1 Gällande lagstiftning

3.1.1 Sjukpenning

För rätt till sjukpenning enligt 27 kap. 2 § socialförsäkringsbalken, förkortad SFB, fordras att en försäkrads arbetsförmåga är nedsatt med minst en fjärdedel pga. sjukdom. Sjukpenning lämnas som hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels förmån beroende på arbetsförmågans nedsättning.

För en anställd försäkrad betalar arbetsgivaren sjuklön under de första fjorton dagarna i en sjukperiod. Den första dagen är dock en karensdag.

Med sjukperiod avses en oavbruten period under vilken en försäkrad lider av en sjukdom som sätter ned arbetsförmågan med minst en fjärdedel (27 kap. 26 § SFB). Om arbetsgivaren har betalat sjuklön omedelbart före det att sjukpenning lämnas till en anställd försäkrad ska även tiden med sjuklön innefattas i sjukperioden (27 kap. 26 andra stycket § SFB).

För arbetslösa försäkrade gäller att de kan få sjukpenning efter en inledande karensdag. Egna företagare har möjlighet att själva välja antalet karensdagar.

Sjukpenning på normalnivån lämnas för högst 364 dagar inom en ramtid av 450 dagar. Om arbetsförmågan kvarstår därefter så kan sjukpenning på fortsättningsnivån lämnas. Om den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt av en allvarlig sjukdom kan sjukpenning

på normalnivån lämnas för fler än 364 dagar inom ramtiden (27 kap. 23 § SFB).

En försäkrad ska i normalfallet från och med den åttonde dagen i sjukperioden styrka nedsättningen av arbetsförmågan på grund av sjukdom med ett läkarintyg.

Vid bedömning av arbetsförmågans nedsättning ska den s.k. rehabiliteringskedjan tillämpas (27 kap. 46–51 §§ SFB). Denna innebär att för en anställd försäkrad ska det vid bedömning av om arbetsförmågan är nedsatt inledningsvis bedömas om den försäkrade kan utföra sina vanliga arbetsuppgifter eller annat lämpligt arbete som arbetsgivaren tillfälligt kan erbjuda.

Från den 90:e dagen i sjukperioden ska det även beaktas att om den försäkrade trots sin sjukdom skulle kunna försörja sig genom annat arbete hos arbetsgivaren om omplacering kan ske till ett sådant arbete.

Från den 180:e dagen i sjukperioden ska det även beaktas om den försäkrade kan försörja sig genom ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete eller genom annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade. Detta ska dock inte göras om det finns särskilda skäl som talar emot det eller om det skulle vara oskäligt att pröva nedsättningen av arbetsförmågan på detta sätt. Särskilda skäl tar sikte på de fall då en anställd med stor sannolikhet kommer att kunna återgå i arbete hos sin ordinarie arbetsgivare inom ett år från det att sjukperioden påbörjades (prop. 2007/08:136 s. 68 f.).

Efter ett års sjukfrånvaro ska prövningen av arbetsförmågans nedsättning alltid avse förmågan att försörja sig genom sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden eller annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade. Det finns dock även efter ett års sjukfrånvaro möjlighet att begränsa prövningen till arbete hos ordinarie arbetsgivare om det skulle vara oskäligt att inte göra så. Det handlar då om vissa specifika medicinska orsaker till att arbetsförmågan är nedsatt, t.ex. vid allvarliga sjukdomar.

Rehabiliteringskedjan samtliga steg används för försäkrade som är anställda. Om den försäkrade är arbetslös bedöms arbetsförmågan hela tiden i förhållande till ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete eller annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade. När det gäller egna företagare beaktas förmågan

att kunna utföra det vanliga arbetet de första sex månaderna av sjukperioden och därefter tillämpas övriga steg i rehabiliteringskedjan. För den som drabbas av sjukdom under föräldraledighet eller deltar i arbetsmarknadspolitiska program finns särskilda regler.

3.1.2 Sjukpenninggrundande inkomst

En förutsättning för rätt till sjukpenning är att en sjukpenninggrundande inkomst, förkortad SGI, har fastställts för den försäkrade.

SGI är den årsinkomst i pengar som en försäkrad kan förväntas få genom arbete (25 kap. 2 § SFB).

SGI bestäms i samband med att en försäkrad ansöker om en förmån som grundas på SGI, t.ex. sjukpenning eller föräldrapenning.

SGI:n kan vara skyddad i vissa situationer. Det innebär att den försäkrade har en SGI som baseras på tidigare arbete trots att förvärvsarbetet har avbrutits eller inskränkts. En sådan situation är att den försäkrade är helt eller partiellt arbetslös. En förutsättning för SGI-skyddet vid arbetslöshet är att den försäkrade har varit arbetssökande via Arbetsförmedlingen (26 kap. 13 § SFB).

3.1.3 Sjukpenning i särskilda fall

Denna förmån infördes 2011 som en följd av avskaffandet av den tidsbegränsade sjukersättningen.

Sjukpenning i särskilda fall kan den få som

1. har fått tidsbegränsad sjukersättning för maximalt antal månader efter det att denna förmån upphörde, eller
2. inte kunnat få aktivitetsersättning för ytterligare månader pga. att sådan ersättning som längst kan lämnas till och med månaden före den då den försäkrade fyller 30 år (28 a kap. 3 § SFB).

Det är numera endast personer från grupp 2 som tillkommer som nya förmånstagare.

En försäkrad som inte får sjukpenning i särskilda fall får behålla sin rätt till förmånen under tid den försäkrade förvärvsarbetar. Om den försäkrade inte förvärvsarbetar kan rätten bibehållas enligt liknande grunder som gäller för SGI-skydd (28 a kap. 18 § SFB).

Sjukpenning i särskilda fall är en garantiersättning som upphör att gälla om det är möjligt att bestämma en SGI till 80 300 kronor eller mer.

3.1.4 Interimistiska beslut

Det är Försäkringskassan som efter ansökan av den försäkrade beslutar om ersättning enligt SFB.

Om Försäkringskassan inte kan avgöra ett ärende finns det bestämmelser i 112 kap. 2 § SFB som ger Försäkringskassan möjlighet att lämna ersättning i avvaktan på att ett slutligt beslut om

1. det inte utan betydande dröjsmål kan avgöras om rätt till ersättning föreligger,
2. det är sannolikt att sådan rätt föreligger, och
3. det är av väsentlig betydelse för den som begär ersättningen.

Ett sådant beslut får meddelas även när det står klart att rätt till ersättning föreligger men ersättningens belopp inte kan bestämmas utan betydande dröjsmål.

3.2 Två kammarrättsdomar

Försäkringskassan förändrade sin tillämpning av sjukpenningen fr.o.m. 1 november 2016. Skälet till förändringen är två domar från två olika kammarrätter.

Den första domen meddelades av Kammarrätten i Jönköping den 11 september 2013.[2] Domen avsåg ett ärende där en försäkrad lämnat in ett läkarintyg för perioden 13 juni–13 september 2011. Försäkringskassan hade beslutat att den försäkrade inte var berättigad till sjukpenning fr.o.m. den 8 augusti 2011, vilket Försäk-

[2] Kammarrätten i Jönköpings dom den 11 september 2013 i mål nr 1114-13.

ringskassan meddelade henne den 29 augusti 2011. I förvaltningsrätten yrkade den försäkrade på sjukpenning i vart fall fram till den tidpunkt då hon informerades om Försäkringskassans beslut. Hon pekade på att hon även hade gått miste om ersättning från arbetslöshetsförsäkringen, eftersom hon ovetande om Försäkringskassans beslut inte kunnat anmäla sig som arbetsökande vid Arbetsförmedlingen. Förvaltningsrätten dömde till den försäkrades fördel och Försäkringskassan överklagade domen.

Kammarrätten fann att den försäkrade inte kunde anses sakna arbetsförmåga under den ifrågavarande perioden och att det därmed saknades förutsättningar för rätt till sjukpenning. Enligt kammarrätten saknas det lagliga förutsättningar att beakta Försäkringskassans handläggning som grund för rätt till sjukpenning.

Den andra domen meddelades av Kammarrätten i Göteborg den 22 mars 2015.[3] Denna dom avsåg en försäkrad som den 30 april 2013 ansökte om sjukpenning på fortsättningsnivån från och med den 21 maj 2013. Som stöd för sin ansökan skickade han in ett läkarintyg som avsåg tiden 21 maj–30 juni 2013. Försäkringskassan informerade den försäkrade den 21 maj om att man avsåg att avslå ansökan om sjukpenning. Den försäkrade erbjöds samtidigt att komma in med kompletterande synpunkter innan ärendet avgjordes. Den 7 juni 2013 beslutade Försäkringskassan att avslå ansökan. Den försäkrade framförde i kammarrätten att han ansåg sig vara berättigad till sjukpenning och hänvisade till att han hade ett pågående sjukfall, att hans besvär var oförändrade och att han tidigare fått sjukpenning enligt samma bedömningsgrunder. Han var arbetslös och genom Försäkringskassans långsamma handläggning hade han även förlorat ersättning från arbetslöshetsförsäkring då han inte hade anmält sig på Arbetsförmedlingen förrän den 3 juni 2013.

Även i detta mål fann kammarrätten att omständigheter som hade samband med Försäkringskassans handläggning av ärendet inte kunde ge rätt till sjukpenning. Domstolen prövade ärendet utifrån bestämmelserna i 27 kap. SFB och fann inte att den försäkrade hade rätt till sjukpenning för den aktuella tiden.

[3] Kammarrätten i Göteborgs dom den 22 mars 2015 i mål nr 1333-14.

3.3 Försäkringskassans tillämpning

Försäkringskassans vägledning

Försäkringskassan har utarbetat vägledningar som stöd för handläggarna på myndigheten. Dessa vägledningar finns också tillgängliga via myndighetens hemsida. Vägledningarna beskriver gällande regelverk och hur myndigheten anser att regelverket ska tillämpas. Dessutom finns metodavsnitt med mer praktiska rekommendationer till Försäkringskassans handläggare.

Den vägledning som användes när kammarrätterna meddelade sina domar var 2004:2 Sjukpenning och samordnad rehabilitering. I denna anges följande på s. 328:

”I ett pågående sjukpenningärende betalas sjukpenning normalt ut under tiden för utredning, kommunicering och fram tills beslutet är fattat. Det gäller när den försäkrade lämnar läkarintyg fortlöpande.”

Denna uppfattning delades således inte av kammarrätterna och Försäkringskassan har successivt anpassat sin vägledning till att bättre överensstämma med kammarrättens bedömning.

Den vägledning som nu används är 2015:1 Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning. I denna konstateras att den enda rättsliga grunden för att genom ett slutligt beslut bevilja sjukpenning är att arbetsförmågan är nedsatt med minst en fjärdedel pga. sjukdom. Däremot kan Försäkringskassan genom ett interimistiskt beslut bevilja sjukpenning om förutsättningarna som anges i avsnitt 3.1.4 är uppfyllda, d.v.s. det inte utan *betydande dröjsmål* kan avgöras om den försäkrade har rätt till ersättning, den försäkrade *sannolikt har rätt till ersättning* och att det är av *väsentlig betydelse för den försäkrade att få ersättning*.

I Försäkringskassans vägledning kommenterar myndigheten vad som bör avses med betydande dröjsmål, sannolikhet och väsentlig betydelse:

”Bedömningen av vad som är ett betydande dröjsmål ska göras ur den försäkrades perspektiv. Den försäkrade är i regel beroende av sjukpenningen för sin försörjning. Det innebär att betydande dröjsmål därför bör finnas när den försäkrade riskerar att stå utan ersättning och han eller hon därmed kan komma att få försörjningssvårigheter.”

”Sannolikt innebär att de skäl som talar för att den försäkrade har rätt till sjukpenning sammantaget ska framstå som något starkare än de skäl som talar för motsatsen. Det räcker inte med att den försäkrade tidigare haft en period med sjukpenning för att det ska vara sannolikt att den försäkrade har rätt till sjukpenning. Bedömningen av sannolikheten ska bygga på det underlag som finns i ärendet vid den aktuella tidpunkten.”

”Om det har väsentlig betydelse för den försäkrade att få sjukpenning måste utredas i varje enskilt ärende. I princip är det alltid av väsentlig betydelse om den försäkrade är beroende av sjukpenningen för sin försörjning. Det gäller särskilt om sjukpenningen har betalats ut löpande under en period. Ju högre omfattning den försäkrade ansökt om och ju längre period som hon eller han riskerar att stå utan ersättning, desto mer talar för att sjukpenningen har väsentlig betydelse.”

Försäkringskassans bedömning är att det inte är möjligt att genom ett interimistiskt beslut bevilja sjukpenning under den tid Försäkringskassan har informerat den försäkrade om ett negativt beslut och berett denne möjlighet att komma in med kompletterande material. Detta beroende på att det i dessa fall inte kan anses sannolikt att den försäkrade har rätt till den sökta förmånen.

Metodstöd

I metodavsnittet beskrivs också hur handläggaren bör förfara om den försäkrade sannolikt inte är berättigad till sjukpenning för ytterligare en period.

”När villkoren för rätt till sjukpenning är uppfyllda för den period som det finns ett läkarintyg för, men du bedömer att den försäkrade sannolikt inte har rätt till sjukpenning för ytterligare en period, ska du informera henne eller honom om det. Informationen kan vara skriftlig eller muntlig beroende på omständigheterna i ärendet.

Syftet med informationen är att ge den försäkrade möjlighet att förbereda sig på att han eller hon sannolikt inte kan få sjukpenning för ytterligare en period.

Det är viktigt att den försäkrade förstår att han eller hon sannolikt inte kan få sjukpenning för ytterligare en period, men att han

eller hon behöver göra anspråk på sjukpenning för ytterligare en period för att få ett beslut som går att ompröva. Var tydlig så att den försäkrade inte uppfattar det som att du redan har fattat beslut om rätten till sjukpenning för en ny period."

Följande handläggningssätt rekommenderas när en ny bedömningsgrund ska tillämpas i rehabiliteringskedjan, t.ex. från dag 180 och 365 i sjukperioden:

"Utredningen inför en ny bedömningsgrund ska påbörjas i så god tid att den är klar när bedömningsgrunden ändras. Vänta alltså inte på att den försäkrade lämnar in ett läkarintyg för en period som sträcker sig över den nya bedömningsgrunden.

Om du utifrån de uppgifter som finns bedömer att den försäkrade inte har rätt till sjukpenning utifrån den nya bedömningsgrunden ska du informera om det så tidigt som möjligt och i god tid innan bedömningsgrunden ändras. Det gäller oavsett om han eller hon har gjort anspråk på sjukpenning för en period som sträcker sig över den nya bedömningsgrunden eller inte. Men du kan inte fatta något beslut förrän det har kommit in ett sådant anspråk."

Försäkringskassan ska innan ett beslut fattas, som går den försäkrade emot, ge denne möjlighet att ta del av beslutsunderlaget och även yttra sig över detta. Av metodstödet framgår också:

"Även när det inte finns uppgifter att kommunicera ska du informera den försäkrade om ett tänkt beslut som går honom eller henne helt eller delvis emot. Normalt ska den försäkrade också på samma sätt som vid en kommunicering få ta del av handlingarna i ärendet och ha 14 kalenderdagar på sig att lämna synpunkter. På det sättet minskar risken att beslutet fattas på ett ofullständigt eller missvisande underlag.

Undantaget är om beslutet inte innehåller något bedömningsutrymme, till exempel när den försäkrade har fått sjukpenning i 180 dagar för tid efter ingången av den månad när han eller hon fyllt 70 år. Då kan du fatta beslut utan att först låta den försäkrade lämna synpunkter."

Förändrad handläggning från den 1 november 2016

Vägledningen 2015:1 Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning publicerades i maj 2015. I samband med publiceringen informerade Försäkringskassan sina handläggare om att vägledningen inte fullt ut kunde tillämpas. Ytterligare utvecklingsarbete behövde genomföras. Tills vidare skulle därför gälla:

”I en pågående sjukperiod betalar du normalt ut sjukpenning under tid för utredning, kommunicering och fram till beslut. Men det finns två undantag:

- När det inte är troligt att den försäkrade har rätt till sjukpenning för ytterligare en period.
- När ett anspråk kommer in sent.”

Detta avsteg från vägledning 2015:1 upphörde att gälla den 1 november 2016.

4 Överväganden och förslag

4.1 Överväganden

Sjukförsäkringen utgör en central del av våra gemensamma svenska trygghetsystem. Syftet med försäkringen är att ge ekonomisk trygghet till den som drabbas av sjukdom som sätter ned arbetsförmågan. Försäkringen ska också ge det stöd som de försäkrade behöver för att kunna återgå i arbete så snart det är möjligt. Försäkringskassan har som uppgift att fatta beslut i ersättningsärenden och samordna stödet till försäkrade.

Det är viktigt att allmänheten har förtroende för försäkringen och för Försäkringskassan som handläggande myndighet. Försäkringskassan måste därför ha hög kvalitet i beslutsfattandet som också måste präglas av en hög grad av förutsebarhet och transparens. Det är viktigt att försäkrade har insyn i sina egna ärenden och kan ta tillvara sina rättigheter.

Förändrad tillämpning

Den 1 november 2016 förändrade Försäkringskassan sin tillämpning avseende när sjukpenning kan beviljas och som följd av detta även sina handläggningsrutiner för ärenden om sjukpenning.

Förändringen är en anpassning till två kammarrättsdomar och innebär att Försäkringskassan endast kan besluta att lämna sjukpenning för tid som det är styrkt att arbetsförmågan är nedsatt pga. sjukdom. I praktiken innebär det att sjukpenning endast i begränsad omfattning kan lämnas under utredningstid och inte alls under kommuniceringstid. Innan Försäkringskassan ändrade sin tillämpning så betalade man i normalfallen när en sjukperiod väl påbörjats ut sjukpenning under såväl utrednings- som kommuniceringstid.

Under tid som rätten till sjukpenning utreds kan Försäkringskassan dock i vissa fall genom ett interimistiskt beslut bevilja sjukpenning i avvaktan på slutligt beslut. För att ett sådant interimistiskt beslut ska kunna fattas krävs dock att det kan komma att dröja viss tid innan slutligt beslut kan fattas, att det är sannolikt att den försäkrade är berättigad till ersättning och att ersättningen är av väsentlig betydelse för den försäkrade.

Problem med den nya tillämpningen

Försäkringskassan har de senaste åren förstärkt sin försäkringshandläggning. Detta har skapat förutsättningar för en mer rättssäker och effektiv handläggning. Sannolikheten för att rätt person får rätt ersättning har därigenom ökat. Arbetsgruppen ser positivt på detta.

Ett viktigt steg i Försäkringskassans arbete har varit att se över om myndighetens tillämpning av försäkringen och handläggningsrutiner är förenliga med bestämmelserna i socialförsäkringsbalken och domstolspraxis. Genomgången har visat att handläggningsrutinerna i en del fall har utvecklats till att överbrygga brister i lagstiftningen istället för att följa denna och vägledande domar. I sådana situationer riskerar hanteringen av enskilda ärenden att bli olika från handläggare till handläggare. Tillämpningen blir därmed rättsosäker för individen.

Genom förändringarna av Försäkringskassans vägledningar och metodstöd har tillämpningen blivit mer enhetlig och rättssäker. Samtidigt har det blivit tydligt att regelverket inte i alla situationer ger individerna den trygghet som är syftet med sjukförsäkringen. Som ett exempel på detta kan nämnas att ett beslut om att neka sjukpenning retroaktivt från beslutstillfället kan få betydande oförutsedda ekonomiska konsekvenser för individen.

De brister i gällande lagstiftning som har uppdagats genom de ändrade handläggningsrutinerna behöver åtgärdas. Utgångspunkten bör vara att en individ som har haft sjukpenning under en tid och har ett nytt läkarintyg om fortsatt nedsatt arbetsförmåga i normalfallet inte ska behöva vara oviss om sin försörjning under den tid som Försäkringskassan tar ställning till ansökan om en ny period med sjukpenning.

En av de domar som redovisas ovan (mål nr. 1114–13) skulle kunna användas som illustration av de problem arbetsgruppen ser. Det är värt att framhålla att detta inte ska uppfattas som kritik mot handläggningen i det enskilda fallet och arbetsgruppen har heller inte insyn i alla omständigheter i ärendet.

Enligt domen hade den försäkrade lämnat in ett läkarintyg för perioden 13 juni–13 september 2011. Försäkringskassan fann dock att den försäkrade inte var berättigad till sjukpenning fr.o.m. den 8 augusti 2011, vilket Försäkringskassan meddelade henne den 29 augusti 2011. Den försäkrade yrkade på sjukpenning i vart fall till dess hon hade informerats om Försäkringskassans beslut. Hon pekade på att hon även hade gått miste om ersättning från arbetslöshetsförsäkringen, eftersom hon ovetande om Försäkringskassans beslut inte kunnat anmäla sig som arbetsökande vid Arbetsförmedlingen.

I avsnitt 3.1.4 beskrivs reglerna om när Försäkringskassan kan lämna sjukpenning i avvaktan på att ärendet slutligt kan avgöras. En förutsättning för ett sådant beslut är att det är sannolikt att sjukpenning kommer att beviljas. Detta kan knappast anses vara uppfyllt om Försäkringskassan överväger att avslå en ansökan.

När Försäkringskassan informerar den försäkrade om att myndigheten överväger att neka sjukpenning kan den försäkrade välja att omedelbart återgå i arbete för att få lön eller att anmäla sig som arbetsökande på Arbetsförmedlingen för att få ersättning från arbetslöshetsförsäkringen. Om en försäkrad i stället hävdar sin rätt till sjukpenning och inte återupptar förvärvsarbete eller anmäler sig som arbetsökande, riskerar den försäkrade att bli helt utan lön eller ersättning för ytterligare dagar om Försäkringskassan fullföljer och fattar beslut om avslag, trots de invändningar en försäkrad kan ha. Att behöva göra sådana val innan ens ärende är avgjort riskerar att undergräva tilltron till försäkringen.

Det är heller inte bara att anmäla sig som arbetsökande på Arbetsförmedlingen. Arbetslöshetsförsäkringen är också en försäkring med villkor som ska vara uppfyllda. En försäkrad som fortfarande är sjuk och arbetsoförmögen uppfyller inte dessa villkor.

Ett annat problem som bör uppmärksammas är att en försäkrad som är arbetsökande kan förlora skyddet av sin sjukpenninggrundande inkomst, förkortad SGI, om han eller hon vare sig får sjukpenning eller är arbetsökande via Arbetsförmedlingen.

Ytterligare ett problem är att beslutet om att inte bevilja sjukpenning kan komma som en överraskning för den försäkrade. För att belysa detta har arbetsgruppen använt uppgifter från en dom som omnämns ovan.

De flesta försäkrade som får ett läkarintyg om nedsatt arbetsförmåga följer läkarens rekommendation och avstår från förvärvsarbete. Läkarens intyg är visserligen en förutsättning för att kunna få sjukpenning, men innebär ingen rätt till sådan. Läkarintyget är endast ett av flera underlag på vilka Försäkringskassan grundar sina beslut om sjukpenning.

När Försäkringskassan fått in läkarintyg och anspråk på sjukpenning så kan myndigheten ha behov av viss utredningstid. Det kan t.ex. vara aktuellt att konsultera en försäkringsmedicinsk rådgivare. Det kan således ha förflutit relativt lång tid från det att läkarintyget utfärdades till dess att den försäkrade informeras om att rätten till sjukpenning ifrågasätts.

Det kan vara svårt för en försäkrad att förutse om rätt till sjukpenning finns. Särskilt gäller detta när anspråken handlar om att förlänga en redan pågående sjukpenningperiod i samband med att bedömningsgrunderna i rehabiliteringskedjan skiftar. Den rehabiliteringskedja som tillämpas vid bedömning av arbetsförmågan innehåller bestämda tidpunkter i sjukperioden där bedömningen av arbetsförmågan successivt vidgas från att endast avse den försäkrades förmåga att utföra sitt vanliga arbete till att gälla förmågan att utföra ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete eller annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade.

Det är vid de tidpunkter i en sjukperiod där bedömningsgrunden förändras, särskilt från dag 180 och 365 som de flesta avslag i pågående sjukpenningperioder sker. Det är därför av stor betydelse att Försäkringskassan har en dialog med den försäkrade om de bedömningar som Försäkringskassan avser att göra vid de olika tidpunkterna. Detta är viktigt för att öka försäkrades trygghet och för att försäkrade ska vara beredda om nya bedömningsgrunder kan komma att leda till att sjukpenning inte längre lämnas. Arbetsgruppen ser mycket positivt på de delar av Försäkringskassans metodstöd, där Försäkringskassan framhåller dialogen med den försäkrade om kommande prövningar.

Arbetsgruppens bedömning är dock att Försäkringskassans handläggare inte i alla lägen har, eller kommer att ha, förutsätt-

ningar att följa detta stöd. I dessa fall kan Försäkringskassans beslut komma som en överraskning för den försäkrade och utifrån den försäkrades perspektiv vara retroaktivt. I exemplet ovan rörde det sig om tre veckor eller cirka 10 000 kronor i förlorad ersättning för den retroaktiva perioden.

Slutsatser

Arbetsgruppen har sammanfattningsvis identifierat tre problem som bör åtgärdas genom förändrad lagstiftning. Dessa är:

- **Retroaktiva beslut.** En försäkrad som har en påbörjad sjukperiod får veta att Försäkringskassan inte avser lämna sjukpenning från ett tidigare datum än då beskedet gavs.
- **Ingen ersättning under kommuniceringstiden**. Detta kan leda till att försäkrade inte tar tillvara sin rätt att lämna kompletterande uppgifter. Detta kan särskilt vara fallet om den försäkrade befinner sig i en ekonomiskt utsatt situation. Det är inte sällan som kompletterande uppgifter från den försäkrade leder till fortsatt rätt till ersättning.
- **Avsaknad av SGI-skydd vid ”retroaktiva” beslut.** För en arbetslös försäkrad kan ”retroaktiva” beslut medföra förlust av SGI. Försäkringskassan tillämpar visserligen inte bestämmelsen på detta sätt nu, men det är oklart vilket lagstöd det finns för denna tillämpning.

4.2 Sjukpenning i avvaktan på slutligt beslut

Arbetsgruppens förslag: Ett ärende om sjukpenning eller sjukpenning i särskilda fall ska inte få avgöras till den försäkrades nackdel utan att han eller hon har underrättats om innehållet i det kommande beslutet och fått tillfälle att yttra sig över det. Detta gäller dock inte om det är uppenbart att den försäkrade inte kan komma in med uppgifter som kan påverka avgörandet.

Försäkringskassan ska få lämna sjukpenning eller sjukpenning i särskilda fall för tid till dess att ett ärende har slutligt avgjorts om den försäkrade begär sjukpenning eller sjukpenning i

särskilda fall i anslutning till en sjukperiod som har pågått i minst 15 dagar, sjukpenning eller sjukpenning i särskilda fall har lämnats tidigare i sjukperioden och det saknas skäl som talar emot det.

Skälen för arbetsgruppens förslag: De förslag som arbetsgruppen lämnar syftar till att undanröja de problem som redovisas ovan.

Förslaget att slutligt beslut som är till den försäkrades nackdel inte ska få fattas innan den försäkrade har underrättats om det tilltänkta beslutet och även getts möjlighet att under en bestämd tid yttra sig över det ligger helt i linje med Försäkringskassans nuvarande metodstöd. Det innebär i sak ingen förändring. Förslaget ska dock ses tillsammans med arbetsgruppens andra förslag.

Det är viktigt att den försäkrade ges rimliga förutsättningar att ta del av Försäkringskassans förslag och eventuellt konsultera sin läkare eller någon annan. Normalt bör därför den försäkrade kunna få fjorton dagar på sig att komma in med ett yttrande räknat från när den försäkrade fick ta del av det föreslagna beslutet. Undantag bör göras för sådana beslut där det inte finns något bedömningsutrymme.

För att den försäkrade på ett meningsfullt sätt ska kunna yttra sig över beslutet kan det inte bara vara själva beslutet som den försäkrade underrättas om. Den försäkrade bör även få ta del av motivering till detta.

Med arbetsgruppens förslag om ökad möjlighet att interimistiskt kunna bevilja sjukpenning, eller sjukpenning i särskilda fall, kan det undvikas att försäkrade, som har en påbörjad sjukperiod där sjukpenning betalats ut, utan förvarning får vetskap om att Försäkringskassan avser att avslå en ansökan om sjukpenning från en tidigare tidpunkt än den dag då beskedet lämnas till den försäkrade. Därigenom får den försäkrade möjlighet att rätta sig efter Försäkringskassans beslut och återgå i arbete eller anmäla sig som arbetsökande på Arbetsförmedlingen. Den försäkrade riskerar då inte att helt gå miste om inkomst.

Förslagen innebär att sjukpenning även kan lämnas under den tid som den försäkrade har fått på sig för att yttra sig över ett beslut. Detta är viktigt då ett beslut om att helt eller delvis neka en

försäkrad ersättning är ett beslut av mycket stor betydelse för individen.

Det är sannolikt att Försäkringskassans bedömning av en försäkrads arbetsförmåga i de flesta fall är korrekta utifrån de beslutsunderlag som Försäkringskassan har. Det är dock inte ovanligt att Försäkringskassan ändrar sin bedömning sedan kompletterande underlag har kommit från den försäkrade eller dennes läkare. Kvalitén i beslutsunderlagen förbättras därigenom.

Arbetsgruppen anser att rättsäkerheten stärks genom att den försäkrade har möjlighet att även få sjukpenning till dess att ett slutligt beslut fattas.

Begränsning till pågående sjukfall

Den utökade möjligheten att interimistiskt lämna sjukpenning föreslås endast gälla när en försäkrad har en sjukperiod som har pågått i minst 15 dagar och sjukpenning eller sjukpenning i särskilda fall har betalats ut tidigare i sjukperioden.

Arbetsgruppen är medveten om att försäkrade även då de första gången ansöker om sjukpenning i en sjukperiod kan göra betydande ekonomiska förluster om de har avstått från förvärvsarbete och sedan inte beviljas sjukpenning.

Det måste emellertid också beaktas att Försäkringskassans prövning av anspråk är en viktig del i att värna försäkringen så att rätt ersättning lämnas till rätt försäkrad. Denna viktiga funktion skulle kunna åsidosättas om Försäkringskassan även skulle lämna sjukpenning till försäkrade som Försäkringskassan inte ansett vara berättigade till sjukpenning vid första tillfället som myndigheten har haft möjlighet att granska ärendet.

Om Försäkringskassan anser att det finns risk att sjukpenning inte kommer att beviljas är det angeläget att den försäkrade snarast informeras om detta på lämpligt sätt.

Arbetsgruppen vill också påminna om att i de fall Försäkringskassan bedömer att den försäkrade sannolikt är berättigad till sjukpenning är det redan enligt gällande bestämmelser möjligt att interimistiskt lämna sjukpenning också i nya sjukfall till dess att slutligt beslut kan fattas.

När rätten till sjukpenning prövas första gången i ett sjukfall för en anställd eller annan förvärvsarbetande görs prövningen nästan uteslutande mot den försäkrades vanliga arbete. Det borde vara förhållandevis enklare för den försäkrade att då själv kunna bedöma sin förmåga att trots sina besvär kunna arbeta.

Skäl som talar emot att lämna sjukpenning

Som framgår av ovanstående vill arbetsgruppen förhindra att försäkrade i efterhand får veta att sjukpenning inte lämnas fr.o.m. en viss dag. Likaså vill arbetsgruppen att den försäkrade ska kunna få sjukpenning under den tid som Försäkringskassan gett den försäkrade för att yttra sig över beslutet.

Som tidigare nämnts är det viktigt att Försäkringskassan har en dialog med den sjukskrivne försäkrade om de bedömningar i rehabiliteringskedjan som kommer att göras och hur de kan komma att påverka den försäkrades rätt till sjukpenning. Detta är inte minst viktigt för att den försäkrade ska förstå det behov av omställning som kan finnas.

I vägledningen 2015:1 Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning beskriver Försäkringskassan hur det bör eftersträvas att den försäkrade i förväg informeras om den bedömning som Försäkringskassan avser att göra när en ny bedömningsgrund ska tillämpas i rehabiliteringskedjan. Den försäkrade ska också ges möjlighet att yttra sig över denna bedömning.

Arbetsgruppen anser att om den försäkrade redan har underrättats om Försäkringskassans bedömning och getts möjlighet att yttra sig över denna och det underlag som bedömningen gjorts utifrån, bör detta kunna utgöra skäl som talar mot att lämna sjukpenning i avvaktan på slutligt beslut. Detta förutsatt att inte nya omständigheter tillkommit.

Andra skäl som kan tala emot att lämna sjukpenning i avvaktan på att slutligt beslut fattas är att den försäkrade själv fördröjer processen eller borde inse att rätten till sjukpenning kan komma att ifrågasättas. Det kan t.ex. handla om att den försäkrade dröjer med att lämna in ett läkarintyg eller att den försäkrade nekas läkarintyg av en läkare och vänder sig till en annan för att få ett sådant.

Om den försäkrade begär sjukpenning i anslutning till en sjukperiod som avslutats genom ett indragnings- eller avslagsbeslut bör den försäkrade inse att hans eller hennes rätt till sjukpenning kan komma ifrågasättas vid en ny ansökan om sjukpenning och detta kan utgöra skäl mot att fatta ett interimistiskt beslut om att betala sjukpenning.

Givetvis är det heller inte avsikten att sjukpenning ska lämnas i avvaktan på slutligt beslut om den försäkrade har arbetat eller på annat sätt visat att arbetsförmåga finns.

Övergång till sjukpenning på fortsättningsnivån

De förslag som arbetsgruppen lämnar överensstämmer i stort med hur Försäkringskassan tillämpade försäkringen före 1 november 2016.

I ett avseende blir det dock skillnad. En del av den förändring av sjukförsäkringen som trädde i kraft 1 juli 2008 var att sjukpenningen sänktes från cirka 80 procent till cirka 75 procent av SGI efter ett år med sjukpenning. Den lägre ersättningsnivån fick beteckningen förlängd sjukpenning och kunde beviljas efter ansökan. I och med införandet av socialförsäkringsbalken, förkortad SFB, 1 januari 2011 försvann beteckningen förlängd sjukpenning. I balken talas endast om en förmån, sjukpenning, som lämnas på normal- eller fortsättningsnivån.

Försäkringskassan har även efter införandet av SFB ansett att det fordras en ansökan för att få sjukpenning på fortsättningsnivån. Försäkringskassan har handlagt dessa ansökningar som andra ansökningsärenden. Det innebär att sjukpenning inte har betalats ut förrän rätten till ersättning är styrkt och om ansökan avslås lämnas ingen sjukpenning på fortsättningsnivån.

Arbetsgruppens förslag innebär att även dessa ärenden bör kunna hanteras på samma sätt som andra sjukpenningärenden i fråga om möjligheten att interimistiskt betala ut sjukpenning eller sjukpenning i särskilda fall i avvaktan på ett slutligt beslut.

4.3 Förstärkt skydd för sjukpenninggrundande inkomst

Arbetsgruppens förslag: SGI-skydd ska gälla under tid då den försäkrade väntar på ett slutligt beslut i ärende om sjukpenning, ersättning för arbetsresor, rehabiliteringsersättning eller motsvarande arbetskadeersättningar.

Skälen för arbetsgruppens förslag: Med skydd för den sjukpenninggrundande inkomsten, förkortad SGI, avses att den försäkrade behåller sin SGI även under avbrott i förvärvsarbete.

SGI-skydd gäller bland annat under tid den försäkrade får sjukpenning eller rehabiliteringsersättning. Även den som är arbetslös och arbetssökande via Arbetsförmedlingen har ett sådant skydd.

En arbetslös försäkrad som ansöker om sjukpenning och får avslag på denna begäran har vare sig sjukpenning eller är arbetssökande. Om regelverket skulle tillämpas så att SGI-skyddet upphörde i en sådan situation skulle det kunna få allvarliga konsekvenser för försäkrade. Ett förlorat SGI-skydd innebär att den försäkrade inte är försäkrad för sjukpenning förrän denne på nytt har kvalificerat sig genom arbete.

Mot denna bakgrund föreslår arbetsgruppen att SGI-skyddet även ska gälla under tid den försäkrade väntar på slutligt beslut i ärenden om sjukpenning och rehabiliteringspenning eller liknande förmåner.

Regler om SGI-skydd har motsvarande betydelse för att behålla rätten att kunna få sjukpenning och rehabiliteringspenning i särskilda fall.

4.4 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Arbetsgruppens förslag: Lagen ska träda i kraft den 1 januari 2018. Bestämmelserna i 110 kap. 13 a § och 112 kap. 2 a § ska dock tillämpas första gången vid en begäran om sjukpenning eller sjukpenning i särskilda fall som kommit in till Försäkringskassan från och med ikraftträdandet.

Skälen för arbetsgruppens förslag: Arbetsgruppen anser att ett ikraftträdande bör ske så snart som möjligt och bedömer att 1 januari 2018 är lämpligt. Bestämmelserna om underrättelse och interimistiska beslut enligt förslagen i 110 kap. 13 a § och 112 kap. 2 a § bör tillämpas första gången vid bedömningen av en begäran om sjukpenning som kommit in till Försäkringskassan från den 1 januari 2018 eller därefter.

5 Konsekvensbeskrivning

5.1 Sjukförsäkringen

Sjukförsäkringen utgör en central del av våra gemensamma svenska trygghetsystem. Det är viktigt att medborgarna har tilltro till försäkringen och Försäkringskassan som ansvarig myndighet.

Försäkringen måste därför vara förutsägbar och rättsäker. I rättsäkerheten ligger att den som berörs av ett beslut ges möjlighet att försäkra sig om att beslutsunderlaget är fullständigt.

Det är arbetsgruppens uppfattning att de förslag som lämnas i denna promemoria på ett positivt sätt bidrar till detta.

5.2 Individen

För de försäkrade är sannolikt den ökade förutsägbarheten i sjukförsäkringen den viktigaste konsekvensen av arbetsgruppens förslag. Detta är inte begränsat till de försäkrade vars rätt till sjukpenning ifrågasätts. Försäkrade kan känna sig trygga i att om Försäkringskassan har accepterat att läkarintyg från deras läkare styrker nedsättning av arbetsförmågan så behöver de inte vara oroliga för att det utan förvarning görs en annan bedömning när de lämnar in ett nytt läkarintyg. Bedömer Försäkringskassan att de inte längre är berättigade till sjukpenning så kommer de att informeras om detta och få möjlighet att yttra sig över det tilltänkta beslutet.

För de försäkrade vars rätt till sjukpenning ifrågasätts innebär förslagen att de inte får beslut som från deras perspektiv ter sig som retroaktiva. Är de arbetslösa, eller anställda men på grund av rehabiliteringskedjans tidsgränser prövats mot och bedömts ha arbetsförmåga i ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete, förstärks även skyddet av den sjukpenninggrundande inkomsten.

5.3 Försäkringskassan

Arbetsgruppens förslag innebär i stort en återgång till handläggningen som den var innan den 1 november 2016. Självklart är förändringen förknippad med vissa omställningsinsatser. Vägledningar kan behöva skrivas om och personalen kan behöva få viss utbildning.

En positiv effekt är att en del konflikter med försäkrade som är påfrestande för personalen kan undvikas.

Det är arbetsgruppens uppfattning att förslagen inte medför behov av resurstillskott till Försäkringskassan.

5.4 Andra myndigheter

5.4.1 Allmänna förvaltningsdomstolar

Förslagen i denna promemoria innebär ingen förändring av de grundläggande villkoren för rätt till sjukpenning.

Ett fåtal ärenden som handlar om möjligheten att få sjukpenning i avvaktan på slutligt beslut skulle kunna bli föremål för domstolsprövning. Förslagen bör dock även kunna leda till att färre personer överklagar Försäkringskassans beslut.

Sammantaget bedöms konsekvenserna för de allmänna förvaltningsdomstolarna vara marginella.

5.4.2 Landstingen

Landstingen berörs i första hand såsom sjukvårdshuvudmän.

Försäkrade vars rätt till sjukpenning ifrågasätts vänder sig oftast till sin läkare för att få stöd och få ett kompletterande läkarintyg. Detta även i de fall där skälet till Försäkringskassans bedömning är mer försäkringsjuridiskt än att läkarintyget har brister.

Eftersom arbetsgruppens förslag inte rör de grundläggande förutsättningarna för rätt till sjukpenning innebär förslagen inte att antalet beslut om nekad sjukpenning kan förväntas minska. Arbetsgruppen har dock förhoppningen att pressen på framför allt sjukskrivande läkare kan minska något om försäkrade kan få sjuk-

penning i större utsträckning under utrednings- och kommuniceringstid.

5.4.3 Kommunerna

I begränsad utsträckning kan förslagen minska behovet av försörjningsstöd från kommunerna. Ett av de problem som arbetsgruppen har identifierat är att försäkrade kan i efterhand få vetskap om att de inte längre kan få sjukpenning. Det kan röra sig om belopp av en sådan storlek att människor med svag ekonomisk ställning är i behov av stöd från kommunen. Detta behov minskar om sjukpenning lämnas i avvaktan på slutligt beslut.

5.5 Arbetsgivare

Förslagen i denna promemoria bedöms endast marginellt påverka arbetsgivare.

För egna företagare som är sjukskrivna kan dock förslagen innebära ökad trygghet.

5.6 Sjukfrånvaron

De förslag som lämnas i denna promemoria innebär att Försäkringskassan ges möjlighet att tillämpa försäkringen på ett liknande sätt som skedde före 1 november 2016. Det innebär således ingen kostnadsökning i förhållande till vad som gällde under större delen av 2016.

I ett avseende avviker arbetsgruppens förslag från vad som gällde före 1 november 2016. Förslaget innebär att även försäkrade vars rätt till sjukpenning prövas vid övergång från sjukpenning på normalnivån till sjukpenning på fortsättningsnivån ska omfattas av förslaget. I cirka 500 fall per år nekas den försäkrade helt eller delvis sjukpenning vid dessa prövningar.

En rimlig bedömning är att i ungefär hälften av dessa fall har Försäkringskassan tillräckligt beslutsunderlag före det att det blir aktuellt att fatta beslut och har även kunnat ge den försäkrade möjlighet att yttra sig över det tänkta beslutet. Om man uppskattar att

utredningstiden i de övriga 250 fallen uppgår till i genomsnitt två veckor och att kommuniceringstiden är lika lång så kan antalet till kommande dagar med sjukpenning beräknas till 7 000. Eftersom inte alla är helt sjukskrivna kan antalet nettodagar beräknas till knappt 6 000. Den tillkommande kostnaden kan beräknas till cirka tre miljoner kronor.

5.7 Jämställdheten mellan könen

Förslagen i denna promemoria bedöms ha störst betydelse för kvinnor. Som andel av avslutade sjukfall för resp. kön är det fler pågående sjukfall för män som avslutas genom att Försäkringskassan nekar sjukpenning. I antal är det dock betydligt fler kvinnor som får beslut om avslag på ansökan om sjukpenning i pågående sjukfall. Detta förklaras av att sjukfrånvaron bland kvinnor är betydligt högre.

Förslagen kan också antas ha störst betydelse för kvinnor eftersom kvinnor i genomsnitt har lägre inkomster än män och därför kan antas oftare ha en ekonomiskt mer utsatt situation. Detta gäller särskilt kvinnor som är ensamstående med barn.

6 Författningskommentar

6.1 Förslaget till lag om ändring i socialförsäkringsbalken

26 kap.
17 §
I paragrafens regleras den tid under vilken den försäkrade har ett skydd för sin sjukpenninggrundande inkomst.

I paragrafen har införts ett nytt *andra stycke* som föreskriver att den försäkrades sjukpenninggrundande inkomst även skyddas under tid då han eller hon väntar på ett slutligt beslut om en sådan förmån som avses i bestämmelsens första stycke. Det nya stycket innebär att den försäkrade ges ett skydd för sin sjukpenninggrundande inkomst också under tid för Försäkringskassans utredning, underrättelse och kommunicering i de fall den försäkrades ansökan om dessa förmåner resulterar i ett avslagsbeslut. Med slutligt beslut avses beslut som avgör ett ärende. Det finns inget krav på att beslutet ska ha vunnit laga kraft eller att tiden för att begära omprövning ska ha löpt ut för att ett beslut i dessa fall ska anses vara slutligt. Ett interimistiskt beslut är inte att anse som ett slutligt beslut.

Det tidigare andra stycket blir i och med införandet av ett nytt andra stycke istället *tredje stycket*. Ett tillägg har gjorts som innebär att åldersgränsen 65 år även ska gälla för de som omfattas av det nya andra stycket.

Överväganden finns i avsnitt 4.3.

108 kap.
10 §
I paragrafen regleras frågan om återkrav när ett interimistiskt beslut har fattats med stöd av 112 kap. 2 §. Ett tillägg har gjorts i paragrafens *första stycke* som innebär att bestämmelsen även ska

gälla interimistiska beslut som fattas med stöd av den nya 112 kap. 2 a §.

110 kap.
13 a §

Paragrafen är ny.

I paragrafens *första stycke* föreskrivs att ett ärende om sjukpenning eller sjukpenning i särskilda fall inte får avgöras till den försäkrades nackdel utan att den försäkrade har underrättats om innehållet i beslutet och fått en bestämd tid för att yttra sig över det. Bestämmelsen innebär att i de fall Försäkringskassan avser att helt eller delvis avslå en ansökan om sjukpenning eller sjukpenning i särskilda fall ska den försäkrade innan beslut fattas ges möjlighet att yttra sig över beslutet och dess innehåll. Han eller hon ges därmed möjlighet att komma in med ytterligare underlag som kan påverka beslutet. Vidare ges den försäkrade en möjlighet att ställa in sig på ett eventuellt avslagsbeslut och de konsekvenser som ett sådant får för t.ex. skydd för den sjukpenninggrundande inkomsten.

Bestämmelsen ska ses som ett komplement till bestämmelsen om kommunicering i förvaltningslagen (1986:223) förkortad FL. Enligt 17 § FL ska ett ärende inte avgöras utan att den som är sökande, klagande eller annan part har underrättats om en uppgift som har tillförts ärendet av någon annan än honom eller henne själv, till detta finns ett antal undantagssituationer uppräknade då kommunicering inte krävs. Enligt förslaget till ny förvaltningslag[4] ska myndigheten innan beslut fattas underrätta den som är part om allt material av betydelse för ärendet och ge parten tillfälle att inom en bestämd tid yttra sig över materialet, om detta inte är uppenbart obehövligt. Bestämmelsen i förvaltningslagen samt i den föreslagna nya förvaltningslagen reglerar således det underlag som den försäkrade ska ges rätt att ta del av före beslut. Den nya paragrafen i 13 a § föreskriver att den försäkrade ska underrättas om själva beslutet, dess innehåll och motivering. I likhet med vad som föreslås i förslaget till ny förvaltningslag ska de försäkrade ges tillfälle att inom en bestämd tid yttra sig. Denna tid bör vara tillräckligt lång för att

[4]Lagrådsremiss En modern och rättssäker förvaltning – ny förvaltningslag

ge den försäkrade en rimlig möjlighet att komma in med kompletterande uppgifter.

I det *andra stycket* föreskrivs att ett ärende får avgöras utan underrättelse om det är uppenbart att den försäkrade inte kan komma in med uppgifter som kan påverka avgörandet. Härmed avses situationer när utrymme för bedömning helt saknas, t.ex. om den försäkrade har fått sjukpenning i 180 dagar för tid efter ingången av den månad då han eller hon fyllt 70 år och därför inte kan beviljas sjukpenning. Möjligheten att göra undantag från bestämmelsen om underrättelse skiljer sig därmed från de situationer när det är möjligt att underlåta kommunicering enligt 17 § FL och förslaget till ny förvaltningslag.

Överväganden finns i avsnitt 4.2.

112 kap.
2 a §

Paragrafen är ny.

Paragrafen föreskriver att Försäkringskassan får fatta ett interimistiskt beslut om rätt till sjukpenning och sjukpenning i särskilda fall om den försäkrade begär sjukpenning eller sjukpenning i särskilda fall i anslutning till en sjukperiod som har pågått i minst 15 dagar, sjukpenning eller sjukpenning i särskilda fall har lämnats tidigare i sjukperioden och det saknas skäl som talar emot att ett sådant beslut fattas. Enligt bestämmelsen *får* Försäkringskassan fatta interimistiska beslut, bestämmelsen utgör alltså inte en skyldighet för Försäkringskassan att alltid fatta interimistiska beslut i dessa fall. Bestämmelsen innebär en jämfört med 2 § utvidgad möjlighet att fatta interimistiska beslut i ärenden om sjukpenning och sjukpenning i särskilda fall. Med uttrycket att Försäkringskassan ”trots 2 §” kan fatta beslut avses att sjukpenning eller sjukpenning i särskilda fall kan lämnas även i de fall kriterierna enligt 2 § inte är uppfyllda. Ett interimistiskt beslut om rätt till sjukpenning eller sjukpenning i särskilda fall kan fattas om den försäkrade i anslutning till begäran om sjukpenning eller sjukpenning i särskilda fall har haft en sjukperiod som pågått i minst 15 dagar. Det krävs vidare att sjukpenning eller sjukpenning i särskilda fall har utbetalts i den anslutande sjukperioden. Detta innebär att den som befinner sig i en sjukperiod som pågått kortare tid än 15 dagar inte kan få ett interimistiskt beslut med stöd av bestämmelsen. Inte heller den

som befinner sig i en sjukperiod som pågått en längre tid men som inte åtminstone fått en fjärdedels sjukpenning utbetald kan få ett interimistiskt beslut med stöd av bestämmelsen. Om det finns skäl som talar emot att ett interimistiskt beslut fattas ska Försäkringskassan inte heller fatta ett sådant beslut. Skäl som talar emot ett interimistiskt beslut kan exempelvis vara att den försäkrade själv fördröjer processen eller borde inse att rätten till sjukpenning kan komma att ifrågasättas. Om den försäkrade redan har underrättats om Försäkringskassans bedömning och getts möjlighet att yttra sig över denna och det underlag som bedömningen gjorts utifrån, utan att nya omständigheter tillkommit, kan detta utgöra skäl som talar emot att ett interimistiskt beslut fattas. Framkommer det att den försäkrade har arbetat eller på annat sätt visat att arbetsförmåga finns utgör detta också skäl som talar emot att ett interimistiskt beslut fattas.

Ett interimistiskt beslut som fattas med stöd av bestämmelsen ska i likhet med ett interimistiskt beslut som fattas med stöd av 2 § alltid åtföljas av ett slutligt beslut.

Överväganden finns i avsnitt 4.2.

Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Enligt den *första punkten* ska lagen träda i kraft den 1 januari 2018.

Enligt den *andra punkten* ska bestämmelserna i 110 kap. 13 a § och 112 kap. 2 a § tillämpas första gången vid en begäran om sjukpenning eller sjukpenning i särskilda fall som har kommit in till Försäkringskassan från och med den 1 januari 2018 eller därefter.

Överväganden finns i avsnitt 4.4.

Departementsserien 2017

Kronologisk förteckning

1. Elektronisk övervakning av kontaktförbud. Ju.
2. Åldersdifferentierat underhållsstöd och höjt grundavdrag för bidragsskyldiga föräldrar. S.
3. Genomförande av ICT-direktivet. Ju.
4. Sjukpenning i avvaktan på slutligt beslut. S.

Departementsserien 2017

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

Elektronisk övervakning av kontaktförbud. [1]

Genomförande av ICT-direktivet. [3]

Socialdepartementet

Åldersdifferentierat underhållsstöd och höjt grundavdrag för bidragsskyldiga föräldrar. [2]

Sjukpenning i avvaktan på slutligt beslut. [4]

18

Svar på remiss om Kommunikation för vår gemensamma säkerhet (Ds 2017:7)

RS/683/2017

2017-05-10

Enheten för krisberedskap, säkerhet och miljö
Anna-Lena Alfreds
Tfn: 063-147612
E-post: anna-lena.alfreds@regionjh.se

RS/683/2017

Svar på remiss om Kommunikation för vår gemensamma säkerhet (Ds 2017:7)

Ärendebeskrivning

Region Jämtland Härjedalen har getts möjlighet att yttra sig över departementspromemorian Kommunikation för vår gemensamma säkerhet (Ds 2017:7)

I huvudsak ser Region Jämtland Härjedalen positivt på promemorians förslag om att staten ska äga och kontrollera ett säkert system för mobil datakommunikation. Det är ur vår synvinkel särskilt positivt att det också stödjer möjligheten till ökade förutsättningar att nå regeringens bredbandsmål i glesbygd. Några specifika synpunkter har framförts till exempel avseende hälso- och sjukvårdens förmodade användarkrets som troligen är vidare än vad dagens Rakel användning visar. Gällande frågor om täckning och kapacitet, är det av stor vikt att utredningen inte endast tittar på befolkningsmängd som grund, utan kompletterar resonemanget med ett riskbaserat tänkande och att man då till exempel tar hänsyn till områden med turism och hur vägar trafikeras.

Ett förslag till svar har upprättats inom enheten för Krisberedskap, säkerhet och miljö. Svar på remissen ska lämnas till Justitiedepartementet senast 15 maj. Då regionstyrelsen har sitt sammanträde 30-31 maj har Region Jämtland Härjedalen begärt och fått förlängd svarstid till senast 1 juni varför paragrafen bör justeras omedelbart.

Regiondirektörens förslag

1. Upprättat förslag till svar på remiss om Kommunikation för vår gemensamma säkerhet Ds 2017:7, daterad 2017-05-04, antas.

2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

I tjänsten

Ingela Jönsson

Tf regiondirektör

Mikael Ferm
Regionstabschef

Utdrag till

Beredskapschef
Svar skickas till Justitiedepartementet

Dnr:RS/683/2017

Anna-Lena Alfreds
Enheten för krisberedskap, säkerhet och miljö
Tfn: 063-147612
E-post: anna-lena.alfreds@regionjh.se

Justitiedepartementet
Enheten för samordning av
Samhällets krisberedskap
103 33 Stockholm

Yttrande över departementspromemorian Kommunikation för vår gemensamma säkerhet (Ds 2017:7)

Region Jämtland Härjedalen har getts möjlighet att yttra sig över departementspromemorian Kommunikation för vår gemensamma säkerhet (D. 2017:7)

I huvudsak ser Region Jämtland Härjedalen positivt på promemorians förslag om att staten ska äga och kontrollera ett säkert system för mobil datakommunikation. Det är ur vår synvinkel också särskilt positivt att det också stödjer möjligheten till ökade förutsättningar att nå regeringens bredbandsmål i glesbygd.

Specifika synpunkter på avsnitt i promemorian

4. Användarkrets

Den framtida kommunikationslösningen bör vara obligatorisk för de aktörer som nämns i promemorian inom allmän ordning, hälsa och försvar. Därutöver kan frivillighet råda för anslutning.

Region Jämtland Härjedalen anser att användarkretsen inom sjukvården generellt troligen är vidare än den har varit för Rakel. När avgiftstaket för Rakel togs bort avstannade utvecklingen och breddinförandet av Rakel inom regionen på grund av ekonomiska skäl. Det finns anledning att framföra att om kostnaderna kunnat hållas nere hade både antalet abonnemang och områden för användning av Rakel varit högre i regionen. Inom befintlig användarkrets för Rakel finns behov av att utöka antalet abonnemang och det finns andra funktioner/verksamhetsområden (t ex fastighetsdrift och primärvård) som också har behov av säkra och robusta verktyg för kommunikation. Det är inte ovanligt med avbrott i både fast och mobil telefoni ute i länet, vilket bland annat drabbar primärvården och försvårar möjligheten att kommunicera med specialistvård, ambulanssjukvård o.s.v. De långa avstånden bidrar till att det är oerhört viktigt med utvecklingen av säker mobil kommunikationslösning för att kunna skicka patientinformation och påbörja avancerad behandling utanför sjukhus. Vice versa är behovet stort av att i primärvård, ambulanssjukvård och avancerad hemsjukvård ha

åtkomst till kartstöd, journaluppgifter, läkemedelslistor o.s.v. Det finns många exempel på information som behöver vara tillgänglig och som behöver skickas som omfattas av hälso- och sjukvårds sekretess. Ett enkelt exempel är överföring av EKG som idag skickas via GPRS. Utvecklingen av distanstjänster och e-hälsa går snabbt framåt och är intressant i glesbygdsperspektiv för att på ett effektivt och ekonomiskt sätt kunna ha tillgång till högre medicinsk kompetens på distans.

Sammanfattningsvis är Region Jämtland Härjedalen bedömning att behovet av en framtida säker mobil kommunikationslösning för vården stort och att användarkretsen är betydligt större och vidare än vad nuvarande bild av Rakel användandet ger.

4.3 Användarkrets för ny kommunikationslösning

I kategoriseringen som görs av dagens användare nämns inte landstingen alls, vilket Region Jämtland Härjedalen finner märkligt. Möjligen likställs landstingen med kommunal verksamhet med ansvar för åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap. Som tidigare nämnts under stycket ovan har Hälso- och sjukvården i landstings/regioners regi troligen en större användarkrets än krisberedskap i en framtida säker mobil kommunikationslösning.

5.2.2. Täckning och kapacitet

Region Jämtland Härjedalen vill poängtera att frågan om täckning och kapacitet är oerhört viktig och har funderingar över att utredningen konstaterar att det måste anses som rimligt att grundläggande täckning och kapacitet utformas mot befolkningstäta delar av landet och att en lägre kravnivå ställs i övrigt.

Detta resonemang behöver kompletteras med ett riskbaserat tänkande. Jämtlands län är glest befolkat med spridning över en stor geografisk yta. Under perioder av året mer än fördubblas antalet människor i länet med anledning av turismen, företrädesvis under vintertid – men fjällturismen ökar också sommartid. Om och när allvarliga och extraordinära händelser inträffar i är det naturligtvis av stor vikt att kapacitet och täckning är tillfredsställande även här. Vidare rör det ju också de vägar som trafikeras bland annat med anledning av turismen. Vi anser att det är en viktig fråga för staten att ta ansvar för och fortsatt utreda möjligheter för. Att uppnå täckning motsvarande de områden som Rakel idag framstår som önskvärt ur ett glesbygdsperspektiv. Rakeltäckning i fjällvärlden är dessutom en viktig fråga redan idag då antalet fjällräddningsuppdrag, som förvisso är en polisiär insats men som ofta också genererar ett sjukvårdsuppdrag, ökar. Det är viktigt att fjällräddare (statlig räddningstjänst) och övriga aktörer inom

kommunal räddningstjänst och hälso- och sjukvård kan samverka vid räddningsinsatser.

När det gäller kapacitet är det förstås så att befolkningstäta delar behöver högre kapacitet men även i glesbygd behövs kapacitet som tidigare nämndes till exempel vid frekvent trafikerade vägar och i områden där många människor rör sig. Vägarnas skick och väghållning måste också vägas in i denna riskbedömning.

Region Jämtland Härjedalen håller med om att det parallellt är rimligt att aktörer utvecklar lämpliga system/arbetssätt för prioritering eftersom kapacitetsbegränsning finns. Det bör dock poängteras att det kan vara svårt att tillämpa vid hastiga förlopp och att system/arbetssätt inte kan få ske med för stor variation inom olika regioner, län och organisationer. En begränsad kapacitet ställer mycket högre krav på nationella riktlinjer för till exempel hur struktur för talgrupper och prioriteringar ska se ut när många aktörer och från olika delar av landet deltar. Vidare krävs att en tydlig metodik utarbetas. Att förbättra kapacitet med rörliga förstärkningsresurser fungerar inte heller vid hastiga förlopp och långa avstånd.

Resonemang ovan görs från Region Jämtland Härjedalens sida i skenet av den tragiska bussolycka som inträffade på E 45 ca 20 km söder om Sveg den 2:a april. Ett område som är glest befolkat, men med en väg till fjällvärlden som är frekvent och tungt belastad. Det är förvisso för tidigt att i nuläget avgöra om de problem som fanns med Rakelkommunikationen som ett flertal personer/funktioner vittnat om i samband med olyckan berodde på kapacitetsbrist eller handhavandebrister t ex val av talgruppsstrukturer. En särskild översyn, som ännu inte är klar, görs avseende hur Rakel fungerade.

Insatsen vid olyckan visar dock att vid allvarliga händelser med hastiga förlopp är det svårt att hinna tillsätta en sambandsledare för optimering av talgruppsstruktur. Det behöver tas i beaktande att komplexiteten i till exempel talgruppstruktur ökar mycket när ett flertal län, organisationer och även nationella resurser (t ex med flera inblandade helikopter resurser) deltar i insatser. Att som utredningen föreslår, förbättra kapaciteten med rörliga förstärkningsresurser, kommer inte heller att fungera vid den typen av olyckor (snabbt förlopp, långa avstånd). Det är också känt att endast några mil längre söderut än där olyckan inträffade är det avsevärt sämre kapacitet och möjligheten till Rakelkommunikation hade varit mycket sämre.

5.2.4 Robusthet
Region Jämtland Härjedalen tillstyrker slutsatsen att robusthet och redundans är möjlig att åstadkomma både i samhällsnät och kommersiella nät men att utvecklingen inom dessa områden främst kan ske utifrån tvingande regelverk och kommersiella överväganden.

5.2.5 Informationssäkerhet
Ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv anser Region Jämtland Härjedalen att lösningen i sitt grundutförande ska kunna skydda information som omfattas av sekretess, istället för att det erbjuds som tilläggstjänst. Däremot framstår det som rimligt att lösningen inte är avsedd att kunna skydda information som omfattas av särskild sekretess med hänsyn till rikets säkerhet. Både en vid användarkrets och kostnadsaspekter talar emot en sådan lösning.

5.2.6 Interoperabilitet
Region Jämtland Härjedalen ser positivt på att en målsättning är att kommunikation ska kunna ske med användare i andra länder så att lösningen kan bidra till operativ samverkan över nationsgränsen. Det är av stor vikt vid gränsöverskridande insatser mot Norge och en god förutsättning för att det arbete som påbörjats med sammankoppling av Nödnet och Rakel kan utvecklas vidare och i framtiden även kan komma att omfatta mobil datakommunikation inom ordning, räddning och hälsa.

7.7 Spektrumfrågor
Det framstår i detta avsnitt som något otydligt huruvida de 20 MHz som PTS tidigare föreslog skulle ha täckningskrav är samma frekvenser som nu ska reserveras för samhällsaktörerna. Region Jämtland Härjedalen funderar på om det kan behövas ett förtydligande i utredningen kring detta, då behovet av båda utrymmena finns enligt vårt perspektiv.

Kommer 700 MHz utrymmet fortfarande att kunna medge 20 MHz med täckningskrav för glesbygd som PTS tidigare föreslog? Det förslaget från PTS skulle vara mycket viktigt för Jämtland Härjedalen då det skulle reducera ca hälften av de ”vita fläckar” som finns i länet idag. Förtydligandet i promemorian bör leda till att klargöra om det ena sker på bekostnad av det andra eller om det möjligen går att kombinera.

8.2 Samhällets bredbandsmål
Det är särskilt positivt att utredningen konstaterar att utvecklingen av infrastruktur för ett särskilt samhällsnät även bidrar till uppfyllandet av bredbandsmålet. Region Jämtland Härjedalen anser ur ett glesbygdsperspektiv att det krävs statlig medverkan av till exempel

finansiering då incitament på den privata marknaden saknas och den mobila infrastrukturen kräver en fiberinfrastruktur så långt det är möjligt.

9.1.1. Finansiering för ny kommunikationslösning

Region Jämtland Härjedalen noterar, och förstår, att det under en begränsad period blir nödvändigt med en viss dubblering av abonnemang för tal – och datakommunikation och vill påtala att det är mycket viktigt att staten tar ansvar för att kostnaderna hålls nere så långt som möjligt för användarna. Region Jämtland Härjedalen har enligt nuvarande abonnemangsavgift för Rakel höga kostnader om man slår ut det per invånare och skulle ha svårt att klara ytterligare kostnadsökningar. Vi tillstyrker därav utredningens slutsats att det kan finnas fördelar med ett sammanhållet ansvar för samhällsaktörernas mobila lösningar och Rakel systemet både vad avser tekniska samordningsvinster och finansiella förutsättningar. Vi tillstyrker också att det finns skäl att hålla isär roller inom kravställning, tillsyn och kontroll respektive ägande, drift och förvaltning.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Ann-Marie Johansson (S)
Regionstyrelsens ordförande

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Regeringskansliet

Remiss

2017-03-15
Ju2017/02347/SSK

Justitiedepartementet
Enheten för samordning av samhällets krisberedskap
Departementssekreterare
Maria Pereswetoff-Morath
08-405 47 53
070-337 03 56

Departementspromemorian Kommunikation för vår gemensamma säkerhet (Ds. 2017:7)

Remissinstanser

1 Riksrevisionen
2 Polismyndigheten
3 Säkerhetspolisen
4 Kriminalvården
5 Myndigheten för samhällsskydd och beredskap
6 Kustbevakningen
7 Migrationsverket
8 Kommerskollegium
9 Försvarsmakten
10 Försvarets materielverk
11 Försvarets radioanstalt
12 Totalförsvarets forskningsinstitut
13 Försäkringskassan
14 Socialstyrelsen
15 Folkhälsomyndigheten
16 Pensionsmyndigheten
17 Riksgäldskontoret
18 Tullverket
19 Finansinspektionen
20 Ekonomistyrningsverket

21 Skatteverket

22 Länsstyrelsen Gotlands län

23 Länsstyrelsen i Jönköpings län

24 Länsstyrelsen i Skånes län

25 Länsstyrelsen i Stockholms län

26 Länsstyrelsen i Västerbottens län

27 Länsstyrelsen Västmanlands län

28 Statskontoret

29 Upphandlingsmyndigheten

30 Fortifikationsverket

31 Statens fastighetsverk

32 Sveriges meteorologiska och hydrologiska institut

33 Strålsäkerhetsmyndigheten

34 Affärsverket svenska kraftnät

35 Elsäkerhetsverket

36 Statens energimyndighet

37 Post och telestyrelsen

38 Trafikverket

39 Sjöfartsverket

40 Luftfartsverket

41 Transportstyrelsen

42 Konkurrensverket

43 Försvarshögskolan

44 Kungl. Tekniska högskolan

45 Kungl. Ingenjörsvetenskapsakademien

46 Tillväxtverket

47 Regelrådet

48 Statens jordbruksverk

49 Statens veterinärmedicinska anstalt

50 Livsmedelsverket

51 Lantmäteriet

52 Sveriges Kommuner och Landsting

53 Bjurholms kommun

54 Bodens kommun

55 Bollnäs kommun

56 Boxholms kommun

57 Eda kommun

58 Göteborgs kommun

59 Hallsbergs kommun

60 Jönköpings kommun

61 Kristinehamns kommun

62 Kungälvs kommun

63 Lekebergs kommun

64 Leksands kommun

65 Lidköpings kommun

66 Ljusdals kommun

67 Luleå kommun

68 Malmö kommun

69 Markaryds kommun

70 Nynäshamns kommun

71 Oskarshamns kommun

72 Ronneby kommun

73 Sandvikens kommun

74 Solna kommun

75 Sollefteå kommun

76 Stockholms kommun

77 Storfors kommun

78 Surahammars kommun

79 Trelleborgs kommun

80 Trollhättans kommun

81 Örnsköldsviks kommun

82 Hallands läns landsting

83 Jämtlands läns landsting

84 Stockholms läns landsting

85 Skåne läns landsting

86 Östergötlands läns landsting

87 SOS Alarm

88 Teracom

89 Sjöräddningssällskapet

90 Energiföretagen Sverige

91 IT & Telekomföretagen

92 Hi3G

93 Net1

94 Netnod

95 SES Astra AB

96 Tele 2

97 Telenor

98 Telia

Remissvaren ska ha kommit in till Justitiedepartementet senast den **15 maj 2017**. Vi ser gärna att svaren skickas i elektronisk form via e-post till JU.SSK@regeringskansliet.se i både word och pdf-format. Vi skulle uppskatta om filnamnet är Regeringskansliets diarienummer (utan snedstreck), Ju2017/02347/SSK, följt av remissinstansens namn.

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

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

Frågor under remisstiden kan ställas till Maria Pereswetoff-Morath, e-post maria.pereswetoff-morath@regeringskansliet.se, telefon 08-405 47 53.

Önskas ett fysiskt exemplar av remissen, vänligen kontakta Monique Karlsson, e-post JU.SSK@regeringskansliet.se, telefon 08-405 94 34.

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

Cecilia Löfgren
Departementsråd

Kopia till:
Wolters Kluwers kundservice, 106 47 Stockholm

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

2017-03-16

RS/683/2017

Sammanfattning av remiss

Länk till hela remissen

Bakgrund

Aktörer inom allmän ordning, säkerhet, hälsa och försvar har idag påtagliga och ökande behov av ett tillförlitligt och säkert system för mobil datakommunikation. Det gäller såväl i det vardagliga arbetet som för kommunikation, samverkan och ledning i krisberedskap och för hantering av olyckor och mer omfattande händelser i hela hotskalan. Det nuvarande samhällsnätet för Rakelsystemet avser främst talkommunikation och har alltför begränsad kapacitet för mobil dataöverföring. Rakel behöver därför kompletteras och på sikt helt ersättas med ett modernare system som kan hantera även realtidsöverföring av data och rörliga bilder. Samhällsutveckling och förändrade säkerhetspolitiska förutsättningar ökar kraven på att utveckla en lämplig mobil och säker lösning.

Överväganden och förslag i punktform

Utredningen kan på mer övergripande nivå konstatera att

- en säker och tillgänglig mobil kommunikationslösning förutsätter betydande statlig kontroll och rådighet,
- en robust, dedikerad samhällslösning med avsatt spektrum ger basal kapacitet för aktörernas datakommunikation, på sikt även för talkommunikation,
- ett utökat samhällsnät kan ge ökade förutsättningar att nå regeringens bredbandsmål i glesbygd,
- kompletterande samverkan med kommersiella operatörer kan ge ökad redundans, täckning och kapacitet,
- ett utökat samhällsnät innebär initialt mer omfattande kostnader än kommersiella alternativ, men ger långsiktig samhällsnytta, där lösningen kan utvecklas etappvis med löpande värdering och successiva beslut. Det ger möjligheter att balansera kraven på samhällskontroll, funktionalitet och ekonomi.

Uppdraget

Som följd av tidigare myndighetsutredningar från Myndigheten för samhällsskydd och beredskap samt Post- och telestyrelsen har ytterligare underlag kring en framtida säker

kommunikationslösning erfordrats. Regeringskansliet beslutade sommaren 2016 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att klarlägga behoven och lägga förslag om hur de ska tillgodoses och realiseras. I uppdraget betonas vidare att kraven mer generellt ökar på bättre mobiltäckning och bredbandstillgång i alla delar av Sverige. Lösningar bör därför så långt möjligt sökas för att förena dessa intressen.

Utredningen lämnade i enlighet med uppdraget en inledande delrapport kring aktörernas behov, de krav som bör ställas på ett utvecklat och säkert kommunikationssystem samt inriktningsförslag för en lösning. En utveckling förordades mot en framtida hybridmodell med lämplig statlig kontroll och avvägning mellan offentlig och kommersiell infrastruktur. I slutrapporten utvecklas och konkretiseras dessa frågor ytterligare med förslag om samlad lösning, tidplan och finansiering.

Användarkrets

Samhällets utveckling och förändringar i omvärlds- och säkerhetsläge påverkar hur användarkretsen kan och bör utformas. Utredningen diskuterar detta med utgångspunkt från användningen av nuvarande Rakelsystem och de tekniska möjligheter som framtida mobila kommunikationslösningar medger. En utökad krets kan komma att omfatta upp till 100 000 användare.

Behov och krav

Tidigare utredningsinsatser har i betydande omfattning redovisat de behov och krav som en framtida kommunikationslösning ska tillgodose. Betydande variation kan dock noteras för olika händelsetyper och mellan olika aktörer, t.ex. avseende datakapacitet och tjänster. Utredningens kravprofil tar sin utgångspunkt i genomfört arbete, internationella bedömningar och dagens Rakelsystem. Det innebär hög täckning och tillgänglighet, med successiv utbyggnad mot uppställda mål.

En grundläggande fråga gäller i vilken utsträckning samhället ska ställa krav på mer direkt kontroll och rådighet, som för Rakelsystemet, eller om upphandling av tjänster från kommersiella teleoperatörer kan anses tillräckligt.

Internationell utblick

De internationella exempel som hittills utvecklats med motsvarande nya mobila kommunikationslösningar, är av olika slag. Kommersiellt upphandlade lösningar från allmänna operatörer förekommer, liksom mer dedikerade nät och samhällslösningar. Avgörande är geografiska utgångspunkter, samhällsförhållanden, nationell telekommarknad och infrastruktur samt andra lokala förutsättningar. Därtill spelar tillgång på lämpligt spektrum och finansiella resurser avgörande roll.

Tekniska förutsättningar

Kommunikationslösningen ska baseras på s.k. LTE teknikutveckling, med anknytning till den drivkraft som nya standarder, utveckling av tjänster och produkter på marknaden ger förutsättningar för.[1] Det är en internationellt sett allmänt accepterad grundsyn, som baseras

på såväl tekniska som ekonomiska överväganden. Utredningen diskuterar detta i relation till nätarkitektur, kapacitetsfrågor och samverkansmöjligheter inför utformning av lämplig framtida lösning för samhällsaktörerna. En rad olika hybridmodeller med varierande grad av samhällskontroll är möjliga. Driftsäkerhetsfrågor i kommersiella nät jämförs med högre ställda krav på robusthet och skydd mot olika hot och risker i samhällsnät. Planering, upphandling och konkurrens utgör frågeställningar som får betydelse, oavsett utformning av lösningen.

Utredningens förslag på lösning

En samlad lösning med tillräckligt långtgående statlig kontroll och rådighet eftersträvas. Det ger förutsättningar för att långsiktigt säkra medborgarvärden och kritiska samhällsfunktioner i en tid av försämrat säkerhetspolitiskt läge och förändrade samhällsrisker.

Utredningen föreslår en etappvis utbyggd hybridlösning mellan staten och en eller flera kommersiella operatörer för långsiktig säker mobil, ip-baserad tal- och datakommunikation för aktörer inom allmän ordning, säkerhet, hälsa och försvar. Det är viktigt att kunna använda den statliga infrastruktur som redan finns. Offentliga och kommersiella strukturer och resurser kan användas och balanseras så att funktionskrav, kontroll, säkerhet och ekonomi optimeras. Kommunikationslösningen ska vara tydligt normerad, dvs. användas av utpekade aktörer och i de verksamheter som staten fastställer.

Förslaget till lösning omfattar utveckling av säkra statliga kärn- och stamnät med betydande fiber- och radiolänkinfrastruktur. Därtill föreslås successiv uppbyggnad/förtätning i prioriterade områden av statligt radioaccessnät med tilldelat dedikerat frekvensutrymme om 2×10 MHz i 700 MHz-bandet. Resterande delar av bandet bör utanordnas till marknaden med väl avvägda villkor. Det kan avse bredbandstäckning i glesbygd och prioritet för samhällsaktörers kommunikation i allmänt nät. På sikt bör vid behov även ytterligare spektrumresurs i 700 MHz-bandet kunna avsättas för samhällsaktörernas talkommunikation, i takt med att nuvarande Rakelsystem fasas ut och tal kan inkluderas i lösningen.

Staten föreslås samverka med en eller flera kommersiella operatörer genom inplaceringar och överenskommelser om nationell roaming, som sammantaget med samhällsnätet ger god täckning, kapacitet och redundans för aktörernas mobila datakommunikation, på sikt även tal. Lösningen ska anknyta till den marknadsdrivna utveckling som kännetecknar LTE-systemet avseende standarder, produkter och tjänster. Det ger förutsättningar att upphandla till rimligt pris, utan långtgående kundanpassningar och utdragna ledtider.

Statligt etablerad radioinfrastruktur i glesbygd och andra prioriterade områden möjliggör inplacering av kommersiella operatörers aktiva utrustning, där marknadskrafterna tidigare varit för svaga. Kommunikationslösningen kan därmed medverka till att samhällets bredbandsmål kan nås.

---

[1] Globalt driven utveckling av standarder inom 3GPP för effektiva mobila lösningar med ökad överföringskapacitet och minskad tidsfördröjning.

Kostnader och finansiering

En lösning förordas som bygger på finansiering, ägarskap och förvaltning som tillvaratar befintliga finansiella och andra resurser inom Myndigheten för samhällsskydd och beredskap och det statligt ägda bolaget Teracom AB. Det skapar ekonomiska förutsättningar, statlig rådighet och underlättar senare infasning i lösningen av talbaserad kommunikation från nuvarande Rakelsystem.

Modellen bygger långsiktigt på avgiftsfinansiering av systemet, dess drift och underhåll genom intäkter från abonnemang och inplaceringar i statens master. Därtill förutsätts vissa inledande kapitalbehov. Utbyggnad av ett statligt dedikerat radionät sker i processform, där successiva investeringsbeslut prövas mot hur väl systemet kan möta kraven och skapa värde för samhället.

Under en inledande tvåårsetapp föreslås att inemot 1,5 mdkr avsätts för utveckling av statens samhällsnät genom dedikerat kärnnät, stamnät och radionät med inplacering av LTE radioutrustning i befintlig infrastruktur samt helt nya siter i glesbygd. Därtill träffas överenskommelser om roaming i allmänna nät med kommersiella operatörer.

Successiva beslut om investeringar i radionätet planeras under påföljande treårsperiod omfatta cirka 3 mdkr med fortsatt fokus på glesbygdstäckning, nyttjande av statlig infrastruktur och samverkan med kommersiella operatörer. Vidare utbyggnad och konsolidering av det statliga nätet prövas löpande med en fortsatt årlig investeringsnivå i storleksordningen 300 mnkr.

Under lösningens inledande fas då Rakel ännu är i bruk kan viss dubblering av abonnemang för tal- och datatjänster visa sig nödvändigt. Ett gemensamt utvecklingsmässigt och finansiellt ansvar för systemen bör då tas. Kostnader för säker tal- och datakommunikation bör under en sådan period samordnas kostnadsmässigt till en för aktörerna hanterlig och rimlig nivå.

Den angivna genomförandeplanen utformas som en process med ett antal etapper. Det möjliggör successiv erfarenhetsåterkoppling som grund för beslut om investeringar mot bakgrund av tillgängliga resurser, funktionalitet och säkerhet för den samlade lösningen. Utformningen av den etappvisa utbyggnad som utredningen föreslår behöver diskuteras och detaljplaneras ur en rad aspekter. Skyndsam utbyggnad i prioriterade områden, som glesbygd, behöver balanseras mot rent ekonomiska överväganden och tidsmässiga förutsättningar.

Konsekvenser av utredningens förslag

Ett riskbaserat synsätt utgör en viktig utgångspunkt för utveckling av en framtida kommunikationslösning med tillräcklig kapacitet för aktörer inom allmän ordning, säkerhet, hälsa och försvar. Utredningen anlägger sitt riskperspektiv främst med avseende på om förslaget till lösning realiseras eller inte. De bakomliggande riskerna avser olyckor och oväntade händelser i samhället som aktörerna ska hantera. Här ingår också risker för att informationsinnehåll manipuleras eller avtappas om inte en säker lösning under statlig kontroll tillämpas. Ytterst gäller det svårigheter för aktörerna att bedriva nödvändiga

krisberedskaps- och samordningsuppgifter för att bistå allmänhet och företag, skydda liv och egendom. På en mer övergripande samhällsnivå kan brist på en säker kommunikationslösning innebära ökade risker för tillväxt av organiserad brottslighet, antagonistisk verksamhet och oönskade händelser. Samhällsaktörernas krisberedskapsförmåga och möjligheter att avvärja och hantera kriser kan i brist på lämpliga verktyg försämras långsiktigt. Bristande förmåga kan få särskilt stora konsekvenser vid större olyckor och allvarliga händelser, liksom i tider av höjd beredskap eller krig.

Utredningen diskuterar de övriga konsekvenser som genomförandet av lösningen och utbyggnad av ett samhällsnät kan få för myndigheter, företag och enskilda. Det berör även sådana samhällsmål som avser bredbandstäckning och sysselsättning.

Alternativa lösningar

Kostnaderna för alternativa lösningar kan bli avsevärt lägre än för ett utökat statligt samhällsnät, i vart fall under en inledande period. Kostnaderna kan dock variera betydligt, särskilt på längre sikt, eftersom flera olika alternativ kan anges. Avgörande är vilka långsiktiga krav som ställs med avseende på kontroll, säkerhet, robusthet och därmed tillgänglighet. Av betydelse blir även den långsiktighet som kan uppnås genom upphandlingsförfaranden och den osäkerhet som kan komma att gälla investeringar i kostnadsdrivande faktorer som nya siter, reservkraft etc. En lösning helt baserad på kommersiella lösningar är svårbedömd och innebär finansiell osäkerhet. Därtill kommer den osäkerhet för aktörernas verksamhetskritiska förmåga som bristande statlig kontroll och rådighet innebär.

Även andra förhållanden kan påverkas vid val av alternativ lösning. En fullt kommersiell lösning innebär ökade förutsättningar för vissa av landets mobiloperatörer jämfört med om staten helt eller delvis utvecklar en egen lösning. För olika typer av underleverantörer av utrustning och tjänster bedöms det inte innebära större skillnader. Även vid alternativa lösningar förutsätts nödvändig utbyggnad av siter i glesbygd och förstärkning av befintlig infrastruktur med transmission, reservkraft etc., vilket innebär betydande kostnader. Viss sådan utveckling bedöms kunna ske med stöd av regulatoriska åtgärder. Samhällsstöd till allmänna operatörers infrastruktur måste därtill ske med beaktande av konkurrensneutralitet och får inte riskera att bedömas som otillåtet statsstöd.

Sammanfattningsvis kan konstateras att alternativa lösningar kan uppnås till lägre kostnader än utredningens huvudförslag under en inledande period om 5–10 år. Funktionaliteten kan i en alternativ lösning bli mycket god och även innebära vissa säkerhetsvinster genom att verksamhetskritisk kommunikation kan döljas i de allmänna nätens omfattande trafik och olika frekvensband. En konkurrensdriven verksamhet ger vidare god teknisk och kompetensmässigt utvecklingstakt i de allmänna näten. På samhällsnivå kan fördelar även uppnås genom den förstärkning av robusthet i de allmänna mobilnäten som behöver utvecklas. Sådana fördelar skulle komma även allmänna abonnenter till godo.

Svagheter i alternativa lösningar rör främst informationssäkerheten och den bristande robusthet som kännetecknar de allmänna näten. Det innebär betydande risker för sviktande tillgänglighet vid överbelastning och oförutsedda händelser. En förstärkning kan ske i viss

utsträckning, men knappast för de omfattande systemen i sin helhet. Därtill saknar samhället möjlighet att utöva den mer direkta kontroll och rådighet över systemet som dagens och framtidens förhållanden med betydande säkerhet kan komma att kräva.

19

Uppdrag till regionstyrelsens ordförande att besluta om svar på remiss av delbetänkandet Digitalförvaltning.nu

RS/728/2017

2017-05-02

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

RS/728/2017

Uppdrag till regionstyrelsens ordförande att besluta om svar på remiss av delbetänkandet Digitalförvaltning.nu

Ärendebeskrivning

Region Jämtland Härjedalen har getts möjlighet att lämna synpunkter på delbetänkandet digitalförvaltning.nu (SOU:2017:23). Delbetänkandet är en del av Utredningen om effektiv styrning av nationella digitala tjänster som ska slutrapporteras i december 2017.

Utredningen anser att det behövs en övergripande plan för att stärka digitaliseringen av den offentliga sektorn. Enligt planen, som enligt utredningen bör bestå av följande sju punkter, ska

- regeringen besluta om ett mål för övergången till digital förvaltning,
- regeringen klargöra vilka de offentliga åtagandena ska vara i den nationella digitala infrastrukturen,
- myndigheternas uppdrag preciseras, både avseende vad som gäller generellt och vad som är specifikt för vissa myndigheter,
- myndigheternas och kommunernas arbete med att bygga ut den digitala förvaltningen följas upp genom självutvärdering och verifiering,
- samarbetet mellan staten, kommunerna och landstingen ges fastare former genom överenskommelser och uppföljning,
- informationssäkerhet och integritetsskydd beaktas i varje skede av arbetet med att bygga ut den digitala förvaltningen,
- de centrala statliga uppgifterna i arbetet att utveckla den offentliga förvaltningen samlas hos en myndighet

Utredningen bedömer att Ekonomistyrningsverket är bäst lämpad att ta emot uppdraget om ett samlat ansvar för digitaliseringen av den offentliga sektorn. En alternativ lösning kan vara att E-legitimationsnämnden utvecklas till att omfatta hela det samlade ansvar som utredningen föreslår.

Utredningen föreslår att regeringen inför en rätt för enskilda och företag att få myndighetspost elektroniskt, Mina meddelanden, och att alla statliga myndigheter ska skicka myndighetspost elektroniskt om inte regeringen beslutar annat. Utredningens bedömning är att inom ett par år måste i princip all myndighetspost vara digital.

Synpunkterna ska vara Finansdepartementet tillhanda senast den 27 juni 2017. För att kunna använda tiden fullt ut föreslås att regionstyrelsens ordförande efter samråd med regionstyrelsens 2: vice ordförande fattar beslut om remissvaret.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsens ordförande får i uppdrag att ta beslut om svar på remiss om delbetänkande digitalförvaltning.nu (SOU 2017:23), efter samråd med regionstyrelsens 2:e vice ordförande.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Mikael Ferm
Regionstabschef

Utdrag till

Regionsekreterare

Regeringskansliet

Remiss

2017-03-22
Fi2017/01289/DF

Finansdepartementet

Remiss av betänkande digitalförvaltning.nu (SOU 2017:23)

Remissinstanser

1. Riksrevisionen
2. Riksdagens ombudsmän
3. Kammarrätten i Stockholm
4. Justitiekanslern
5. Domstolsverket
6. Polismyndigheten
7. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap
8. Migrationsverket
9. Datainspektionen
10. Styrelsen för ackreditering och teknisk kontroll
11. Försvarsmakten
12. Försvarets materielverk
13. Totalförsvarets rekryteringsmyndighet
14. Försäkringskassan
15. Myndigheten för delaktighet
16. Pensionsmyndigheten
17. E-hälsomyndigheten
18. Tullverket
19. Ekonomistyrningsverket
20. Skatteverket

Telefonväxel: 08-405 10 00
Webb: www.regeringen.se

Postadress: 103 33 Stockholm
Besöksadress: Jakobsgatan 24
E-post: fi.registrator@regeringskansliet.se

21. Kronofogdemyndigheten
22. Kammarkollegiet
23. Arbetsgivarverket
24. Länsstyrelsen i Norrbotten
25. Länsstyrelsen i Skåne
26. Länsstyrelsen i Västernorrland
27. Länsstyrelsen i Västra Götalands län
28. Statskontoret
29. Statens tjänstepensionsverk
30. Statens servicecenter
31. E-legitimationsnämnden
32. Konsumentverket
33. Allmänna reklamationsnämnden
34. Statens skolverk
35. Stockholms universitet
36. Linköpings universitet
37. Mittuniversitetet
38. Umeå universitet
39. Centrala studiestödsnämnden
40. Naturvårdsverket
41. Havs- och vattenmyndigheten
42. Sveriges meteorologiska och hydrologiska institut
43. Post- och telestyrelsen
44. Trafikverket
45. Sjöfartsverket
46. Transportstyrelsen
47. Konkurrensverket
48. Bolagsverket
49. Tillväxtverket
50. Skogsstyrelsen

51. Statens jordbruksverk
52. Livsmedelsverket
53. Boverket
54. Lantmäteriet
55. Riksarkivet
56. Arbetsförmedlingen
57. Arvidsjaurs kommun
58. Borås kommun
59. Botkyrka kommun
60. Falkenbergs kommun
61. Falu kommun
62. Gnosjö kommun
63. Gotlands kommun
64. Haninge kommun
65. Huddinge kommun
66. Höganäs kommun
67. Jönköpings kommun
68. Karlshamns kommun
69. Karlstads kommun
70. Kiruna kommun
71. Kramfors kommun
72. Linköpings kommun
73. Leksands kommun
74. Malmö kommun
75. Malå kommun
76. Motala kommun
77. Nacka kommun
78. Norrköpings kommun
79. Skellefteå kommun
80. Smedjebackens kommun

81. Stockholms kommun
82. Svenljunga kommun
83. Södertälje kommun
84. Trollhättans kommun
85. Trosa kommun
86. Täby kommun
87. Uddevalla kommun
88. Uppsala kommun
89. Västerås kommun
90. Åre kommun
91. Älmhults kommun
92. Örebro kommun
93. Östhammars kommun
94. Överkalix kommun
95. Jämtlands läns landsting
96. Norrbottens läns landsting
97. Skåne läns landsting
98. Stockholms läns landsting
99. Västra Götalands läns landsting
100. Östergötlands läns landsting
101. Regelrådet
102. Sveriges Kommuner och Landsting
103. Almega
104. Bring Citymail Sweden AB
105. Dataföreningen i Sverige
106. Digimail
107. Funka Nu AB
108. Företagarna
109. Handelshögskolan i Stockholm
110. IIS – Internetstiftelsen i Sverige

111. Inera AB
112. IT & Telekomföretagen
113. Kivra Sverige AB
114. Lika Unika
115. Landsorganisationen i Sverige
116. PostNord Sverige AB
117. Svenskt Näringsliv
118. Sveriges Akademikers Centralorganisation
119. Sveriges Konsumenter
120. Teknikföretagen
121. Tjänstemännens Centralorganisation

Remissvaren ska ha kommit in till Finansdepartementet **senast den 27 juni 2017**. Remissvaren skickas i elektronisk form till fi.registrator@regeringskansliet.se och fi.df.remisser@regeringskansliet.se, gärna i både word- och pdf-format och med ett filnamn som innehåller remissinstansens namn. I remissvaret anges Regeringskansliets diarienummer Fi2017/01289/DF.

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

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

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

Frågor under remisstiden kan ställas till Anneli Hagdahl, e-post anneli.hagdahl@regeringskansliet.se, telefon 08-405 37 32.

Önskas ett fysiskt exemplar av remissen, vänligen kontakta Maria Solberg, e-post maria.solberg@regeringskansliet.se, telefon 08-405 21 13.

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

Magnus Bengtson
Departementsråd

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

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

2017-03-31

RS/728/2017

Sammanfattning av remiss av delbetänkandet digitalförvaltning.nu (SOU 2017:23)

Länk till Remiss av delbetänkandet digitalförvaltning.nu (SOU 2017:23)

Sammanfattning

Sverige behöver en förvaltningspolitik för en nationell digital infrastruktur. Sverige har halkat efter jämförbara länder när det gäller digital förvaltning. Orsaken är främst, enligt utredningens bedömning, ett medvetet val att delegera ansvaret för arbetet med e-förvaltning till myndigheterna. Att arbetet varit framgångsrikt i många avseenden kompenserar inte för de begränsningar detta inneburit.

Regeringen har avstått från att använda de styrinstrument som står till buds t.ex. genom att inte formulera styrande mål för vad som ska uppnås och förtydliga vilka uppdrag myndigheterna har när det gäller förvaltningens digitalisering. Utredningen anser att politiken för digital förvaltning bör utformas mot bakgrund av dess roll i den nationella digitala infrastrukturen. En prioriterad fråga är vad som ska vara det offentliga åtagandet i denna infrastruktur, både i principiella termer och i fråga om vilka tjänster som det offentliga ska tillhandahålla.

Utredningen anser att det behövs en övergripande plan för att stärka digitaliseringen av den offentliga sektorn. Enligt planen, som enligt utredningen bör bestå av följande sju punkter, ska

- regeringen besluta om ett mål för övergången till digital förvaltning,
- regeringen klargöra vilka de offentliga åtagandena ska vara i den nationella digitala infrastrukturen,
- myndigheternas uppdrag preciseras, både avseende vad som gäller generellt och vad som är specifikt för vissa myndigheter,
- myndigheternas och kommunernas arbete med att bygga ut den digitala förvaltningen följas upp genom självutvärdering och verifiering,
- samarbetet mellan staten, kommunerna och landstingen ges fastare former genom överenskommelser och uppföljning,

- informationssäkerhet och integritetsskydd beaktas i varje skede av arbetet med att bygga ut den digitala förvaltningen,
- de centrala statliga uppgifterna i arbetet att utveckla den offentliga förvaltningen samlas hos en myndighet.

Samla ansvaret för digitaliseringen hos en myndighet

I uppdraget att analysera hur digitaliseringen i den offentliga sektorn kan stärkas genom att, inom ramen för den befintliga myndighetsstrukturen, samla ansvaret för dessa frågor till en myndighet har utredningen dels analyserat vilka befogenheter och uppgifter som ansvaret ska innehålla, dels vilken myndighet som är bäst lämpad att ta hand om uppdraget.

Utredningen föreslår att det i det samlade ansvaret, från och med den 1 juli 2018, ska samlas uppgifter och uppdrag som flera olika aktörer har redan i dag. Dessa uppgifter är av olika karaktär och varaktighet. Dessutom har utredningen identifierat flera nya, eller i vissa fall ”nygamla”, uppgifter som bör ingå i uppdraget.

Verksamheten i det samlade ansvaret ska bidra till att de offentliga myndigheterna uppnår målen för den digitala förvaltningen. I uppdraget ska ingå att ge stöd till regeringen i principiella och strategiska frågor om den offentliga sektorns digitalisering. Dessutom ska ingå att stödja regeringens arbete när det gäller frågor om den offentliga sektorns digitalisering som Europeiska Unionen och internationella samarbetsorgan behandlar.

I uppdraget ska ingå att ansvara för att stödja statliga myndigheters och kommuners digitala utveckling och genomförandet av nationella digitala tjänster, samt vidta eller föreslå sådana åtgärder som behövs för att säkerställa en effektiv och ändamålsenlig digitalisering av den offentliga förvaltningen. Uppdraget ska vidare innebära rätten att meddela föreskrifter i fråga om verkställigheten av författningar om den statliga förvaltningens digitalisering. I uppdraget ska även ingå att säkerställa att myndigheterna har tillgång till en ändamålsenlig infrastruktur när det gäller standarder eller liknande krav som ska vara gemensamma för elektroniskt informationsutbyte.

Uppdraget innebär att samarbeta med myndigheter som svarar för administrativt stöd, inköpssamordning och upphandlingsstöd och därigenom verka för effektivitet och användning av verksamhetsanpassad informationsteknik inom den offentliga sektorn, samt att beakta intresset av innovationer och teknikneutrala lösningar. I förslaget ingår att E-legitimationsnämndens verksamhet inordnas i det nya samordningsuppdraget och att nämndens uppgifter förs över till den myndighet som får detta uppdrag. I samordningsuppdraget ingår därutöver att, något senare, ta över ansvaret för Mina meddelanden och Min myndighetspost.

Enligt utredningen behöver säkerhetsfrågorna integreras i digitaliseringen av den offentliga sektorn. Utredningens bedömning är att stödet till statliga och kommunala myndigheter behöver stärkas i dessa frågor. Utredningen föreslår därför att det i det samlade uppdraget ska ingå att uppmuntra utarbetandet av uppförandekoder enligt dataskyddsförordningen inom e-förvaltningen, och att samverka med Datainspektionen, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap samt Post- och Telestyrelsen. Detta för att underlätta

myndigheternas arbete med informationssäkerhet och säkerställa en enhetlig hantering av frågor om dataskydd och personlig integritet.

Utredningen föreslår vidare att det vid den myndighet som får det samlade ansvaret ska inrättas ett digitaliseringssamverkansråd som har till uppgift att ge myndighetschefen råd för att främja utvecklingen av den offentliga sektorns digitalisering. En viktig uppgift för digitaliseringssamverkansrådet är att stödja samverkan mellan de olika aktörerna i utvecklingen av digitaliseringen av den offentliga sektorn.

Utredningen bedömer att Ekonomistyrningsverket är bäst lämpad att ta emot uppdraget om ett samlat ansvar för digitaliseringen av den offentliga sektorn. En alternativ lösning kan vara att E-legitimationsnämnden utvecklas till att omfatta hela det samlade ansvar som utredningen föreslår.

Om Mina meddelanden

Utredningen föreslår att regeringen inför en rätt för enskilda och företag att få myndighetspost elektroniskt och att alla statliga myndigheter ska skicka myndighetspost elektroniskt om inte regeringen beslutar annat. Utredningens bedömning är att inom ett par år måste i princip all myndighetspost vara digital. Utredningen anser att de statliga myndigheterna ska gå före och ansluta till och använda Mina meddelanden. Myndigheterna måste även bli bättre på att informera om hur det digitala leveranssättet fungerar, till exempel med avseende på säkerhet, integritet och tillgänglighet men också att enskilda och företag, genom att skaffa en digital brevlåda, bidrar till att de offentliga resurserna kan användas till mer värdeskapande verksamhet.

Utredningen menar att Mina meddelanden behöver en egen författning och föreslår därför att en ny förordning införs som samlar det regelverk som behövs för infrastrukturen. Utredningen föreslår att alla statliga myndigheter på sina webbplatser ska informera enskilda och företag om rätten få försändelser elektroniskt.

Utredningen bedömer vidare att Mina meddelanden bör utvecklas till att bli en nationell digital tjänst för säker och spamfri e-post till företag och enskilda och att Skatteverket tar fram riktlinjer angående vilken typ av meddelanden som myndigheter bör skicka genom Mina meddelanden.

Utredningen föreslår att personuppgiftsansvaret i Mina meddelanden regleras i den nya förordningen om en infrastruktur för säkra elektroniska försändelser och att regeringen utreder och tar ställning till hur offentliga myndigheter ska behandla och förhålla sig till s.k. eget utrymme.

20

Uppdrag till regionstyrelsens ordförande att besluta om svar på remiss SOU 2017:15 Kvalitet och säkerhet på apoteksmarknaden

RS/882/2017

2017-05-02

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

RS/882/2017

Uppdrag till regionstyrelsens ordförande att besluta om svar på remiss SOU 2017:15 Kvalitet och säkerhet på apoteksmarknaden

Ärendebeskrivning

Region Jämtland Härjedalen har getts möjlighet att lämna synpunkter på remiss SOU 2017:15 Kvalitet och säkerhet på apoteksmarknaden.

Utredningen har haft i uppdrag att göra en översyn av apoteksmarknaden. Inriktningen har varit att åstadkomma en säker, effektiv och jämlik läkemedelsförsörjning och en apoteksmarknad med god tillgänglighet och service. I enlighet med direktivet har särskilt fokus lagts på åtgärder i syfte att höja kvaliteten och patientsäkerheten på apoteksmarknaden.

Utredningens betänkande följer huvudrubrikerna:
- Kvalitet och säkerhet på apotek
- Forskning, utveckling och farmaceutiska tjänster
- Leverans- och tillhandahållandeskyldighet av förskrivna läkemedel och varor
- Tillsyn över apoteksmarknaden
- Geografisk tillgänglighet till apotek och läkemedel
- Försäljning av receptfria läkemedel utanför apotek

Synpunkterna ska vara Socialdepartementet tillhanda senast den 11 juli 2017. För att kunna använda tiden fullt ut föreslås att regionstyrelsens ordförande efter samråd med regionstyrelsens 2: vice ordförande fattar beslut om remissvaret.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsens ordförande får i uppdrag att ta beslut om svar på remiss om SOU 2017:15 Kvalitet och säkerhet på apoteksmarknaden efter samråd med regionstyrelsens 2:e vice ordförande.

I tjänsten

Ingela Jönsson

Tjänsteskrivelse

Tf Regiondirektör

Mikael Ferm
Regionstabschef

Utdrag till

Regionsekreterare

Regeringskansliet

Remiss

2017-04-11
S2017/01576/FS

Socialdepartementet

Remiss av betänkande SOU 2017:15 Kvalitet och säkerhet på apoteksmarknaden

Remissinstanser

1 Riksdagens ombudsmän (JO)
2 Riksrevisionen
3 Kammarrätten i Stockholm
4 Förvaltningsrätten i Uppsala
5 Förvaltningsrätten i Stockholm
6 Justitiekanslern (JK)
7 Arbetsmiljöverket
8 Arbetsförmedlingen
9 Datainspektionen
10 Domstolsverket
11 E-hälsomyndigheten
12 Finansinspektionen
13 Folkhälsomyndigheten
14 Försvarsmakten
15 Försäkringskassan
16 Göteborgs universitet
17 Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
18 Jordbruksverket
19 Linnéuniversitetet

Telefonväxel: 08-405 10 00
Fax: 08-723 11 91
Webb: www.regeringen.se

Postadress: 103 33 Stockholm
Besöksadress: Fredsgatan 8
E-post: s.registrator@regeringskansliet.se

20 Kemikalieinspektionen

21 Kommerskollegium

22 Konkurrensverket

23 Konsumentverket

24 Københavns universitet (Department of Pharmacy)

25 Myndigheten för yrkeshögskolan

26 Livsmedelsverket

27 Läkemedelsverket

28 Länsstyrelsen i Dalarnas län

29 Länsstyrelsen i Jönköpings län

30 Länsstyrelsen i Kalmars län

31 Länsstyrelsen i Norrbottens län

32 Länsstyrelsen i Stockholms län

33 Länsstyrelsen i Uppsalas län

34 Länsstyrelsen i Västerbottens län

35 Malmö högskola

36 Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB)

37 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

38 Naturvårdsverket

39 Regelrådet

40 Socialstyrelsen

41 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)

42 Statens medicinsk-etiska råd (Smer)

43 Statens veterinärmedicinska anstalt (SVA)

44 Statskontoret

45 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)

46 Tillväxtverket

47 Tillväxtanalys

48 Umeå universitet

49 Universitetskanslersämbetet

50 Uppsala universitet
51 Verket för innovationssystem (VINNOVA)
52 Vetenskapsrådet
53 Stockholms läns landsting
54 Uppsala läns landsting
55 Södermanlands läns landsting
56 Östergötlands läns landsting
57 Jönköpings läns landsting
58 Kronobergs läns landsting
59 Kalmar läns landsting
60 Blekinge läns landsting
61 Skåne läns landsting
62 Hallands läns landsting
63 Västra Götalands läns landsting
64 Värmlands läns landsting
65 Örebro läns landsting
66 Västmanlands läns landsting
67 Dalarnas läns landsting
68 Gävleborgs läns landsting
69 Västernorrlands läns landsting
70 Jämtlands läns landsting
71 Västerbottens läns landsting
72 Norrbottens läns landsting
73 Bengtsfors kommun
74 Fagersta kommun
75 Eksjö kommun
76 Filipstad kommun
77 Gotlands kommun
78 Gällivare kommun
79 Göteborgs kommun

80 Halmstads kommun
81 Huddinge kommun
82 Hjo kommun
83 Jokkmokk kommun
84 Kalmar kommun
85 Linköpings kommun
86 Malmö kommun
87 Motala kommun
88 Munkfors kommun
89 Norrköpings kommun
90 Norrtälje kommun
91 Ronneby kommun
92 Sandvikens kommun
93 Tyresö kommun
94 Rättvik kommun
95 Staffanstorp kommun
96 Stockholms kommun
97 Sundsvalls kommun
98 Sävsjö kommun
99 Torsby kommun
100 Uppsala kommun
101 Vimmerby kommun
102 Vingåkers kommun
103 Västerås kommun
104 Växjö kommun
105 Åre kommun
106 Örebro kommun
107 Östersunds kommun
108 Admenta AB/ LloydsApotek
109 Almega

110 Apotea AB

111 Apoteksgruppen AB

112 Apotekarsocieteten

113 Apoteket AB

114 Apoteket Hjärtat AB

115 Apoteket Kronan AB

116 Astma- och Allergiförbundet

117 Axfood Närlivs AB

118 DHR-Förbundet för ett samhälle utan rörelsehinder

119 Frans Schartaus Handelsinstitut

120 Föreningen för Generiska läkemedel och biosimilarer (FGL)

121 Handikappförbunden (HSO)

122 Hela Sverige ska leva

123 HIV-Sverige

124 ICA Sverige AB

125 Iktyosföreningen

126 Kommunal

127 Kooperativa förbundet

128 Landsorganisationen i Sverige

129 Landsbygdsmentorerna i Sverige Ekonomisk förening

130 Landsbygdsnätverket

131 Lernia

132 Läkemedelsdistributörsföreningen

133 Läkemedelshandlarna

134 Läkemedelsindustriföreningen (LIF)

135 Menigo Foodservice AB

136 Neuroförbundet

137 Näringslivets Regelnämnd

138 Nätverket för unga för tillgänglighet

139 Nätverket mot cancer

140 Oriola-KD

141 Pensionärernas Riksorganisation (PRO)

142 Prostatacancerförbundet

143 Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet

144 Reumatikerförbundet

145 Riksförbundet för social och mental hälsa

146 Skärgårdarnas Riksförbund

147 SPF Seniorerna

148 Stiftelsen Nätverk för läkemedelsepidemiologi (NEPI)

149 Svensk Bensinhandel

150 Svensk handel

151 Svenska Diabetesförbundet

152 Svenska Läkaresällskapet

153 Svensk sjuksköterskeförening

154 Sveriges advokatsamfund

155 Sveriges Apoteksförening

156 Sveriges Konsumenter

157 Sveriges oberoende apoteksaktörers förening (SOAF)

158 Svenskt Näringsliv

159 Sveriges Farmaceuter

160 Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)

161 Sveriges Läkarförbund

162 Swedish Medtech

163 Tamro AB

164 Unionen

165 Vårdförbundet

166 Vårdföretagarna

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet den 11 juli 2017.

Vi vill att ni endast skickar dem i elektronisk form och då både i wordformat och pdf-format. Remissvaren ska skickas till följande e-postadresser: **s.registrator@regeringskansliet.se** samt **s.fs@regeringskansliet.se**

I remissvaren ska Socialdepartementets diarienummer **S2017/01576/FS** anges.

Frågor under remisstiden besvaras av Mårten Kristiansen, telefon 08-405 55 14 eller marten.kristiansen@regeringskansliet.se alternativt Helena Santesson-Kurti, telefon 08-405 33 11 eller helena.santesson-kurti@regeringskansliet.se.

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

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

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

Torkel Nyman
Departementsråd

Kopia till

Wolters Kluwers kundservice, 106 47 Stockholm

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

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

2017-05-02

RS/882/2017

Sammanfattning av remiss SOU 2017:15 Kvalitet och säkerhet på apoteksmarknaden

Länk till hela remissen

Sammanfattning

Utredningen har haft i uppdrag att göra en översyn av apoteksmarknaden. Inriktningen har varit att åstadkomma en säker, effektiv och jämlik läkemedelsförsörjning och en apoteksmarknad med god tillgänglighet och service. I enlighet med direktivet har särskilt fokus lagts på åtgärder i syfte att höja kvaliteten och patientsäkerheten på apoteksmarknaden.

Utvecklingen på apoteksmarknaden

Utredningen har analyserat hur öppenvårdsapoteksmarknaden som sådan har utvecklats sedan omregleringen samt bedömt pågående trender på marknaden.

Apoteksmarknaden har mognat

Den 31 december 2016 fanns det 1 392 fysiska öppenvårdsapotek i Sverige, jämfört med 929 när marknaden omreglerades 2009. I början på 2017 fanns det cirka 40 olika aktörer på marknaden, av varierande storlek och inriktning och med olika ägande.

Drygt 30 av aktörerna är små fristående apoteksföretag med egna varumärken som tillsammans har knappt ett 40-tal apotek. Inom småföretagarkedjan Apoteksgruppen finns det i dag 177 apotek. Detta kan jämföras med 2013 då det fanns 18 fristående aktörer med 25 apotek samt Apoteksgruppen med 159 apotek.

Tabellen redovisar apotekens samlade omsättning 2009–2016 på öppenvårdsapoteksmarknaden fördelat på tre huvudkategorier.

Öppenvårdsapoteksmarknadens omsättning 2009-2016, miljarder kronor

	2009	2013	2014	2015	2016
Receptförskrivna läkemedel	24,6	25,7	26,8	28,7	30,0
Receptfria läkemedel	3,6	3,7	3,7	3,8	4,0
Handelsvaror och tjänster	3,2	4,5	5,2	5,6	6,1
Totalt	31,4	33,9	35,7	38,1	40,1

Apoteksmarknaden kan enligt utredningen i dag beskrivas som en marknad som i många avseenden mognat. Etableringstakten av nya apotek har stabiliserats till en nivå på drygt två procent per år och samtliga stora apoteksaktörer bedriver sedan 2015 e-handel med läkemedel på nationell nivå. Efter ägarförändringar 2013–2015 ägs inte längre någon av aktörerna av investment- eller riskkapitalbolag. Apoteket AB har inte heller längre en särställning på marknaden.

Branschglidning och nya tjänster på apotek
Det har skett en kontinuerlig branschglidning på marknaden sedan omregleringen. Apotekens försäljning av handelsvaror har ökat från 3,2 miljarder kronor 2009 till 6,1 miljarder kronor 2016. De har ökat även som andel av apotekens försäljning. Det finns i dag ett mer omfattande utbud av olika typer av handelsvaror och en högre andel egna märkesvaror. Även förändrade butikskoncept och nya tjänster på apotek kan i vissa delar ses som en del i detta. Tillhandahållande, information och rådgivning om receptförskrivna och receptfria läkemedel är, trots branschglidningen, fortfarande apotekens kärnverksamhet och utgör 85 procent av omsättningen.

Det finns i dag många olika typer av tjänster på apotek; tjänster med farmaceutiskt utbildad personal, hälsotjänster med koppling till hälsa och vård samt tjänster som kan förbättra tillgängligheten. Vissa tjänster sker mot en avgift och vissa är gratis. En ny företeelse är att apotek, i samarbete med vårdtjänstföretag, erbjuder tjänster med tillgång till läkare. Den totala omfattningen av tjänster är liten, de bedöms omsätta i storleksordningen 10 miljoner kronor per år. Flertalet tjänster erbjuds på ett begränsat antal apotek, men personlig läkemedelsrådgivning erbjuds på många apotek. Utred**SOU**ningen bedömer sammantaget att tjänster på apotek i början på 2017 ännu är ett relativt outvecklat område.

Pågående trender på apoteksmarknaden
De tydligaste pågående trenderna på apoteksmarknaden är enligt utredningen en starkt växande e-handel, fokus på handelsvaror och butiksprofilering samt nyligen påbörjade samarbeten mellan apotek och vårdtjänstföretag. Apotekens e-handel med läkemedel och andra

varor ökade 2016 med nästan 70 procent till 1,7 miljarder kronor. Detta motsvarar 4,2 procent av den totala omsättningen. Utredningen gör en grov uppskattning om att e-handeln 2020 kommer att utgöra 8-15 procent av apotekens samlade omsättning.

Kvalitet och säkerhet på apotek

Regeringen har framhållit att apotekens roll för bättre läkemedelsanvändning ska bli mer uttalad. Det saknas dock en sammanhängande beskrivning av apotekens uppdrag och ansvar. Det finns därför enligt utredningen skäl att tydligare definiera apotekens grunduppdrag.

Apotekens grunduppdrag och huvuduppgifter förtydligas

Utredningen föreslår att apotekens grunduppdrag ska vara att tillhandahålla läkemedel på ett säkert sätt och verka för en god och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning. Huvuduppgifterna ska vara att

- säkerställa att konsumenten så snart som möjligt får tillgång till läkemedel och andra varor
- ge individuellt anpassad information och rådgivning
- i förekommande fall genomföra utbyte av läkemedel och upplysa patienten om att utbyte kommer i fråga och om patientens rätt att mot betalning få det förskrivna läkemedlet eller något annat utbytbart läkemedel.

Detta skapar en gemensam bild av vilka krav som ställs på apoteken och vad som kan förväntas av den offentligt finansierade delen av apoteksverksamheten.

Ökad kvalitet i rådgivning om läkemedelsanvändning

Utredningen har analyserat rapporterade brister i rådgivningen vid apotek, och föreslår flera åtgärder för att öka kvaliteten i rådgivningen och stärka apotekens roll för en förbättrad läkemedelsanvändning.

Endast farmaceut ska få lämna information och rådgivning i samband med receptexpedition. Receptexpedition ska ses som en sammanhängande process där farmaceut ska ansvara för samtliga moment. Det ökar kvaliteten och säkerheten i expeditionerna och ökar förutsättningarna för en ändamålsenlig rådgivning i samband med receptexpedition. Apotekens ansvar att ge individuellt anpassad information om utbyte av läkemedel tydliggörs i lag.

En av apotekens viktiga samhällsuppgifter är att lotsa konsumenten i vägvalet mellan egenvård med receptfria läkemedel eller andra varor, eller hänvisa till rätt vårdnivå. Utredningen bedömer att kvaliteten i egenvårdsrådgivningen varierar stort på apoteken i dag och föreslår därför att det bör krävas minst kompetens som apotekstekniker eller motsvarande för denna uppgift. Detta säkerställer

en lägstanivå och standard för egenvårdsrådgivning.

En farmaceuts skyldighet att i samband med receptexpedition, så långt det är möjligt säkerställa att konsumenten kan använda läkemedlet på rätt sätt ska lyftas från föreskriftsnivå till lag. Som en konsekvens bör föreskrifter ytterligare precisera vad som krävs för att uppfylla skyldigheten. Utredningen har redovisat vad som bör ingå i farmaceutens kontroll- och rådgivningsskyldighet. Särskilda föreskrifter bör precisera vad som krävs av apotek som bedriver ehandel när det gäller rådgivning, men en utgångspunkt är att samtliga apotek omfattas av kraven. Denna reglering förtydligar rådgivningsskyldigheten och apotekens roll för läkemedelsanvändningen.

Farmaceutens dialog med patienten sker ofta under begränsad tid. Patienten är inte heller mottaglig för hur mycket information som helst. Dessa utmaningar ställer höga krav på farmaceutens förmåga att kommunicera och farmaceututbildningarna möter i dag inte fullt ut de behov som finns. Därför föreslår utredningen att examensordningen för både apotekar- och receptarieexamen kompletteras med krav på förmåga att ge individuellt anpassad information och rådgivning om läkemedel. Det innebär att nödvändig kompetens säkerställs och att apotekens förutsättningar att bidra till bättre läkemedelsanvändning ökar. Utredningen bedömer också att kompetensutveckling för apotekspersonal i större utsträckning bör ansluta till apotekens grunduppdrag, för att säkerställa förutsättningarna för att göra säkra expeditioner och ge rådgivning i samband med receptexpedition och egenvård.

Rådgivningsmiljöns utformning, med avseende på skyddet för konsumentens personliga integritet är en förutsättning för att farmaceut ska kunna uppfylla kontroll- och rådgivningsskyldigheterna. Föreskrifter som ställer krav på apotekens lokaler har inte fått genomslag fullt ut i praktiken. Utredningen föreslår därför att dessa krav förtydligas i lag. Det ökar förutsättningarna för att tillämpningen av reglerna får effekt i praktiken, vilket innebär att apoteken kan förbättra rådgivningen och därmed i större utsträckning bidra till bättre läkemedelsanvändning.

Rollen som läkemedelsansvarig förstärks och förtydligas
Den läkemedelsansvarige (LMA) har det övergripande ansvaret för kvalitetsarbetet på apoteken. Utredningen har analyserat LMArollen och konstaterar att den inte fullt ut fungerat för att säkerställa god kvalitet och säkerhet på apoteksmarknaden. Därför föreslås att rollen förtydligas och förstärks. Det ska krävas yrkeserfarenhet och genomgången LMA-utbildning för både receptarier och apotekare för att bli LMA. Rollen ska ses som senior och bemannas med farmaceuter som har djup kunskap och kompetens om de krav som ställs på apoteken. Det ska även införas ett krav på

att LMA har inflytande över hur verksamheten organiseras. Sammantaget förväntas detta stärka LMA-rollens betydelse för kvalitet och säkerhet i verksamheten.

Kraven för apotekstillstånd skärps
Flera av utredningens ovan beskrivna förslag innebär att kraven för att få apotekstillstånd skärps. Den utveckling där nära samarbeten mellan vårdtjänstföretag och öppenvårdsapotek etablerats föranleder dock behov av en översyn av vem som får äga apotek och apotekens möjligheter att äga och samarbeta med vårdtjänstföretag. Läkemedelsverket föreslås få i uppdrag att utreda denna fråga.

Indikatorer för att mäta och följa upp apotekens verksamhet
Det behövs ytterligare incitament för att stimulera aktivt arbete med kvalitet och säkerhet på apoteksmarknaden. Därför föreslås att Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket får i uppdrag att utveckla indikatorer för att mäta och kontinuerligt följa och analysera apoteksmarknaden utifrån de förväntningar som finns från det offentliga. Detta kommer att öka fokus på utveckling och kvalitet i de delar som indikatorerna mäter, vilket ska vara aspekter av verksamheten som bidrar med samhällsnytta.

Forskning, utveckling och farmaceutiska tjänster

Utredningen anser att forskning är en viktig grund för att utveckla apotekens roll för en bättre läkemedelsanvändning. Forskningsoch utvecklingsarbete med fokus på apotekens verksamhet och patienters läkemedelsanvändning ur ett brett samhällsperspektiv har minskat betydligt efter omregleringen. När Apoteket AB:s forsknings- och utvecklingsverksamhet flyttades till Läkemedelsverket blev det en del av en bredare verksamhet, och utrymmet för forskning och utveckling om apotekens bidrag till bättre läkemedelsanvändning fick därmed mindre utrymme. Som kompensation till att Apoteket AB:s renodlade forskning avvecklades, tilldelades Vetenskapsrådet från och med 2010 särskilda medel motsvarande 4 miljoner kronor årligen att fördela till forskning inom farmaci. Under perioden 2011 till 2015 har Vetenskapsrådet beviljat totalt 20 bidrag från det särskilda anslaget, men inte något kopplat till apoteksverksamhet.

Stärkt forskning om apotekens bidrag till patientsäker och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning
Utredningen föreslår att de medel som Vetenskapsrådet i dag fördelar till farmaci i stället ska tilldelas forskning inom samhällsfarmaci. Detta stimulerar forskning som kopplar till apotekens bidrag till patientsäker och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning och ökar förutsättningarna för att nya arbetssätt på apotek prövas och

utvärderas systematiskt. På sikt kan det ge ett värdefullt bidrag till utvecklingen av apotekens roll för läkemedelsanvändningen och samverkan mellan apotek och hälso- och sjukvård. Vidare anser utredningen att Apotekarsocieteten bör sammankalla företrädare för apoteksbranschen, relevanta professioner, akademin och landstingen för att skapa en samverkansgrupp som ska stärka forskning om apotekens bidrag till patientsäker och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning.

Uppdrag om farmaceutiska tjänster på apotek
Utöver vad apoteken förväntas leverera genom grunduppdraget kan farmaceuternas bidrag till bättre läkemedelsanvändning stärkas genom farmaceutiska tjänster, till exempel med fokus på att öka patienters följsamhet till ordinerad behandling. Trots att apoteksaktörer och farmaceuter länge haft en tydlig strävan att utveckla tjänster är verksamheten hittills begränsad och det saknas underlag om effekterna under svenska förhållanden. Internationell forskning pekar däremot på att farmaceutiska tjänster kan bidra positivt till läkemedelsanvändningen och vara kostnadseffektiva för samhället. Offentlig finansiering av en sådan tjänst förutsätter dock att det finns evidens från svenska förhållanden. Utredningen anser att det finns skäl att påskynda utvecklingen av farmaceutiska tjänster för att undersöka om apoteken på så sätt i större utsträckning kan bidra till patientsäker och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning. Därför föreslås att TLV ska få i uppdrag att initiera och utvärdera en försöksverksamhet med en farmaceutisk tjänst på apotek.

Leverans- och tillhandahållandeskyldighet av förskrivna läkemedel och varor

Utredningen lämnar förslag som kommer att leda till ett förbättrat tillhandahållande av läkemedel och andra varor. Fler konsumenter kommer att få sina förskrivna läkemedel i rimlig tid, och kan därmed påbörja sin läkemedelsbehandling snabbare. Servicen på apoteken kan också förväntas utvecklas.

Uppföljning och analys av direktexpedieringsgraden
Efter omregleringen har det framkommit i flera uppföljningar att konsumenternas upplevelse av apotekens tillhandhållande av läkemedel försämrats i samband med omregleringen, men det finns inte någon entydig förklaring till detta. Samtidigt har det framkommit att den så kallade direktexpedieringsgraden fortfarande är cirka 95 procent på apoteken. Direktexpediering innebär att en kund som kommer till ett apotek, utan att ha förbeställt sitt läkemedel, blir expedierad läkemedlet direkt.

Utredningen föreslår att direktexpedieringsgraden ska följas

upp regelbundet och systematiskt. Även orsakerna till den eventuella skillnaden mellan den uppmätta direkexpedieringsgraden och konsumenternas upplevelse av expedieringen, bör undersökas och analyseras. En oberoende aktör bör enligt utredningens bedömning få ansvar för att genomföra mätningarna och analyserna, och föreslår att den myndighet som regeringen bestämmer ska tilldelas uppdraget.

Apotekens ansvar för information och service
Apoteken kan erbjuda olika tjänster och service i de situationer då läkemedel inte kan expedieras direkt. Enligt lag ska apoteken i första hand informera konsumenten om på vilket eller vilka andra apotek som läkemedlet eller varan finns till försäljning. I andra hand ska apotekspersonalen beställa hem läkemedlet till konsumenten för expediering inom 24 timmar. Det finns även tjänster som apoteken själva utformat, och som förbättrar konsumenternas möjligheter att få sina läkemedel och andra varor.

Den bild som förmedlats utredningen är att apoteken generellt sett kan förbättra informationen till konsumenterna, bland annat om lagerstatus på andra apotek.

Inte motiverat med en skyldighet för apoteken att erbjuda hemleverans
Utredningen gör bedömningen att apotek inte bör åläggas en lagstadgad skyldighet att kostnadsfritt erbjuda hemleverans i de situationer då ett läkemedel inte kan direktexpedieras. Flertalet apotekskedjor erbjuder redan i dag hemleveranstjänster inom ramen för deras e-handel, vilket har förbättrat servicen.

En förändrad 24-timmarsregel som är säkrare och tydligare
Den så kallade 24-timmarsregeln efterlevs i dag i hög grad. Regelns utformning med flera undantag leder emellertid till att endast en begränsad andel av de beställningar som görs på apoteken levereras till konsumenten inom 24 timmar. Vid cirka en miljon kundbesök per år får konsumenten inte sitt beställda läkemedel inom 24 timmar.

Utifrån ett konsumentperspektiv finns det därför ett stort behov av att förändra 24-timmarsregeln, så att fler kunder får sina läkemedel dagen efter beställningen. Dagens regel är både otydlig och oförutsägbar, vilket ytterligare motiverar en förändring.

Utredningen föreslår att läkemedel som beställs av öppenvårdsapotek för en enskild kund före klockan 16 en helgfri dag, ska levereras till apoteket senast nästa helgfria dag före klockan 16, om det inte föreligger beaktansvärda skäl. Skyldigheten ska gälla förskrivna läkemedel och varor, som normalt finns tillgängliga hos partihandlaren. Huvudansvaret för att beställda läkemedel för en

enskild kund ska kunna expedieras inom 24 timmar, flyttas genom utredningens förslag från apoteken till partihandlarna.

Förslaget leder till att betydligt fler av konsumenterna än i dag kommer att få sina läkemedel dagen efter beställningen. Det kommer också att bli tydligare för konsumenterna från vilken tidpunkt som ett läkemedel kan expedieras.

Kravet omfattar förskrivna läkemedel och varor som konsumenterna beställer på öppenvårdsapoteken. Övriga läkemedel och varor, som apoteken beställer löpande, inkluderas inte i den förslagna regeln. De kan förväntas levereras på motsvarande sätt som i dag. Den föreslagna regeln ska också ses som en miniminivå för när en konsument ska kunna förvänta sig att få de förskrivna läkemedel som inte har kunnat expedieras direkt på apoteket. Läkemedelsverket ska även fortsättningsvis ha tillsyn över efterlevnaden av regeln, vilket förväntas påverka efterlevnaden positivt.

En reglering av returrätt av läkemedel
Dagens system, med enskilda överenskommelser för returer av läkemedel från öppenvårdsapotek, har diskuterats sedan omregleringen, och skapar osäkerhet och otydlighet för samtliga aktörer. Returrätten påverkar även direktexpedieringsgraden eftersom apoteken inte vill lagerföra läkemedel som sällan efterfrågas eller är dyra, om det inte finns en möjlighet att returnera läkemedlen om ingen expediering till konsument har kunnat ske. Utredningen föreslår därför att det införs en reglering i lag av returer av läkemedel från apotek.

Utredningen gör bedömningen att en reglering av möjligheterna till returer av läkemedel, samt vilka villkor som ska gälla i samband med returer, kommer att förbättra förutsättningarna för apoteken att erbjuda kunderna bättre service vid tillhandahållandet av läkemedel. Det bedöms också leda till ökad tydlighet för samtliga parter, en mer effektiv hantering av returer samt mer lika konkurrensvillkor. Det är dessutom viktigt att villkoren för returrätt är tydliga för att säkerställa nödvändig kvalitet på de läkemedel och varor som returneras.

Utredningens förslag till reglering av returer bygger på de överenskomna returriktlinjer som branschen har tagit fram. Regleringen ska gälla för de läkemedel och varor som omfattas av apotekens tillhandahållandeskyldighet, och Läkemedelsverket föreslås utöva tillsyn över efterlevnaden av regleringen.

Inget förslag om utökade möjligheter att omfördela lager
Det är i dag möjligt för apotek att omfördela läkemedel i akuta situationer, då en patient behöver få tillgång till läkemedel snabbt.

Det finns också en möjlighet att omfördela läkemedel i samband med att ett apotek avvecklas.

Utredningen bedömer att de möjligheter som finns i dag för apotek att omfördela läkemedel är tillräckliga utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv, och lämnar därför inget förslag om utökade möjligheter till omfördelning av lager.

Tillsyn över apoteksmarknaden

Utredningen har sett över tillsynen över apoteksmarknaden och lämnar förslag i syfte att utveckla tillsynen.

Samverkan mellan tillsynsmyndigheterna

Ansvaret för tillsynen över apoteksmarknaden är fördelat på flera myndigheter som utövar tillsyn över samma verksamhet, men utifrån olika perspektiv. Tillsynsansvaret vid Läkemedelsverket, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) tangerar i delar varandra. Det finns även indikationer som tyder på att allmänheten har svårt att orientera sig bland dessa myndigheter.

Utredningens bedömning är att myndigheternas formella ansvar är tydligt reglerat i lagar och förordningar. I praktiken kan dock gränsdragningsproblem och överlappningar uppstå och myndigheterna behöver lösa dessa frågor gemensamt. Därför föreslår utredningen att Läkemedelsverket, TLV och IVO ska få i uppgift att samverka om tillsyn av apoteksmarknaden i syfte att underlätta erfarenhets- och kunskapsutbyte och att bättre kunna planera tillsynen. Tillsynsmyndigheterna har delvis olika metoder för tillsyn och får information om marknaden på olika sätt. Genom att myndigheterna delar kunskap och erfarenheter kan de bidra till varandras tillsynsarbete. Några områden som kan vara relevanta att samarbeta kring är samordnade tillsynsinsatser, information till allmänhet och apoteksaktörer om vilken myndighet som gör vad samt att i dialog med apoteksaktörerna diskutera hur resultatet från tillsynen kan bidra till ökad kunskap. Utredningen bedömer också att Läkemedelsverket och IVO gemensamt bör informera apoteksaktörerna om när en händelse ska anmälas som lex Maria eller allvarlig avvikande händelse. Syftet är att öka kunskapen och ensa bedömningsgrunderna. Detta arbete kan med fördel utföras inom ramen för myndigheternas samverkan.

För att möjliggöra ett bättre informationsutbyte mellan Läkemedelsverket, TLV och IVO avseende tillsyn av apotek, och för att utomstående ska kunna ta del av vissa av resultaten, föreslår utredningen att omfattningen av skyddet för enskilds affärs- och driftsförhållanden

begränsas i Läkemedelsverkets och TLV:s tillsynsverksamhet.

Vidareutveckling av myndigheternas tillsyn
Utredningen har gjort en översyn av tillsynen vid Läkemedelsverket, IVO, TLV och Datainspektionen, och lämnar ett antal förslag för att vidareutveckla myndigheternas tillsyn.

Läkemedelsverket fick 2015 ett regeringsuppdrag att se över hur myndighetens tillsyn över apoteksmarknaden kan utvecklas. Myndigheten lämnade en rad förslag och har även påbörjat ett konkret utvecklingsarbete kring detta. Utredningen ställer sig positiv till detta men bedömer att mer kan göras för att utveckla tillsynen. Utredningen föreslår att Läkemedelsverket ska få i uppdrag att utveckla processen för riskbaserad tillsyn, utveckla återkopplingen till apoteksaktörerna så att resultaten från tillsyn kan leda till lärande samt förenkla anonym anmälan till myndigheten. Läkemedelsverket ska även redovisa hur tillsynen över apoteksmarknaden utvecklats. Utredningen föreslår också att Läkemedelverket får rätt till ytterligare uppgifter från E-hälsomyndigheten i syfte att kunna bedriva en effektiv tillsyn.

IVO:s tillsyn av apotek består till största del av att hantera klagomål och anmälningar, det vill säga reaktiv tillsyn. Utredningen bedömer att IVO bör blir mer proaktiv i tillsynen av apotek och utveckla tillsynen av apoteksmarknaden i samverkan med de övriga tillsynsmyndigheterna.

TLV:s tillsyn skiljer sig från IVO:s och Läkemedelsverkets tillsyn eftersom den till stor del består i att kontinuerligt analysera apotekens försäljningsstatistik. TLV har påbörjat ett utvecklingsarbete inom tillsynen och identifierat tre åtgärder. Dessa är tillsyn av flera aktörer, konsekvent och snabbare handläggning samt tidigare och mer kontinuerlig uppföljning av tillsynsbeslut. Utredningen förslår att TLV får utökade möjligheter att ta ut sanktionsavgifter när apotek inte tillämpar de av TLV fastställda priserna inom läkemedelsförmånerna och när apotek byter ut varor i strid med bestämmelserna i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. Skälet är att TLV behöver en effektivare sanktionsmöjlighet i de fall det finns en systematik i att apoteken bryter mot regelverket, och ett beslut om förbud vid vite inte är verkningsfullt.

Geografisk tillgänglighet till apotek och läkemedel

Det finns fem verktyg som tillsammans bidrar till att säkerställa en god tillgänglighet till apotek och läkemedel i hela landet; fysiska öppenvårdsapotek, statligt bidrag till öppenvårdsapoteksservice, apotekens distanshandel med läkemedel, apoteksombud och försäljning

av vissa receptfria läkemedel utanför apotek.

Varaktigt hållbara förutsättningar för apoteksombud
Det finns i dag 643 apoteksombud över hela landet på platser som saknar fysiska öppenvårdsapotek. Det är endast Apoteket AB som bedriver apoteksombudsverksamhet. Utredningen bedömer att apoteksombud fyller en funktion för att upprätthålla en god tillgänglighet till apotekstjänster och läkemedel i hela landet, och anser därför att ombud ska behållas. Utredningen lämnar ett förslag till regelverk som innebär att det skapas varaktigt hållbara förutsättningar för ombudsverksamhet.

Utredningen förslår att alla apoteksaktörer ska ges möjlighet att inrätta och driva apoteksombud. Andra delar i förslaget till regelverk för ombud är att:

- Det inte ska vara tillåtet att inrätta ombud inom fem kilometers bilväg från fysiska apotek.
- Den som inrättar ombud ska anmäla detta till Läkemedelsverket innan verksamheten påbörjas.
- Ett enskilt apotek ska ansvara för verksamheten hos ombudet.
- Apoteksaktörerna ska genom lager hos ombuden få sälja samtliga receptfria läkemedel för människor och djur. Det ska finnas en 18-årsgräns för sådan försäljning.
- Det ska finnas särskilda krav på apotekens ombudsverksamhet, till exempel avseende hur läkemedlen ska tillhandahållas.
- Det ska inte finnas någon avgift för att inrätta och driva ombud.
- Det ska inte införas något stöd till apotek för att inrätta ombud.

Utredningen föreslår att Apoteket AB tillsvidare fortsätter ha en ägaranvisning med innebörden att bolaget ska bedriva verksamhet genom ombud, i den utsträckning som behövs för att upprätthålla en god läkemedelsförsörjning i hela landet. Formuleringen i dagens anvisning kan behöva justeras.

Fortsatt ekonomiskt stöd till apotek i glesbygd
Tillgängligheten till fysiska apotek har, beroende på vilken del av landet som avses, antingen förbättrats eller varit i det närmaste oförändrad sedan omregleringen. I dag har nästan 99 procent av befolkningen mindre än 20 minuters bilresa till närmaste apotek. Utredningen bedömer att tillgängligheten till apotek överlag är god även om den varierar mellan olika delar av landet. Det bedöms inte ske några omfattande avvecklingar av apotek i glesbygd de allra närmaste åren. Denna bedömning bygger på att det även fortsättningsvis finns ett ekonomiskt stöd till apotek i glesbygd. Utredningen bedömer att dagens stödordning för statsbidrag till apotek i glesbygd är en ändamålsenlig modell som bör behållas.

Apotekens e-handel med läkemedel ett värdefullt komplement

Apotekens e-handel med läkemedel växer starkt sett till såväl omsättning, volym som organisation. Det finns sex olika aktörer som bedriver fullskalig e-handel med läkemedel på nationell nivå, vilket innebär att de har e-handel med receptförskrivna läkemedel för människor och djur och har en leverans- eller utlämningsservice där konsumenter nås i hela eller stora delar av landet. Utredningen bedömer att e-handeln utgör ett värdefullt komplement till fysiska apotek, när det gäller geografisk tillgänglighet till läkemedel. För vissa konsumenter kan detta vara ett bättre alternativ även när de har nära till ett fysiskt apotek.

Inget behov av ytterligare åtgärder
Utredningens samlade bedömning är att de fem analyserade verktygen tillsammans säkerställer en god tillgänglighet till apotektjänster och läkemedel i hela landet. Givet att förslaget om att behålla och skapa varaktigt hållbara förutsättningar för apoteksombud genomförs, samt att det även fortsatt finns ett stöd till apotek i glesbygd, finns det inte något behov av ytterligare åtgärder för att säkerställa den geografiska tillgängligheten.

Försäljning av receptfria läkemedel utanför apotek
Sedan den 1 november 2009 är försäljning av vissa receptfria läkemedel tillåten på andra försäljningsställen än apotek enligt lagen (2009:730) om handel med vissa receptfria läkemedel. Det är Läkemedelsverket som beslutar vilka läkemedel som får säljas utanför apotek. Sortimentet som får säljas utanför apotek är omfattande, men i praktiken är det ett begränsat antal produkter som förekommer i butikerna.

Den som vill sälja receptfria läkemedel utanför apotek ska anmäla detta till Läkemedelsverket innan försäljningen påbörjas. Det finns för närvarande cirka 5 500 anmälda försäljningsställen. Läkemedelsverket har det övergripande tillsynsansvaret över att försäljningsställena följer gällande regelverk. Kommunerna har ansvar för den operativa kontrollen av dem och ska rapportera allvarliga brister till Läkemedelsverket. Det är i nuläget bara Läkemedelsverket som har möjlighet att besluta om sanktioner mot verksamhetsutövare som inte följer regelverket.

Kommunerna och Läkemedelsverket får ett delat tillsynsansvar
Kommunerna har framfört starka önskemål om att i sin kontrollverksamhet få besluta om förelägganden och förbud som kan kombineras med vite. Kommunerna har i dag motsvarande sanktionsmöjligheter i sina tillsynsuppdrag avseende bland annat alkohol, tobak, livsmedel och miljö. Utredningen föreslår att tillsynsansvaret enligt lagen om handel med vissa receptfria läkemedel delas mellan Läkemedelsverket och kommunerna. Kommunerna ska få rätt att besluta om förelägganden och förbud som

kan förenas med vite när det gäller utebliven anmälan av verksamheten och när kraven på verksamheten inte är uppfyllda. Kommuner som har beslutat i ett sådant ärende ska skicka kopia på beslutet till Läkemedelsverket. Kommunerna ska rapportera allvarliga brister till Läkemedelsverket, som då tar över ansvaret för att driva ärendet vidare. Läkemedelsverket bemyndigas att förskriva om vad som ska anses utgöra allvarliga brister.

Kommuner får överlåta tillsynsansvaret på en annan kommun

Kommunerna har inom andra områden, som till exempel alkohol, tobak och livsmedel, möjlighet att köpa tjänster av en annan kommun för att kunna utföra tillsynsuppdraget. Kommunerna har framfört behov av att kunna samverka med andra kommuner även för utförande av kontrollen av receptfria läkemedel, och menar att det är en förutsättning för att alla kommuner ska kunna ha tillgång till kompetens för denna typ av frågor.

Utredningen förslår att kommuner genom avtal ska kunna uppdra åt en annan kommun att utföra kontroller av försäljningen av receptfria läkemedel. En kommun ska dock inte kunna överlåta beslutanderätten i ärenden till en annan kommun.

Tydligare rollfördelning mellan Läkemedelsverket och kommunerna

Både Läkemedelsverket och kommunerna har framfört att dagens rollfördelning mellan Läkemedelsverket och kommunerna beträffande tillsyns- och kontrollansvaret behöver klargöras, och att Läke**SOU** medelsverkets mandat som vägledande myndighet måste tydliggöras. Kommunerna behöver få vägledning om vad det operativa tillsynsuppdraget över läkemedelsförsäljning utanför apotek innebär.

Utredningen föreslår att det i lagen om handel med vissa receptfria läkemedel tydliggörs att Läkemedelsverket ska ge kommunerna information och råd i deras tillsynsverksamhet. Utredningen föreslår vidare att Läkemedelsverket tar initiativ till att öka kunskapen om vilka regler som gäller för försäljning av receptfria läkemedel utanför apotek. Det kan ske genom att myndigheten tar fram ett enkelt informationsmaterial, som också översätts till flera olika språk. Den kunskap som framför allt behöver öka hos verksamhetsutövarna är att sådan försäljning måste anmälas till Läkemedelsverket, vikten av egenkontroll samt att personalen ska hänvisa till farmaceutisk rådgivning i stället för att själva ge råd om läkemedelsanvändning.

Läkemedelsverket får tillgång till uppgifter från E-hälsomyndigheten

Utredningen föreslår att Läkemedelsverket ska få uppgifter om försäljning enligt lagen om handel med vissa receptfria läkemedel

från E-hälsomyndigheten. Läkemedelsverket ska få använda uppgifterna för sin tillsyn över att försäljningsstället lämnar de uppgifter som ska lämnas enligt gällande regelverk och vid behov för kontroll av att de uppgifter som verksamhetsutövaren lämnar till Läkemedelsverket överensstämmer med de uppgifter som har lämnats till Ehälsomyndigheten. Läkemedelsverket föreslås också få tillgång till uppgifter från E-hälsomyndigheten om partihandlarnas leveranser till den som säljer receptfria läkemedel.

Ikraftträdanden och övergångsbestämmelser

Utredningens föreslagna författningsändringar föreslås träda i kraft den 1 juli 2018. Det gäller alla författningsändringar utom kravet på farmaceutisk kompetens för att få expediera läkemedel, som föreslås träda i kraft vid en senare tidpunkt. Eftersom detta krav kan föranleda omfördelning av arbetsuppgifter på apoteken, och kan påverka sammansättningen av bemanningen på apotek, bedömer utredningen att apoteksaktörerna bör ges tid att ställa om sina rutiner kring receptexpedition. Det kravet föreslås därför träda i kraft två år senare än övriga förslag, det vill säga den 1 juli 2020.

Utredningen föreslår också en övergångsbestämmelse för Apoteket AB:s anmälningar av befintliga apoteksombud. Det ger Apoteket och Läkemedelsverket möjlighet att under sex månader efter det att regelverket för apoteksombud börjar gälla sprida ut hanteringen av anmälningarna av befintliga ombud.

Konsekvenser av utredningens förslag

Utredningens förslag syftar till att öka kvalitet och säkerhet på apoteksmarknaden. Utredningen bedömer att förslagen är proportionerliga och inte går utöver vad som är nödvändigt för att uppnå det tänkta syftet. Utredningen lägger inte några förslag som medför ökade nettoutgifter för det offentliga.

Kostnadsmässiga konsekvenser

Det finns många intressenter och aktörer på apoteks- och läkemedelsområdena. De intressenter och aktörer som kan påverkas av utredningens förslag är staten, kommunerna, konsumenterna, apoteksaktörerna, läkemedelstillverkarna, partihandlare med läkemedel och försäljningsställen utanför apotek.

Vissa av utredningens förslag innebär ökade kostnader för Läkemedelsverket, TLV och E-hälsomyndigheten, varav de flesta utgörs av engångskostnader.

Ett antal av utredningens förslag får kostnadsmässiga konsekvenser för apoteksaktörerna. Det handlar främst om förslag som

syftar till att öka kvalitet och integritetsskyddet på apotek, samt förbättra tillgängligheten till läkemedel. Partihandlare med läkemedel kommer att få ökade kostnader till följd av utredningens förslag om en förändrad 24-timmarregel. På längre sikt kan det även påverka läkemedelstillverkarna.

Kommunerna kommer enligt utredningens förslag i vissa fall få besluta om föreläggande som kan förenas med vite vid tillsyn av receptfria läkemedel utanför apotek. Det kommer medföra en ökad kostnad för handläggning. Eftersom kommunerna själva bestäm**SOU** mer vilken avgift de ska ta ut för tillsynen har de möjlighet att finansiera denna kostnad.

Andra konsekvenser
De små företagens förutsättning kommer att påverkas av flera av utredningens förslag, ett förslag bedöms begränsa förutsättningarna för små företag medan övriga förslag bedöms ha positiv påverkan på förutsättningarna.

Utredningens förslag om reglering av apoteksombud samt bedömning avseende bidrag till apotek i glesbygd kan påverka sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet.
De små företagens förutsättning kommer att påverkas av flera av utredningens förslag, ett förslag bedöms begränsa förutsättningarna för små företag medan övriga förslag bedöms ha positiv påverkan på förutsättningarna.

Utredningens förslag om försäljning av vissa receptfria läkemedel utanför apotek innebär en viss utökad statlig tillsyn av kommunal verksamhet. Huvudsyftet med förslaget är dock att underlätta dialogen mellan kommunerna och Läkemedelsverket, vars uppgift är att stödja kommunerna i tillsynsarbetet.

Felaktig läkemedelsanvändning är efter fallskador enligt Socialstyrelsen den vanligaste orsaken till att patienter skadas i vården.
Det handlar framför allt om biverkningar och interaktioner. Felaktig läkemedelsanvändning leder också till kostnader för hälsooch sjukvården. Läkemedelsrelaterad sjuklighet orsakar vårdkostnader på mellan 12 och 19 miljarder kronor varje år, och ungefär hälften av kostnaderna uppstår utanför sjukhusen. Utredningens föreslag fokuserar i stora delar på att öka kvaliteten och säkerheten på apoteksmarknaden. Det är utredningens uppfattning att förslagen sammantaget kommer kunna bidra till en bättre läkemedelsanvändning. Detta leder i sin tur till ett minskat lidande för patienter och minskade kostnader för det offentliga, särskilt inom hälso- och sjukvården.

Det är vanligare att kvinnor besöker apotek än män, och en påtagligt

större andel av de som arbetar på apotek är kvinnor än män. Det kan därför antas att vissa av utredningens förslag generellt kommer påverka kvinnor i högre utsträckning än män.

21

Uppdrag till regionstyrelsens ordförande att besluta om svar på remiss om nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar

RS/985/2017

2017-05-08

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

RS/985/2017

Uppdrag till regionstyrelsens ordförande att besluta om svar på remiss om nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar

Ärendebeskrivning

Folkhälsomyndigheten har på uppdrag av regeringen genomfört en översyn av innehåll och delmål i den nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (S20 l6/03248/FS).

I rapporten presenteras en översyn av huvudmålet och en uppdatering av delmålen för det framtida strategiska arbetet samt internationella åtaganden och folkhälsoperspektivet kopplat till hiv. Dessutom redogörs för epidemiologisk utveckling beträffande hiv och andra sexuellt överförda och blodburna infektioner under perioden 2006-2016 för strategins prioriterade nyckelgrupper samt framtida utmaningar.

Det finns enligt Folkhälsomyndigheten skäl att fastställa fyra delmål:
- att behovs- och kunskapsbaserade hälsofrämjande och förebyggande insatser når hela befolkningen
- att tidigt identifiera och behandla hivinfektion och andra sexuellt överförda och blodburna infektioner
- att stigma och diskriminering relaterad till hiv har upphört
- att öka jämlikhet och jämställdhet i sexuell hälsa

En uppdaterad nationell strategi bör kopplas till Agenda 30 och avsikten är därför att delmålen ska vara uppnådda senast 2030.

Synpunkterna ska vara Socialdepartementet tillhanda senast den 30 juni 2017. För att kunna använda tiden fullt ut föreslås att regionstyrelsens ordförande efter samråd med regionstyrelsens 2: vice ordförande fattar beslut om remissvaret.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsens ordförande får i uppdrag att ta beslut om svar på remiss om Översyn och uppdatering av den nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar efter samråd med regionstyrelsens 2:e vice ordförande.

Utdrag till

Regionsekreterare

Regeringskansliet

Remiss

2017-04-26
S2016/03248/FS

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN
2017 -04- 27

Socialdepartementet

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

Folkhälsomyndighetens återrapportering av regeringsuppdrag om Översyn och uppdatering av den nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar

Remissinstanser

1 Ekonomistyrningsverket
2 Migrationsverket
3 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
4 Socialstyrelsen
5 Statskontoret
6 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering
7 Länsstyrelsen i Dalarnas län
8 Länsstyrelsen i Jönköpings län
9 Länsstyrelsen i Stockholms län
10 Blekinge läns landsting
11 Dalarnas läns landsting
12 Gotlands kommun
13 Gävleborgs läns landsting
14 Hallands läns landsting
15 Jämtlands läns landsting
16 Jönköpings läns landsting
17 Kalmar läns landsting

Telefonväxel: 08-405 10 00
Fax: 08-723 11 91
Webb: www.regeringen.se

Postadress: 103 33 Stockholm
Besöksadress: Fredsgatan 8
E-post: s.registrator@regeringskansliet.se

18 Kronobergs läns landsting

19 Norrbottens läns landsting

20 Skåne läns landsting

21 Stockholms läns landsting

22 Södermanlands läns landsting

23 Uppsala läns landsting

24 Värmlands läns landsting

25 Västerbottens läns landsting

26 Västernorrlands läns landsting

27 Västmanlands läns landsting

28 Västra Götalands läns landsting

29 Örebro läns landsting

30 Östergötlands läns landsting

31 Stockholms kommun

32 Göteborgs kommun

33 Malmös kommun

34 Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)

35 Svenska Barnmorskeförbundet

36 Svenska Läkaresällskapet

37 Svensk sjuksköterskeförening

38 Smittskyddsläkarföreningen

39 Svensk Smittskydds Sjuksköterskeförening

40 Svenska infektionsläkarföreningen

41 Sprututbytet Malmö

42 Sprututbytet Lund

43 Sprututbytet Kristianstad

44 Sprututbytet Kalmar

45 Sprututbytet Helsingborg

46 Sprututbytet Stockholm

47 Noaks Ark

48 Riksförbundet för sexualupplysning (RFSU)

49 Hiv Sverige

50 Oasen

51 Posithivagruppen

52 Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas, transpersoners och queeras rättigheter (RFSL)

53 GayCamp

54 Somaliska Hälsoteamet

55 Kvinnocirkeln i Sverige

56 Kärleksakuten

57 Förbundet Blödarsjuka

58 1000 möjligheter

59 Plattformen Civila Sverige mot Människohandel

60 Riksförbundet Internationella Föreningar för Invandrarkvinnor (RIFFI)

61 Ungdomförbundet för homosexuellas, bisexuellas, transpersoners och queeras rättigheter (RFSL Ungdom)

62 International Federation of Medical Students' Associations (IFMSA)

63 Riksförbundet narkotikafritt samhälle (RNS)

64 Riksförbundet för hjälp åt narkotika- och läkemedelsberoende (RFHL)

65 Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige

66 Svenska brukarföreningen (SBF)

67 Sveriges Kvinnolobby

68 Unizon

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet senast **den 30 juni 2017**. Det finns tyvärr inga möjligheter att begära förlängd remisstid.
Vi vill att ni endast skickar dem i elektronisk form och då både i wordformat och pdf-format. Remissvaren ska skickas till följande e-postadresser: s.registrator@regeringskansliet.se samt s.fs@regeringskansliet.se

I remissvaren ska Socialdepartementets diarienummer **S2016/03248/FS** anges.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i promemorian. Om remissen är begränsad till en viss del av promemorian, anges detta inom parentes efter remissinstansens namn i remisslistan. En sådan begränsning hindrar givetvis inte att remissinstansen lämnar synpunkter också på övriga delar.

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

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

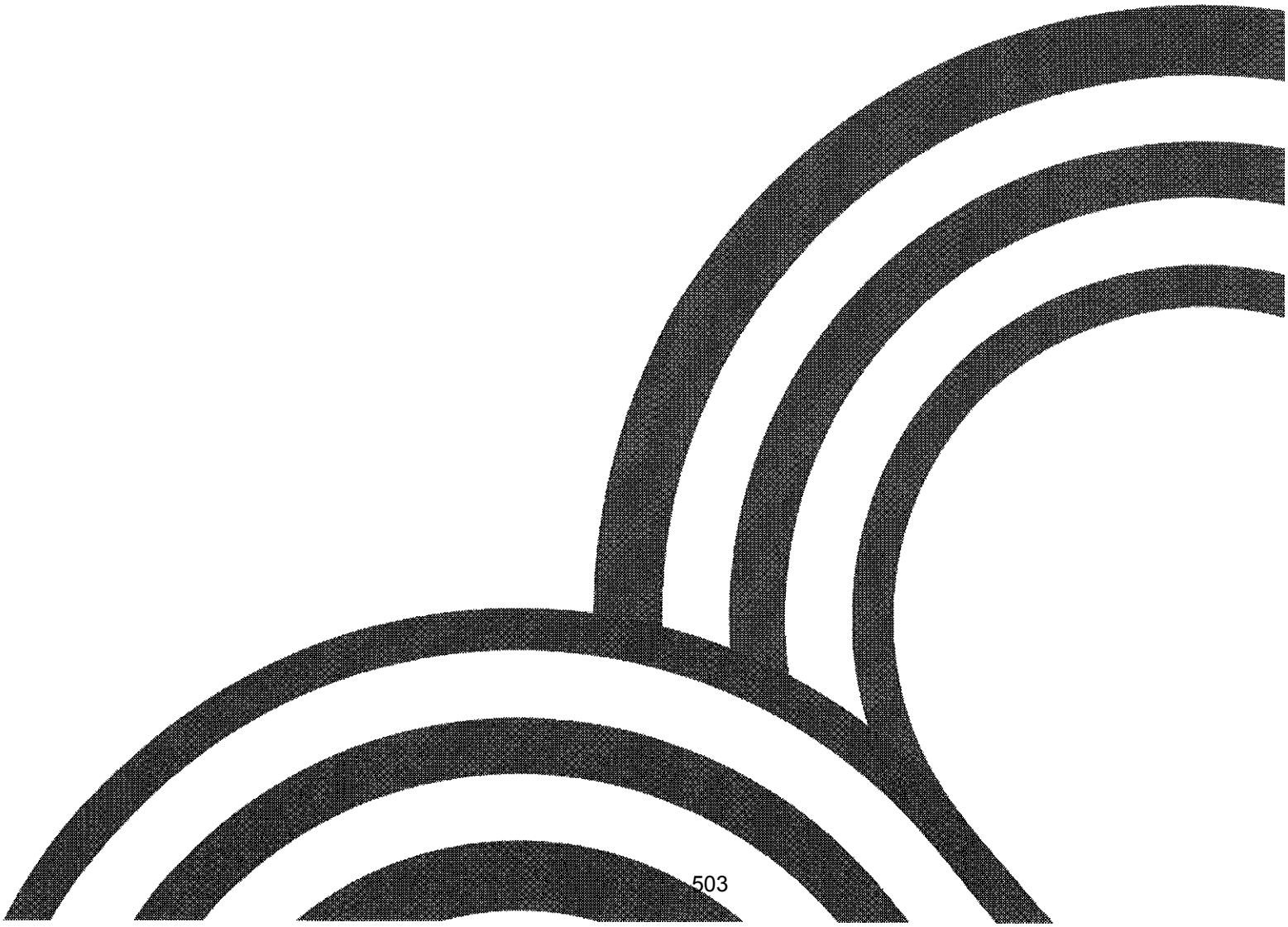
Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria Svara på remiss – hur och varför (SB PM 2003:2). Den kan laddas ner från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Frågor under remisstiden besvaras av Anders Klahr, telefon 08-405 49 81 eller anders.klahr@regeringskansliet.se

Torkel Nyman
Departementsråd

Folkhälsomyndigheten

Översyn och uppdatering av den nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar



Översyn och uppdatering av den nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar

Bindningar och jäv

För Folkhälsomyndighetens egna experter och sakkunniga som medverkat i rapporter bedöms eventuella intressekonflikter och jäv inom ramen för anställningsförhållandet.

När det gäller externa experter och sakkunniga som deltar i Folkhälsomyndighetens arbete med rapporter kräver myndigheten att de lämnar skriftliga jävsdeklarationer för potentiella intressekonflikter eller jäv. Sådana omständigheter kan föreligga om en expert t.ex. fått eller får ekonomisk ersättning från en aktör med intressen i utgången av den fråga som myndigheten behandlar eller om det finns ett tidigare eller pågående ställningstagande eller engagemang i den aktuella frågan på ett sådant sätt att det uppkommer misstanke om att opartiskheten inte kan upprätthållas.

Folkhälsomyndigheten tar därefter ställning till om det finns några omständigheter som skulle försvåra en objektiv värdering av det framtagna materialet och därmed inverka på myndighetens möjligheter att agera sakligt och opartiskt. Bedömningen kan mynna ut i att experten kan anlitas för uppdraget alternativt att myndigheten föreslår vissa åtgärder beträffande expertens engagemang eller att experten inte bedöms kunna delta i det aktuella arbetet.

De externa experter som medverkat i framtagandet av denna rapport har inför arbetet i enlighet med Folkhälsomyndighetens krav lämnat en deklaration av eventuella intressekonflikter och jäv. Folkhälsomyndigheten har därefter bedömt att det inte föreligger några omständigheter som skulle kunna äventyra myndighetens trovärdighet. Jävsdeklarationerna och eventuella kompletterande dokument utgör allmänna handlingar som normalt är offentliga. Handlingarna finns tillgängliga på Folkhälsomyndigheten.

Denna titel kan beställas från: Folkhälsomyndighetens publikationsservice,
e-post: publikationsservice@folkhalsomyndigheten.se.
Den kan även laddas ner från: www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/.

Citera gärna Folkhälsomyndighetens texter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd att använda dem.

© Folkhälsomyndigheten, 20xx.

Artkelnummer: xxxxx
ISBN XXXX (pdf)
ISBN XXXX (print)

Foto/Illustration omslag: Förnamn Efternamn/Bildbyråns namn.
Foto inlaga: s. X Förnamn Efternamn/Bildbyråns namn.

Grafisk produktion: AB Företag.
Tryck: AB Företag, Ort, 20xx.

Förord

Folkhälsomyndighetens återrapportering av regeringsuppdrag om den nationella strategin mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar

Enligt regeringens uppdrag att se över och vid behov lämna förslag på uppdateringar av innehåll, inklusive delmål, i den nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar översänds härmed Folkhälsomyndighetens redovisning.

Beslut i detta ärende har fattats av generaldirektören Johan Carlson. I den slutliga handläggningen har avdelningscheferna Anna Bessö och Anders Tegnell samt enhetschefen Louise Mannheimer deltagit. Utredaren Monica Ideström har varit föredragande.

Innehåll

Folkhälsomyndighetens återrapportering av regeringsuppdrag om den nationella strategin mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar 5

Sammanfattning 8

Inledning 10

Översyn av huvudmål och förslag på uppdatering av delmål 12

Översyn av delmålen i den nationella hivstrategin 18

Hivprevention i ett folkhälsoperspektiv 21

Deklarationer och övrig internationell samverkan och samarbete 24

Hiv i Sverige 26

Personer som lever med hiv 28

Män som har sex med män 31

Personer som injicerar droger 35

Personer med utländsk bakgrund – migranter 38

Unga och unga vuxna 42

Utlandsresenärer 47

Personer utsatta för prostitution 49

Gravida 52

Referenser 56

Bilaga 64

Sammanfattning

Folkhälsomyndigheten har på uppdrag av regeringen genomfört en översyn av innehåll och delmål i den nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (S2016/03248/FS). Grunden för översynen utgörs av epidemiologiska data, beteendevetenskapliga studier, uppföljningar och utvärderingar av aktiviteter och insatser nationellt, regionalt och lokalt. Synpunkter på framtida prioriteringar har inhämtats från nyckelaktörer inom området.

I rapporten presenteras en översyn av huvudmålet och en uppdatering av delmålen för det framtida strategiska arbetet samt internationella åtaganden och folkhälsoperspektivet kopplat till hiv. Dessutom redogörs för epidemiologisk utveckling beträffande hiv och andra sexuellt överförda och blodburna infektioner under perioden 2006-2016 för strategins prioriterade nyckelgrupper samt framtida utmaningar.

Folkhälsomyndigheten konstaterar att den inhemska spridningen av hiv ligger på en låg och stabil nivå, men en ökning av andra sexuellt överförda infektioner, som gonorré och syfilis, har skett de senaste åren samt att klamydiainfektioner är utbredd bland unga och unga vuxna. Hepatit C- spridningen bland personer som injicerar droger är stor. Under perioden har successivt alla som känner till att de har hiv och har kontakt med sjukvården i Sverige fått tillgång till behandling som för de flesta innebär att virusnivåerna är omätbara.

Drygt 7 000 personer lever år 2016 med en diagnostiserad hivinfektion i Sverige. Under den senaste femårsperioden har i medeltal 455 nya fall av hiv rapporterats varje år. Av dessa är 75 procent utlandsfödda, varav majoriteten smittats före ankomsten till Sverige. I Sverige liksom i övriga Europa avspeglar en stor del den epidemiologiska utvecklingen för hiv och till viss del andra sexuellt överförda infektioner människors mobilitet. . Sverige deltar i det internationella hivarbetet globalt, inom EU och regionalt i Sveriges omedelbara närområde och stödjer FN:s, Världshälsoorganisationens och EU:s deklarationer samt rapporterar regelbundet den svenska situationen.

Folkhälsomyndigheten har genomfört en översyn av den nationella strategins samtliga preventionsgrupper: personer som lever med hiv, män som har sex med män, personer som injicerar droger, personer med utländsk bakgrund – migranter, unga och unga vuxna, utlandsresenärer, personer utsatta för prostitution och gravida. Preventionsgruppernas benämning, avgränsning och relevans behöver problematiseras, eftersom människor i regel inte kan tillskrivas en enda grupptillhörighet. Preventionsgrupperna är inte homogena och riskutsatthet och risktagande varierar inom grupperna. Därför behövs såväl generella som behovsanpassade och riktade insatser.

Alla i samhället måste nås av kunskap och information, så att var och en kan göra välgrundade val utifrån en korrekt förståelse av situationen för hiv och övriga infektioner. Det finns en högre förekomst av hiv, sexuellt överförda infektioner,

hepatit B och C i situationer av risktagande, riskutsatthet och marginalisering. Det hälsofrämjande och förebyggande arbetet behöver därför fortsatt prioriteras och upprätthållas på en hög nivå samt utvecklas för att risksituationer och riskbeteenden ska minska. Tidig identifiering av hivinfektion och andra sexuellt överförda och blodburna infektioner minskar smittspridning och förbättrar hälsan hos den enskilde. Uppmärksamhet på och erbjudande om testning behöver därför öka inom primärvården men även generellt inom hälso- och sjukvården. Diskriminerande handlingar och attityder förekommer mot personer som lever med hiv. För att det ska upphöra krävs ökad kunskap och medvetenhet i hela befolkningen. Det finns en ojämlikhet i sexuella hälsa som är kopplad till allas lika rättigheter och möjligheter till en god sexuell hälsa. Det innebär också rätten till kunskap för att kunna göra egna välgrundade val och ta egna beslut.

Huvudmålet för samhällets insatser bör fortsatt vara att:

Begränsa spridning av hiv och andra sexuellt överförda och blodburna infektioner samt begränsa konsekvenserna av dessa infektioner för samhället och den enskilde.

Det finns enligt Folkhälsomyndigheten skäl att fastställa fyra delmål:

- att behovs- och kunskapsbaserade hälsofrämjande och förebyggande insatser når hela befolkningen
- att tidigt identifiera och behandla hivinfektion och andra sexuellt överförda och blodburna infektioner
- att stigma och diskriminering relaterad till hiv har upphört
- att öka jämlikhet och jämställdhet i sexuell hälsa

En uppdaterad nationell strategi bör kopplas till Agenda 30 och avsikten är därför att delmålen ska vara uppnådda senast 2030.

Inledning

Regeringen beslutade den 4 maj 2016 att ge Folkhälsomyndigheten i uppdrag att se över och vid behov lämna förslag på uppdateringar av innehåll och delmål för den nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (S2016/03248/FS). I uppdraget ingick en muntlig delrapportering den 1 oktober 2016, och denna skriftliga avrapportering den 1 mars 2017.

Folkhälsomyndigheten har sedan myndigheten bildades 2014 uppdraget att samordna, följa upp och fördela statsbidrag för det nationella arbetet utifrån den nuvarande strategin. Innan dess utfördes dessa uppgifter av Socialstyrelsen (2006–2010) och Smittskyddsinstitutet (2010–2013). Anslaget 2:4, Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar (145,5 miljoner kronor) har under strategiperioden 2006–2016 disponerats av ansvarig myndighet. Merparten har fördelats utifrån en årlig överenskommelse mellan Sveriges Kommuner och Landsting och regeringen, men sedan 2013 enligt förordning 2013:666 till landsting och kommuner (95 miljoner) och enligt förordning 2006:93 till ideella organisationer (21 miljoner). Resterande medel (29,5 miljoner) har myndigheten disponerat för samordning, uppföljning och insatser av nationellt intresse. Användningen av anslaget, uppnådda resultat och effekter samt i förekommande fall specifika utredningsuppdrag, har varje år rapporterats till regeringen med utgångspunkt i myndighetens regleringsbrev.

Huvudmålet för den befintliga strategin är att samhällets insatser ska begränsa spridningen av hivinfektion och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar. Konsekvenserna ska också begränsas för samhället och individen. Följande delmål gäller för arbetet:

- Antalet nyupptäckta fall av hivinfektion där smittöverföringen skett i Sverige ska halveras till år 2016.
- Hivinfektion hos asylsökande och nyanlända anhöriginvandrare ska identifieras inom två månader och för övriga grupper som vistats i högendemiska områden inom sex månader.
- Kunskapen om hiv/aids och om hur det är att leva med sjukdomen ska förbättras i offentlig verksamhet, i arbetslivet och i samhället i stort.

Folkhälsomyndigheten har gjort en översyn av utvecklingen under 2006–2016 av strategins delmål samt av det förebyggande arbetet riktat till strategins preventionsgrupper. Grunden för översynen utgörs av epidemiologiska data, beteendevetenskapliga studier, uppföljningar och utvärderingar av aktiviteter och insatser nationellt, regionalt och lokalt.

Under hösten 2016 bjöd Folkhälsomyndigheten in 45 nyckelaktörer till en hearing om hiv-och förebyggande av sexuellt överförda infektioner (STI) i Sverige. De fick möjlighet att diskutera prioriterade områden för delmål i det framtida arbetet. Hearingen sammanställdes i en rapport som underlag i översynsarbetet. Höstens samverkansmöten med det civila samhällets organisationer, landstingens kontaktpersoner samt samverkansgruppen för hiv- och STI-prevention ägnades åt fortsatta diskussioner om de prioriterade områdena.

I del 1 av rapporten redovisar Folkhälsomyndigheten en översyn av huvudmålet och ger förslag på en uppdatering av delmål för det framtida strategiska arbetet mot hiv, STI och hepatiter. I del 2 redovisas en översyn av nuvarande delmål, internationella åtaganden och folkhälsoperspektivet kopplat till hiv. Myndigheten ger också förslag på en uppdatering av framtida prioriteringar, redovisar den epidemiologiska utvecklingen och delar av förebyggande insatser för strategins samtliga preventionsgrupper. Översynen berör inte organisering av eller förutsättningar och resurser för det framtida arbetet.

För att underlätta läsandet benämns i rapporten den nuvarande strategin mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar den nationella hivstrategin.

Bilaga

Epidemiologisk utveckling för hiv och andra sexuellt och blodburna infektioner samt tuberkulos i Sverige under perioden 2006–2016. Ytterligare epidemiologisk statistik finns på www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/sjukdomsstatistik/

Översyn av huvudmål och förslag på uppdatering av delmål

Målet för samhällets insatser bör vara att:

Begränsa spridning av hiv och andra sexuellt överförda och blodburna infektioner samt begränsa konsekvenserna av dessa infektioner för samhället och för den enskilde

Den inhemska spridningen av hiv ligger på en låg och stabil nivå, men en ökning av antalet inhemska fall av andra sexuellt överförda infektioner, som gonorré och syfilis, har skett de senaste åren. Förekomsten av klamydiainfektion är utbredd bland unga och unga vuxna. Den inhemska spridningen av hepatit C, bland personer som injicerar, är stor. Risktagande och en riskutsatthet får konsekvenser för samhället och den enskilde. Det hälsofrämjande och förebyggande arbetet med hiv och andra sexuellt överförda och blodburna sjukdomar behöver därför fortsatt prioriteras och upprätthållas på en hög nivå. Landsting och kommuner ansvarar för det förebyggande arbetet inom området i samverkan med civila samhällets organisationer. Arbetet sammanfaller till stor del med det hälsofrämjande och förebyggande arbetet för sexuell och reproduktiv hälsa. Som en del av folkhälsopolitiken ska det ske integrerat med arbetet för en god hälsa i hela befolkningen, och de övergripande målen i Agenda 2030 bör komma till uttryck. Alla i samhället måste nås av kunskap och information, så att var och en kan göra välgrundade val utifrån en korrekt förståelse av situationen för hiv och övriga infektioner i Sverige, Europa och övriga världen.

En rad av de områden som lyfts i tidigare internationella deklarationer och senast i den särskilda sessionen om hiv och aids som hölls i FN i juni 2016 har också relevans för arbetet med att förebygga och minska konsekvenserna av hiv och aids i Sverige. I juni 2016 antogs målet att senast 2030 ha utrotat aidsepidemin. Upprätthållandet av de mänskliga rättigheterna och att arbetet måste nå alla betonades också. Hiv är en global angelägenhet och det nationella arbetet bör inkludera relevanta internationella åtaganden. Utifrån det nationella arbetet och samordningen ska Sverige upprätthålla internationellt samarbete och följa upp deklarationer och andra överenskommelser rörande hiv och aids. Sverige uppnådde, som ett av de första länderna i världen, redan hösten 2016 målet 90-90-90 som satts av UNAIDS[1]. Talen står för att 90 procent av de som bär på hiv ska känna till att de bär på hiv, att 90 procent av dem som känner till sin status får behandling och att 90 procent av dem som får behandling ska ha omätbara virusnivåer i blodet.

[1] FN:s program för arbetet med hiv och aids. The Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS)

Uppbyggnad och underlag för det svenska arbetet och dess utformning ska bygga på kunskap utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Det förebyggande arbetet ska betonas. I det arbetet ska Sverige också upprätthålla och utveckla epidemiologisk övervakning, stödja forskning som ger underlag för det preventiva arbetet samt ha en systematisk och regelbunden uppföljning och utvärdering av effekter av det förebyggande arbetet. Riskfaktorer som oskyddat sex och hälsofrämjande faktorer som sex- och samlevnadsundervisning bör följas nationellt, regionalt och lokalt.

Viktiga principer i det framtida strategiska arbetet är skyddet av sexuella rättigheter och acceptans av mångfald, liksom självbestämmande för den enskilda människan och det personliga ansvaret att respektera och skydda sig själv och andra.

Enligt Folkhälsomyndighetens bedömning finns det skäl att fastställa fyra delmål:

- att behovs- och kunskapsbaserade hälsofrämjande och förebyggande insatser når hela befolkningen
- att tidigt identifiera och behandla hivinfektion och andra sexuellt överförda och blodburna infektioner
- att stigma och diskriminering relaterad till hiv har upphört
- att öka jämlikhet och jämställdhet i sexuell hälsa

En uppdaterad nationell strategi bör kopplas till Agenda 2030 och avsikten är därför att delmålen ska vara uppnådda senast 2030. Det sammanfaller också med målet för hiv och aids i FN:s deklaration för 2016. Folkhälsomyndigheten föreslår också att en halvtidsuppföljning av en uppdaterad nationell hivstrategi genomförs.

1. Att behovs- och kunskapsbaserade hälsofrämjande och förebyggande insatser når hela befolkningen.

Ett brett och effektivt hälsofrämjande och förebyggande arbete ska finnas i hela landet. Ansvaret ligger främst hos landsting och kommuner, framförallt storstadskommunerna, och ska bygga på omvärldsanalys och epidemiologisk utveckling. Civila samhällets organisationer kan stödja och förstärka arbetet. Viktiga förebyggande åtgärder för att minska risken att få hiv och andra STI är användandet av kondom med nya eller tillfälliga partner samt förmågan att kunna kommunicera om sex och värdera risker. Studier visar att de flesta är positiva till att föreslå eller spontant använda kondom. Personer som injicerar droger behöver ha tillgång till egna rena sprutor och kanyler. Kunskapen om var man kan testa sig för hiv liksom inställningen till testning behöver förbättras. De som överför hiv till andra vet oftast inte att de bär på hiv. Tillgängligheten till testning måste därför säkras generellt men särskilt för riskutsatta och marginaliserade personer. Ett såväl generellt som riktat hälsofrämjande och förebyggande arbete behövs för att risksituationer och riskbeteende ska minska.

Vem som helst kan få en sexuellt överförd infektion men antalet sexuella partners, sexuell praktik och psykosociala faktorer påverkar sårbarhet och risk att smittas. Precis som tidigare träffas och skapar människor relationer på många olika arenor, men internet har delvis förändrat det sätt på vilket människor möts och umgås. Sexuellt beteende och förmågan att kommunicera påverkas för både individer och grupper. Utbildningsnivå och ekonomiska villkor påverkar också förmågan att ta till sig kunskap som motiverar till förändring av levnadsvanor.

Preventionsgruppernas benämning, avgränsning och relevans behöver problematiseras, eftersom människor i regel inte kan tillskrivas en enda grupptillhörighet. Grupptillhörighet kan också skifta över tid. Det måste finnas en medvetenhet om att individer som kategoriseras som tillhörande en preventionsgrupp på samma gång även kan tillhöra en eller flera andra grupper. Detta måste beaktas vid prioritering och planering av förebyggande arbete liksom vid genomförande, uppföljning och redovisningar i form av statistik. Lika förutsättningar till hälsa innebär att man behöver nå hela befolkningen med generella erbjudanden för att identifiera dem som är riskutsatta och riskerar ohälsa.

Det finns en högre förekomst av hiv, sexuellt överförda infektioner, hepatit B och C i situationer av risktagande, riskutsatthet och marginalisering. Hiv kan inte ses isolerat utan i ett sammanhang med andra sexuellt och blodöverförda infektioner. De har liknande eller sammanfallande smittvägar, och de har högre förekomst i sammanfallande grupper. Även tuberkulos förekommer i Sverige, om än i liten utsträckning, bland personer som lever med hiv. Risken att insjukna i tuberkulos ökar väsentligt vid obehandlad hiv. Testning för andra infektioner ska övervägas till personer som testats positivt för hiv.

Hiv, hepatit B och C och andra sexuellt överförda infektioner är inte jämt fördelat i befolkningen. Sårbarhet och riskfaktorer varierar. För att uppnå större effekt och ett optimalt utnyttjande av tillgängliga resurser bör förebyggande insatser, testning, behandling och sjukvårdstjänster vara i linje med människors behov och kompletteras med aktiviteter som främjar de berördas kunskap och möjlighet att ta kontroll över sin hälsa. Preventionen behöver vara integrerad med arbetet att främja sexuell hälsa och när det är relevant mot injektion av droger, så att flera behov kan mötas samtidigt. Interventioner behöver anpassas till den rådande förekomsten i olika miljöer.

2. Att tidigt identifiera och behandla hivinfektion och andra sexuellt överförda och blodburna infektioner

Under de senaste 10 åren har successivt alla som känner till att de har hiv och har kontakt med sjukvården i Sverige fått tillgång till effektiv behandling. Men fortsatt behöver antalet personer som lever med hiv utan att veta om det, det så kallade

mörkertalet[2], minska och diagnosen av hivinfektion måste ske så snart det är möjligt. Personer som har ett reaktivt test, som visar att personen har hiv, tas idag om hand inom hälso- och sjukvården utan dröjsmål och får effektiv behandling. Att inte ha testats och fått en hivdiagnos är därför det största hindret för att få behandling. Uppmärksamhet på och erbjudande om hivtest behöver därför öka både inom primärvården och akutsjukvården. Att ta ett hivtest måste vara enkelt. Det ska aldrig ifrågasättas eller problematiseras, utan alltid finnas att tillgå vid förfrågan inom hela hälso- och sjukvården. Möjligheten till anonym testning ska finnas överallt där testning erbjuds.

De senaste åren har antalet rapporterade fall av hiv, i Sverige, varit runt 450 varje år. Bland dem finns nyanlända migranter som har en hivinfektion när de kommer till Sverige. Alla asylsökande ska enligt lag erbjudas en hälsoundersökning där erbjudande om testning för hiv, hepatit B och tuberkulos ingår. Ett riktat arbete behövs till alla som kommer från eller har vistats i högendemiska områden eller som i Sverige lever i ett sammanhang med en ökad förekomst av hiv. Uppmärksamhet på behov av testning av hiv och andra sexuellt och blodöverförda infektioner och vaccination för Hepatit B behöver alltid finnas inom hälso- och sjukvården. Testning för hiv erbjuds också inom det civila samhället med stöd av utbildad personal, men även kamratrådgivare. Möjlighet till självtaget prov för klamydia och gonorré finns i Sverige. I flera europeiska länder förekommer det även att man skickar in ett självtaget prov för hiv eller testar sig själv hemma. Utvärderingen och uppföljningen av det kommer också att påverka det svenska arbetet. Förebyggande behandling med läkemedel, preexpositionsprofylax (PrEP)[3] används i flera länder i Europa som en prevention för personer med hög risk att få hiv. En strukturerad användning och uppföljning av PrEP planeras i Sverige.

3. Att stigma och diskriminering relaterad till hiv har upphört

Samhället ska säkerställa att kunskapen om hiv och hepatit och skillnaden mellan hiv och aids samt hur det är att leva med en kronisk infektion fortsatt förbättras i offentlig verksamhet, arbetslivet och samhället i stort. En tillåtande och accepterande omgivning skapas genom ökad kunskap och medvetenhet i hela befolkningen och behovet av det är särskilt viktigt bland personer som arbetar på myndigheter och inom kommun och landsting. Bemötande av personer som lever med hiv och hepatit B och C samt tuberkulos ska ske professionellt och kunskapsbaserat vid myndighetsutövning och inom vård och omsorg. Tillgången till bästa tillgängliga behandling och uppföljning ska säkerställas oavsett, ålder,

---

[2] Mörkertalet beräknas kontinuerligt av Folkhälsomyndigheten utifrån fallanmälningar och sammanställningar från blodcentralernas infektionsscreening och med beaktande av den svenska epidemins karaktär (www.folkhälsomyndigheten.se).

[3] Preexpositionsprofylax (PrEP) innebär att ett läkemedel mot hiv ges i förebyggande syfte till personer som bedöms löpa risk för att smittas med hiv.

kön, sexuell identitet eller praktik, bostadsort, etnisk eller kulturell och socioekonomisk bakgrund.

Trots att kunskapen om och bemötandet av personer som lever med hiv har förbättrats och kunskapen om hiv ökat i befolkningen sedan 1980-talet finns fortsatt fördomar och rädsla. Sexuellt och blodöverförda infektioner skapar ofta stigma. Diskriminering och fördomar kan möta människor som lever med blodburna infektioner men också personer som är marginaliserade. Okunskap om hivinfektion och hur den överförs är en grund för fördomar och intolerans mot personer som lever med hiv, och kan bidra till att personer som varit utsatta för eller utsatt sig för risk undviker att testa sig. Det medför att personer med hiv inte får möjlighet till medicinsk behandling. Den nationella hivstrategin pekar på att man bör eftersträva en normalisering av hiv, och att ett framgångsrikt preventivt arbete mot hiv förutsätter att åtgärder riktas mot diskriminering och stigmatisering av personer som lever med hiv. Kunskap om den låga smittsamheten vid välbehandlad hiv behöver spridas för att påverka och förändra både attityder och beteenden.

Diskriminerande handlingar och attityder förekommer och riktas mot personer som lever med hiv. Enligt studien *Att leva med hiv i Sverige* har två aspekter av stigma betydelse för livskvaliteten: oron för vad andra tycker om ens hivinfektion och självstigma (negativ självbild på grund av hivinfektionen). Rädslan för stigmatisering gör att var femte person som lever med hiv inte vågar berätta. Av dem som berättat för någon i sin omgivning att de lever med hiv upplever de flesta att de får det stöd som de behöver. Sverige ska vara ett samhälle där personer som lever med hiv är fullt ut accepterade och har goda livsvillkor under hela livet. Personer som lever med hiv och andra riskutsatta grupper ska involveras i frågor som berör dem nationellt, regionalt och lokalt.

4. Att öka jämlikhet och jämställdhet i sexuell hälsa

Sexuell hälsa innebär ett tillstånd av fysiskt, emotionellt, mentalt och socialt välbefinnande relaterat till sexualitet, inte bara frånvaro av sjukdom, dysfunktion eller svaghet. Den ojämlikhet som finns i sexuell hälsa måste upphöra. Med ökad jämlikhet och jämställdhet avses de faktorer som går att påverka på en övergripande samhällelig nivå. Även en hälsofrämjande bild måste förmedlas, eftersom sexualitet är en av hälsans bestämningsfaktorer.

En grundläggande förutsättning för att begränsa spridningen av sexuellt och blodöverförda infektioner är allas lika rättigheter och möjligheter till en god sexuell hälsa. I sexuella rättigheter ingår att bestämma över sin egen kropp och sexualitet. Det innebär också rätten till kunskap för att kunna göra egna välgrundade val och ta egna beslut. En del av det förebyggande arbetet, generellt men också riktat, är att minska sexuellt risktagande och öka användande av skydd för både sexuellt överförda infektioner och oönskade graviditeter. FN och den svenska regeringen har slagit fast att mäns våld mot kvinnor ska upphöra. I det ingår även att

förebygga och eliminera sexuellt våld och tvång, för att minska psykisk och fysisk ohälsa. Ett genusperspektiv behövs när man utformar allt förebyggande arbete. Den deklaration som FN antog 2016 pekar på att dessa förutsättningar måste byggas upp och respekteras för att utrota aids.

Hela befolkningen behöver få kunskaper om mänskliga rättigheter, som även omfattar sexuella rättigheter, samt normer och värderingar som påverkar och lagstiftning inom området. De strukturella förutsättningarna påverkar graden av jämställdhet och jämlikhet i ett samhälle, vilket i sin tur påverkar över- och underordning och möjligheten för en god sexuell hälsa. Ett normkritiskt perspektiv sätter fokus på rättigheter, begränsande strukturer och normer.

Skolan har ett stort ansvar, eftersom sexualundervisningen är en obligatorisk del av skolans arbete och skolan i sig är obligatorisk och når alla under barn och ungdomsåren. Vetenskapliga studier pekar entydigt på skolan som den bästa arenan för att ge kunskap om sex och samlevnad, förutsatt att undervisningen är tillräckligt omfattande, involverar eleverna samt att lärarna är utbildade inom området. Internationella studier visar att en tydlig läroplan är en viktig förutsättning. Undervisningen har idag fokus på jämställdhet, relationer och sexualitet. Skolan måste utöver det ge eleverna tillräcklig kunskap om sexuell hälsa samt hiv och andra sexuellt överförda infektioner, för att eleverna ska kunna göra egna val som främjar den sexuella hälsan. Undervisningen måste bygga på kunskap, struktur och metoder som grundas på den vetenskap som finns inom området.

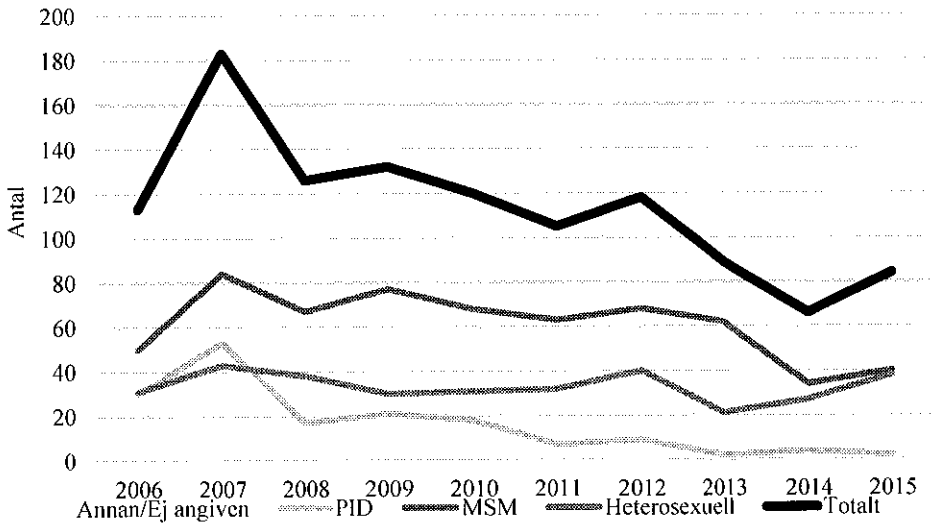
De värderingar som råder i samhället sprids genom många olika kanaler. Den som kommer till Sverige som ung vuxen eller vuxen måste också nås av kunskap om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Samhället har det yttersta ansvaret för att de normer och värderingar som omfattas av majoritetssamhället och som baseras på kunskap och lagar når hela befolkningen. Samhället ansvarar också för att alla nås av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet.

Många unga, men inte alla, nås idag av skolans undervisning om sex och samlevnad. Skolan måste anpassa och säkerställa att alla känner sig inkluderade och får förutsättningar att tillgodogöra sig kunskapen. Det gäller till exempel unga nyanlända, unga hbtq-personer, unga som är omhändertagna på institution, unga med erfarenhet av att använda sex mot ersättning, unga med funktionsnedsättning och unga som befinner sig i riskutsatta situationer. Mottagningar inom landsting, kommuner och civila samhället som arbetar med att främja sexuell hälsa och förebygga sexuell ohälsa måste vara platser som är tillgängliga och där alla känner sig trygga och inkluderade. Möjligheten till enskilda personliga samtal om sex och samlevnad finns idag på ungdomsmottagningar, men når i stor utsträckning bara unga kvinnor och bara till en liten del unga män. Ansvaret för att upprätthålla den sexuella hälsan är fortsatt i huvudsak fokuserad på kvinnor, eftersom de förväntas ta ansvar för att förhindra oönskade graviditeter och i hög utsträckning testar sig för sexuellt överförda infektioner. Samhällets organisation, institutioner, lagar och regler måste stödja arbetet med att uppnå jämlikhet och jämställdhet i sexuell hälsa.

Översyn av delmålen i den nationella hivstrategin

Delmål 1: Antalet nyupptäckta fall av hivinfektion där smittöverföringen skett i Sverige ska halveras till 2016.

Figur 1. Antal rapporterade fall av hiv som överförts i Sverige 2006–2015 per smittväg[4].



Antalet rapporterade fall av hiv, där smittöverföring skett i Sverige, har minskat med en tredjedel mellan åren 2006 och 2015. Men överföring av hiv kan oväntat öka, vilket skedde 2007 för att sedan successivt minska igen. Ökningen berodde på en spridning av hiv bland personer som injicerar droger och män som har sex med män (MSM). Uppgången skedde framför allt i Stockholms län men också i Region Skåne. Mellan 2007 när flest fall rapporterades (n=183) och 2014 när lägst antal fall (n= 66) rapporterades var skillnaden 117 fall vilket är mer än en halvering.

Under perioden har successivt alla som känner till att de har hiv och har kontakt med sjukvården i Sverige fått tillgång till behandling. Av dem som står på effektiv behandling har det för 95 procent inneburit att virusnivåerna är omätbara (1).

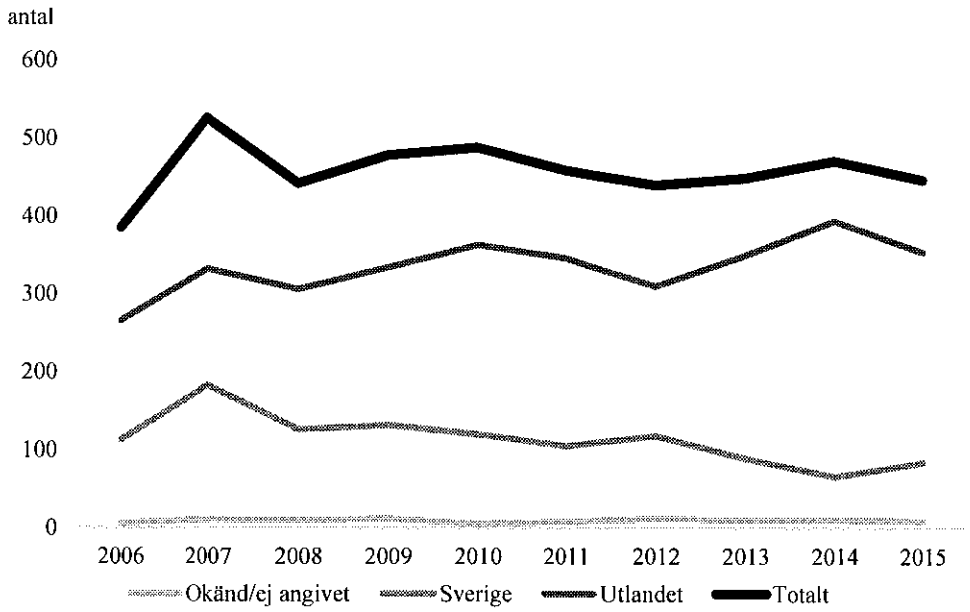
Hiv kommer, under överskådlig tid, fortsätta att finnas i samhället och oväntad spridning kan ske. Ett förebyggande arbete som minskar risktagande och

[4] SmiNet är ett verktyg som administreras elektroniska fallanmälningar gällande smittsamma sjukdomar som är anmälningspliktiga enligt smittskyddslagen. All epidemiologisk data är, om inget annat anges, hämtad där. PID avser personer som injicerar droger. MSM avser män som har sex med män.

riskutsatthet samt strukturer för ökad testning behöver fortsatt utvecklas. Effektiv vård och behandling bidrar till ökad hälsa hos individen och omätbara virusnivåer hindrar vidare överföring av viruset och bidrar därmed till en minskad överföring mellan individer och minskad smittspridning i samhället. Risken för överföring av hiv från välbehandlad patient, vid anala och vaginala samlag, bedöms som mycket låg även om kondom inte används och minimal om kondom används (2).

Delmål 2: Hivinfektion hos asylsökande och nyanlända anhöriginvandrare ska identifieras inom två månader och för övriga grupper som vistats i högendemiska områden ska hivinfektion identifieras inom sex månader.

Figur 2. Antal rapporterade fall av hiv 2006–2015 där smittöverföring skett i Sverige respektive i annat land.



I Sverige liksom i övriga Europa speglar till stor del den epidemiologiska utvecklingen för hiv, och till viss del andra sexuellt överförda infektioner och smittsamma sjukdomar hur utvecklingen ser ut i hela världen. En majoritet av de fall som rapporteras smittade utomlands är smittade före ankomsten till Sverige.

År 2006 när den nationella hivstrategin infördes och åren närmast därefter kom många till Sverige från länder i Afrika. De flesta kom från Somalia och Eritrea, där hiv var och fortfarande är vanligt. Från 2012 och framåt har successivt en påtaglig ökning av nyanlända skett, framför allt asylsökande från Syrien och Afghanistan, varav många ensamkommande barn. En markant ökning har under åren 2014 och 2015 också skett från Somalia, Eritrea och Etiopien (3). Under de senaste tio åren har 1 500–3 000 personer varje år kommit till Sverige från Thailand, i många fall

med familjeanknytning till en svensk, vilket innebär att de inte omfattas av landstingens skyldighet att erbjuda en hälsoundersökning. Thailand är ett av fem länder i Sydostasien där flest personer lever med hiv (4).

Det finns idag ingen struktur för att regelbundet följa upp delmålet inom ramen för den nuvarande fallrapporteringen till Folkhälsomyndigheten. I rapporteringen saknas information om migranternas juridiska status, det vill säga det framgår inte på individnivå om personen är asylsökande eller tillhör en annan grupp. Även den del i målet som handlar om att personer som vistats i högendemiska områden ska nås inom sex månader går inte att följa upp systematiskt, eftersom information om tidpunkten för överföring av hiv och tiden för utlandsvistelsen oftast inte är känd. En annan svårighet är att Folkhälsomyndigheten saknar uppgift om ankomsttid till Sverige för cirka 20–25 procent av utlandsfödda, oavsett juridisk status. Därför går det inte att avgöra om diagnos ställts inom 2 månader efter ankomst till Sverige.

Av Folkhälsomyndighetens analys av 2015 års data för personer som lever med hiv födda utanför Sverige med uppgift om diagnosdatum och ankomstdatum (n = 226) framgår följande:

- Cirka 40 procent av migranterna identifieras inom 2 månader efter ankomst, om de redan har en känd diagnos.
- Ytterligare 25 procent diagnostiserades inom 6 månader.
- 35 procent diagnostiserades efter mer än 6 månader i Sverige.

Det är angeläget att fortsätta att utveckla övervakning och uppföljning, för att kunna rikta preventiva insatser till olika migrantgrupper.

För att nå målet med att tidigt diagnostisera hiv och andra smittsamma sjukdomar hos migranter krävs stora preventiva insatser bland annat för att öka genomförandegraden av hälsoundersökningar hos asylsökande, men även andra migranter oavsett juridisk status. Den årliga statistik som presenteras från Sveriges Kommuner och Landsting visar, under en lång följd av år, på en låg genomförandegrad av hälsoundersökningar av asylsökande. Nationell aggregerad data visar att de understiger 50 procent, men med relativt stora skillnader mellan landstingen. Dessutom genomgår ofta de nyanlända hälsoundersökningen senare än två månader från att de kommit till Sverige.

Delmål 3: Kunskapen om hiv och aids, och om hur det är att leva med sjukdomen, ska förbättras i offentlig verksamhet, i arbetslivet och i samhället i stort.

En nationell studie av livskvalitet relaterat till hälsoutfall, levnadsvanor och livsvillkor för personer som lever med hiv genomfördes 2014 av Folkhälsomyndigheten tillsammans med Karolinska institutet (5). Överlag skattade studiedeltagarna sin livskvalitet som hög. Men resultaten visade tydliga kopplingar mellan lägre livskvalitet och två typer av stigma relaterat till hiv – negativ självbild

i form av att känna skuld och känna sig mindre värd på grund av hiv, samt oro över allmänhetens attityder till personer som lever med hiv. Detta leder också till oro för att berätta att man bär på hiv. Färre än 7 procent hade berättat om hivinfektionen för en arbetskamrat och ännu färre hade berättat för sin chef.

Folkhälsomyndigheten, och tidigare ansvariga myndigheter, har sedan 1987 följt allmänhetens kunskap och attityder om hiv och om beteenden påverkas av att hiv finns i samhället, i en befolkningsbaserad studie (6). Det har skett en viss förbättring av allmänhetens attityder till hiv, men det finns okunskap om hur det är att leva med hiv idag. Det påverkar öppenheten om hiv för de personer som lever med infektionen. Det tar tid att nå ut med ny kunskap och att förändra attityder som beror på fördomar och felaktiga föreställningar om hiv. Det betyder att insatser fortsatt behövs, för att stigma och diskriminering ska upphöra.

Hivprevention i ett folkhälsoperspektiv

Det övergripande målet för folkhälsopolitiken är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Sveriges folkhälsopolitik och de internationella strategier och styrdokumenten inom hälsoområdet bygger på insikter om vilken betydelse socioekonomiska faktorer har för att minska skillnader i hälsa.

Folkhälsan i Sverige utvecklas positivt för befolkningen som helhet och de flesta kan se fram emot ett både längre och friskare liv än tidigare generationer. Utvecklingen skiljer sig dock påtagligt mellan olika grupper i samhället. Gapet mellan de som har den bästa och de som har den sämsta hälsan har ökat under de senaste årtiondena (7).

Folkhälsopolitiken tydliggör nödvändigheten av att prevention inom sexuell hälsa samt hiv och STI-prevention inordnas i ett större sammanhang. Det gäller exempelvis hälsofrämjande arbete där bland annat kunskap, förändring av normer och värderingar, stärkandet av individens förmåga och möjlighet att ta kontroll över sin hälsa samt behovet av stödjande miljöer för tillgång och tillgänglighet behöver lyftas för att stärka förutsättningar för en god hälsa.

Människors hälsa påverkas även av mekanismer som ligger utanför hälsosektorn som påverkar och formar samhället. "Hälsa i alla politikområden" är en ansats som lanserades 2010 av Världshälsoorganisationen (WHO) för att systematiskt inom alla områden ta hänsyn till hälsokonsekvenser av beslut och undvika negativ påverkan på hälsan. Ansatsen understryker att samhällsutveckling och social hållbarhet uppnås bäst när alla sektorer inkluderar hälsa och välbefinnande som en nyckelkomponent i policyutveckling (8).

FN:s generalförsamling antog i september 2015 de globala utvecklingsmålen, Agenda 2030 (9). De planeras vara vägledande för en svensk samstämmig politik inom olika politikområden varav mål 3 avser god hälsa och välbefinnande. Mål 3.3

syftar specifikt till att utrota aids och mål 3.7 berör sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Även målen för jämställdhet (mål 5) och minskad ojämlikhet (mål 10) är relevanta för arbetet med hivprevention och sexuell hälsa.

Underliggande faktorer till ojämlikhet i hälsa tas också upp i diskrimineringslagen (2008:567) (10). Lagen syftar till att motverka diskriminering och främja lika rättigheter och möjligheter utifrån kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, sexuell läggning. etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, och ålder.

Sexuell och reproduktiv hälsa

Det övergripande målet för folkhälsopolitiken – att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen – ska skapa en struktur som gör folkhälsoarbetet möjligt och hållbart, och pekar också på ett rättighetsperspektiv. Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) är en av bestämningsfaktorerna för hälsa, som också är beroende av andra bestämningsfaktorer och andra hälsoutfall, till exempel fysisk och psykisk hälsa. Många av folkhälsopolitikens målområden är relevanta för SRHR och för hiv och STI-prevention. Delaktighet och inflytande i samhället (nr 1), ekonomiska och sociala förutsättningar (nr 2), barns och ungas uppväxtvillkor (nr 3), hälsofrämjande hälso- och sjukvård (nr 6) samt inte minst skydd mot smittspridning (nr 7) och trygg och säker sexualitet och god reproduktiv hälsa (nr 8) är alla relevanta målområden som påverkar hivprevention ur ett folkhälsoperspektiv (11).

Riskutsatta och marginaliserade grupper

För homo- och bisexuella samt transpersoner (hbt-personer) är det framför allt den psykiska ohälsan som är sämre i jämförelse med heterosexuella och cispersoner.[5] Psykisk ohälsa i form av nedsatt psykiskt välbefinnande och även självmordsförsök är dubbelt så vanligt bland hbt-personer jämfört med heterosexuella och cispersoner (12, 13). En förklaring är minoritetsstress, dvs. den ökade stress och påfrestning som hbt-personer lever med på grund av fördomar, stigma och diskriminering samt den ökade stress det innebär att avvika från heteronormen eller könsnormen (14, 15).

Migranter i olika grupper eller situationer har i vissa fall bristande tillgång och tillgänglighet till sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Det kan vara personer utsatta för hedersförtryck som hedersrelaterat våld, barnäktenskap, tvångsgifte eller könsstympning. Andra exempel är personer med bakgrund i högendemiska länder där det ofta finns stort stigma kring hiv och andra sexuellt överförda infektioner. Faktorer som segregering, språkbarriärer, socioekonomisk

[5] En person vars kropp, juridiska kön, könsidentitet och könsuttryck stämmer överens med normen för det kön hen tilldelades vid födseln. Ett annat ord för den som inte är transperson.

utsatthet samt kulturella eller religiösa traditioner påverkar de komplexa mekanismer som påverkar förutsättningar för sexuell hälsa. Ett genus- och jämlikhetsperspektiv behöver därför genomsyra allt förebyggande arbete för att säkerställa att alla har tillgång till prevention och möjlighet till testning.

Transpersoner är en särskilt utsatt grupp när det gäller psykisk ohälsa. I en enkätundersökning 2015 bland 800 transpersoner svarade hälften att de någon gång övervägt att ta sitt liv och drygt var femte att de någon gång försökt ta sitt liv (16). Denna påfrestning i kombination med den livsstress som marginalisering innebär har negativa effekter på både den fysiska och den psykiska hälsan, vilket har studerats generellt i hbtq-gruppen, men även specifikt bland transpersoner (17-21).

När det gäller risken för hiv bland hbtq-personer är det främst män som har sex med män (MSM) som lyfts i Sverige. Internationellt rapporteras även en hög risk bland transpersoner. Det saknas heltäckande data över antalet transpersoner som lever med hiv i Sverige. Den höga prevalens av hiv som dokumenterats i studier från andra delar av världen går inte att belägga i Sverige. Förekomsten av hiv bland transpersoner i Sverige återspeglar troligen den låga prevalensen av hiv i befolkningen. I den senaste studien som genomförts i Sverige, rörande transpersoners hälsa, rapporterar en av 796 respondenter (0,2 procent) att den lever med hiv, men nästan hälften av respondenterna uppgav att de aldrig testat sig för hiv. En tredjedel svarade att de inte känner till någon mottagning som har kompetensen att testa dem för hiv eller annan STI och också ger ett bra bemötande. Brist på respekt och bra bemötande från yrkesverksamma i hälso- och sjukvården är områden som framkommit i Folkhälsomyndighetens studier, samt att tillgången till önskad vård och förebyggande insatser kring sexuell hälsa upplevdes som låg. Transpersoners upplevelser och beskrivningar av sexuell hälsa präglades av heteronormativa förväntningar från omgivningen (22, 23).

Arbetet med förbättrade rättigheter och möjligheter för hbt-personer har utvecklats de senaste tio åren och rättighetsperspektivet – rätten till hälsa – har fått genomslag på strukturell nivå i regelverk, lagar och strategier (24). Detta ger stöd och vägledning i det framtida preventiva arbetet. Regeringen belyser i hbt-strategin att den vård som erbjuds ska vara jämlik. Det innebär att vården ska vara säker, hålla en god kvalitet och att tillgängligheten ska vara god för alla oavsett bland annat sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck. Den vård som erbjuds ska i möjligaste mån utformas och genomföras i samråd med patienten. Den ska bygga på respekt för människors lika värde. I detta ligger att ingen ska avstå från vård av rädsla för att utsättas för ett kränkande bemötande. För att åtgärda hbt-personers sämre hälsa jämfört med heterosexuella och cispersoner krävs en normkritisk medvetenhet i preventionsarbetet inom alla områden i samhället. För transpersoner behövs tillgång och tillgänglighet till könskonfirmerande och behovsbaserad vård. Transpersoners hälsorelaterade utsatthet belyser behovet av att inte bara kön utan även könsidentitet och könsuttryck behöver beaktas i uppföljning och utvärdering (25). Det finns också behov av att följa upp hiv och STI i gruppen.

Deklarationer och övrig internationell samverkan och samarbete

Även om Sveriges inhemska spridning av hiv är fortsatt låg och stabil kan omständigheter medföra att en ökad spridning av både hiv och andra sexuellt överförda och blodburna infektioner kan uppstå. Sverige behöver därför och har en skyldighet att delta i det internationella hivarbetet globalt, inom EU och regionalt i Sveriges omedelbara närområde. Flera medlemsländer som anslutit sig till EU under senare år har pågående epidemier. Mellan 2010 och 2015 ökade antalet fall av hiv med cirka 57 procent i Östeuropa och Centralasien (26).

Sverige är en del av den internationella gemenskapen och deltar och stödjer FN:s, Världshälsoorganisationens (WHO) och EU:s deklarationer och arbete inom området. WHO:s främsta uppgift är att leda och samordna internationell hälsa inom FN-systemet, och var fram till bildandet av UNAIDS 1996 ansvarig för arbetet med hiv och aids. Sverige ställde sig 2001 tillsammans med övriga medlemsstater bakom FN:s deklaration om omedelbara åtgärder för att bekämpa den globala spridningen av hiv och aids (27). Det förebyggande arbetet var då liksom nu grundläggande, men behandling, stöd och mänskliga rättigheter är bidragande faktorer för arbetet med att minska spridningen av hiv. Deklarationen betonar vikten av särskilt fokus på unga och unga vuxna i det preventiva arbetet – om tillgång till information, utbildning och kunskap om hiv och aids samt till anpassade vårdresurser. Personer som lever med hiv och andra särskilt riskutsatta grupper ska involveras i preventionsarbetet och den stödjande verksamheten. Vikten av arbetet med stigma och diskriminering gentemot personer med hiv och riskutsatta grupper tas också upp. Sverige bidrar till den multilaterala finansieringen och är en av de största givarna till den globala fond (GF) som instiftades 2002 för att bekämpa aids, tuberkulos och malaria.

Med utgångspunkt i FN:s deklaration 2001 och den deklaration som togs på ministermötet i Dublin 2004 som utgångspunkt för Europa (28), tog Sverige 2005 fram den första nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (29). Den statliga samordning som FN föreslagit för att öka effektiviteten har sedan Sverige tog fram sin nationella strategi flyttats från Socialstyrelsen via Smittskyddsinstitutet till dagens Folkhälsomyndighet. Den nationella samordningen innebär samordning av de aktörer som är framskrivna i strategin, men även ett ansvar för uppföljningen av arbetet samt att ta fram kunskapsunderlag och vägledning till landsting och civila samhällets organisationer. Deklarationen betonar vikten av uppföljning och utvärdering av handlingsplaner och mål, ett epidemiologiskt uppföljningssystem samt övervakning av behandlingseffektivitet, något som Sverige hörsammar.

Sverige rapporterar vartannat år till UNAIDS och EU om Sveriges åtagande utifrån de indikatorer som tagits fram. Det rör Sveriges nationella arbete utifrån strategin och effekter som tas fram genom nationella datainsamlingar. Sverige deltar i

arbetet inom ramen för den europeiska smittskyddsmyndigheten (ECDC) samt i det partnerskap för hälsa och socialt välbefinnande, inom ramen för EU:s nordliga dimension, som bildades 2003 (30).

Nya tidsramar har med jämna mellanrum tagits fram för det förebyggande arbetet med hiv och aids. År 2014 antog UNAIDS och WHO gemensamt, de så kallade 90-90-90-målen. De innebär att år 2020 ska 90 procent av alla som lever med hiv känna till sin hivstatus och av dem ska 90 procent behandlas med antiviral terapi och 90 procent av alla som får antiviral terapi ska ha omätbara virusnivåer (31). Sverige har uppmärksammats för att som första land redan 2016, med marginal, ha nått målen (1).

En uppdaterad politisk deklaration antogs av FN:s medlemsländer i juni 2016 om att påskynda och öka tillgång till behandling av hiv med målet att utrota aids senast 2030 (32). Antalet dödsfall per år i aids globalt har sedan den högsta noteringen 2005 minskat med 45 procent. Deklarationen är kopplad till de 17 globala hållbarhetsmål som antogs vid FN:s toppmöte den 25 september 2015 av världens stats- och regeringschefer (9). Från den 1 januari 2016 fram till 2030 ska världen ledas mot en hållbar och rättvis framtid.

De globala målen och Agenda 2030 syftar till att utrota fattigdom och hunger, förverkliga mänskliga rättigheter för alla, uppnå jämställdhet och egenmakt för alla kvinnor och flickor samt säkerställa ett varaktigt skydd för planeten och dess naturresurser. De är integrerade och odelbara och balanserar de tre dimensionerna av hållbar utveckling: den ekonomiska, den sociala och den miljömässiga. FN:s befolkningsfond (UNFPA) konstaterade 2005 att mäns våld mot kvinnor är den mest utbredda och socialt accepterade formen av brott mot mänskliga rättigheter (33, 34). Mäns sexuella utnyttjande av kvinnor och barn bidrar dessutom till att öka spridningen av hiv.

Sverige stödjer de intensifierade ansträngningarna för att öka omfattningen av förebyggande insatser, behandling, vård och stödprogram. De ska bidra till att avsevärt minska nya infektioner, förlänga den förväntade livslängden och livskvaliteten, främja, skydda och uppnå de mänskliga rättigheterna och minska stigma och diskriminering av dem som lever med hiv eller med risk för eller påverkas av hiv och aids samt deras familjer och närstående. Det innebär ett omfattande arbete för världen att ta fram resurser och logistik för att alla människor ska få behandling mot hiv. Trots den idag effektiva behandlingen så måste det preventiva arbetet öka eftersom det fortfarande är fler personer som varje år insjuknar i hiv än som får tillgång till behandling. Den lokala Ebolaepidemin 2015 visade att det fortfarande finns svårigheter med att behandling och vård inte når fram till de människor och de delar av världen som bäst behöver hjälp.

Sveriges medlemskap i EU gör det möjligt för Sverige att delta i breda internationella forsknings- och metodutvecklingsprojekt och joint actions. Folkhälsomyndigheten har bland annat deltagit i EU-projektet Quality Action – Improving HIV Prevention in Europe, som pågick 2013–2016 och involverade mer än 20 länder i Europa. Syftet var att utveckla kvaliteten i det hivpreventiva arbetet.

Folkhälsomyndigheten ansvarade för utvecklingen av fem strukturerade metoder för kvalitetssäkring och under 2015 har ett av dem – "Att lyckas med hivprevention" – översatts och anpassats till svenska förhållanden (35).

Hiv i Sverige

Allmänheten

Cirka 12 000 fall av hiv har rapporterats i Sverige sedan 1983, när hiv och aids blev anmälningspliktiga enligt smittskyddslagen. Hivinfektion har sedan 1980-talet, när viruset blev möjligt att spåra, gått från att vara en dödlig sjukdom till att betraktas som en kronisk infektion. Möjligheten att behandla kom i mitten av 1990-talet, och dagens behandling är mycket effektiv. Den kunskap om hiv samt de attityder och värderingar som formades tidigt i epidemin finns ändå, till dels, kvar.

Ett svenskt ställningstagande om hiv och smittsamhet vid effektiv behandling togs 2013 fram av dåvarande Smittskyddsinstitutet tillsammans med referensgruppen för antiviral terapi (RAV)[6] (2). Ställningstagandet bygger på flera randomiserade studier som pekade på att smittrisken vid vaginala och anala samlag, där kondom används, är minimal om den som har hiv uppfyller kriterierna för välinställd behandling.

Folkhälsomyndigheten har sedan dess arbetat med att sprida kunskapen till hälso- och sjukvården och till allmänheten. Att förändra kunskap och attityder tar tid. Det betyder att insatser behövs under lång tid framöver, för att den kunskap som vi idag har om behandling och smittsamhet ska bli rådande, och därigenom minska det stigma och den diskriminering som fortfarande omger hiv.

Personer som lever med hiv idag tycker generellt att de har en hög livskvalitet samtidigt som de är oroliga för allmänhetens attityder, vilket medför att många avstår att berätta att de bär på hiv (5). Under perioden 2006–2016 har det genomförts många olika insatser för att förbättra livskvaliteten och begränsa konsekvenserna av hivinfektion för personer som lever med hiv. Allmänheten har också informerats om hur ett liv med hiv kan se ut. Kamratstöd och psykosocialt stöd för personer som lever med hiv och anhöriga samt hälsofrämjande och förebyggande insatser för att förbättra den sexuella hälsan erbjuds på många håll i landet av civila samhällets organisationer.

Sedan 1987 har ansvarig myndig följt allmänhetens kunskap, attityder och beteenden i fråga om hiv (6). Att hiv smittar genom sex och blod vet många. Över tid minskar fördomar och rädsla för personer som bär på hiv. Allt färre uppger att de skulle undvika en nära kontakt med en person som bär på hiv, men det finns också kvarvarande fördomar om sexuella relationer med personer som lever med hiv. Hiv är något som de flesta inte frågar eller pratar med sin sexpartner om, men

[6] RAV och Läkemedelsverket har sedan 2002 regelbundet publicerat rekommendationer för antiviral behandling av hivinfektion.

man förväntar sig att den som bär på hiv ska berätta. En ny datainsamling har genomförts under hösten 2016 och Folkhälsomyndigheten planerar att publicera en rapport under 2017.

Hösten 2015 genomfördes en nationell informationsinsats till allmänheten utifrån den nya kunskapen om hiv och smittsamhet. Informationsinsatsen "Hiv idag" med budskapet: "Hiv idag är inte som igår. Visste du att behandlingen av hiv i Sverige idag är så effektiv att den sänker virusnivån till praktiskt taget noll och gör att smittsamheten blir mycket låg? Att leva med hiv idag är inte som igår." Syftet med informationsinsatsen och webbplatsen www.hividag.se var att uppdatera allmänhetens kunskap om hiv, för att på så sätt minska stigma och diskriminering av personer som lever med hiv. Som en förberedelse för informationsinsatsen till allmänheten gjordes ett utskick om hiv och behandling samt vikten av hivtestning till samtliga chefer på vårdcentraler i Sverige och till andra strategiskt viktiga mottagningar, exempelvis ungdomsmottagningar och tandvårdsmottagningar. På Folkhälsomyndighetens webbplats publicerades en kunskapsbank för hälso- och sjukvården med information om hiv, behandling, smittsamhet och testning. Kunskapsbanken finns på www.folkhalsomyndigheten.se/hividag.

Under perioden 2006–2016 har flera informationsinsatser genomförts riktade till allmänheten bland annat i samband med den årligen återkommande World Aids Day den 1 december. Flera av civila samhällets organisationer informerar också om hiv och hur det är att leva med hiv genom utbildningar och via webbplatser.

Trots olika informationsinsatser visar studien *Hiv i Sverige* att det är ovanligt att allmänheten möter frågor om hiv i samhället. Det finns fortfarande stora behov av kunskaper om hur det är att leva med hiv och hur situationen för hiv ser ut i Sverige och övriga världen. Information om hiv behöver finnas i olika sammanhang där allmänheten tar del av information om sexuell hälsa och rättigheter inom hälso- och sjukvården, till exempel vid ungdomsmottagningar, STI-mottagningar, mödrahälsovård och i samhällets olika informationskanaler på internet (6).

Offentlig verksamhet och arbetsliv

Som beskrivits ovan är oro över andras attityder det som gör att personer som lever med hiv undviker att berätta att detta. Av deltagarna i studien om livskvalitet hade färre än 7 procent berättat om sin hivinfektion för en arbetskamrat, och ännu färre hade berättat för sin chef.

Brister i kunskap om hiv och symtom relaterade till hiv inom hälso- och sjukvården gör att många personer som har hiv inte får erbjudande om hivtest. Därmed får de inte en diagnos även om de har haft kontakt med hälso- och sjukvården. Migranter nås inte heller, i önskad omfattning, i samband med migrationen till Sverige. En studie visar att drygt hälften av nyupptäckta fall av hiv under perioden 1 oktober

2009 till 31 januari 2012 (n=575) hade diagnosticerats sent[7] (36). Heterosexuellt infekterade, personer över 40 år och utlandsfödda hade störst sannolikhet att diagnosticeras sent. Många av dem hade tidigare sökt vård för olika symtom som kunde relateras till hiv, men inte erbjudits hivtest. Hälften av personer med utländsk bakgrund hade bott i Sverige mer än ett år före diagnos, och två tredjedelar av samtliga sent diagnostiserade hade inte provtagits för hiv i samband med migrationen till Sverige.

Okunskap och negativa föreställningar specifikt kopplade till hiv och smittsamhet vid behandling finns fortsatt i samhället. Inom ramen för det förebyggande arbetet med hiv har personal inom landsting och kommun utbildats om hiv, smittsamhet och bemötande. Detta har bidragit till ökad kunskap hos arbetsgrupper inom vård och omsorg, till exempel infektionskliniker, primärvård och äldreomsorg. Men det är ett arbete i en pågående process och det behövs en fortsatt satsning på kunskap och kompetens framför allt inom landstingens primärvård, kommunens socialtjänst och till personal som arbetar med hälsoundersökningar. Vård och omsorg av äldre personer som lever med hiv behöver utvecklas då den förväntade livslängden hos den som lever med hiv numera är jämförbar med livslängden hos den som inte har hiv. Ökad kunskap om hiv, indikatorsjukdomar och andra markörer för hiv samt riskbeteende associerat med hiv behövs för att personal inom vård- och omsorg ska vara uppmärksamma på behov av att erbjuda hivtestning. Kunskap om preexpositionsprofylax (PrEP) är ett område där kunskap behöver spridas till yrkesgrupper som möter riskutsatta och risktagande personer (37, 38).

Personer som lever med hiv

Drygt 7 000 personer lever år 2016 med en diagnostiserad hivinfektion i Sverige. Detta innebär en prevalens på cirka 74 personer per 100 000 invånare (cirka 0,07 procent), vilket är en av de lägsta i Europa. Den nationella hivstrategin framhåller att förutsättningarna för att motverka diskriminering mot personer som lever med hiv måste förbättras och att det finns behov av stödinsatser för att minska konsekvenserna av hiv för den enskilde.

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter och tillgång till preventiva insatser som inkluderar testning för sexuellt och blodburna infektioner är nödvändiga utgångspunkter för förebyggande och hälsofrämjande insatser för personer som lever med hiv.

Personer som lever med hiv är en heterogen grupp. Det kvarstår behov av fördjupade studier om kvinnor och barn, ungdomar och unga vuxna som lever med

[7] "Late presenter" (sent diagnostiserad) är en benämning på ett tillstånd när man vid diagnos av hiv har ett CD4 + tal av T-celler <350 celler/mm^3 som visar att immunförsvaret är påverkat, eller har symptom på aids.

hiv och deras behov av stödjande hälsofrämjande insatser. Samtidigt är det viktigt att fortsätta att följa behandlingsresultat av den medicinska behandlingen av hiv inom hälso- och sjukvården, eftersom följsamhet har avgörande betydelse för en fungerande behandling. Tillgången till behandling, rådgivning och psykosocialt stöd samt handläggning av förhållningsregler bör vara jämlik, enhetlig och utgå från samma principer. Personer som lever med hiv måste fortsätta att involveras i utformning av insatser inom både primär- och sekundärpreventionen. Stigma och diskriminering måste upphöra.

Personer som lever med hiv är fortsatt en viktig och prioriterad målgrupp för hälsofrämjande och förebyggande insatser kopplade till SRHR. I Sverige liksom i andra höginkomstländer är de sociala aspekterna av att leva med hiv angelägna i det fortsatta arbetet.

Epidemiologisk utveckling

Sedan 2006 har antalet personer i Sverige som lever med en känd hivinfektion ökat från cirka 4 000 till drygt 7 000 (+ 75 procent). Utvecklingen är i hög grad beroende av den effektiva behandlingen som kraftigt har minskat dödligheten, och av förändringar i migrationen till Sverige. Mer än hälften av de som lever med hiv idag är utlandsfödda. Många av dem hade hiv redan när de kom till Sverige. 70 procent av alla personer som lever med en känd hivinfektion bor och är knutna till kliniker för behandling i de tre storstadslänen, och bland MSM med hiv lever nio av tio i en storstad.

Hiv kan överföras på olika sätt och när hiv diagnosticeras anges den troliga smittvägen. I april 2016 rapporterade InfCare HIV[8] följande andel personer som lever med hiv per smittväg:

- heterosexuellt sex 51 procent
- sex mellan män 31 procent
- injicering av droger 7 procent
- överföring av hiv från mor till barn 3 procent
- blodtransfusion/blodprodukter 2 procent.

En dryg tredjedel av dem som lever med hiv i Sverige är kvinnor, en andel som varit oförändrad över tid. Av alla är cirka 140 personer under 18 år (2016) – en fördubbling under tioårsperioden. Majoriteten av dessa unga har levt med hiv sedan födseln eller mycket tidig ålder.

Sedan 2005 är aids inte anmälningspliktigt i Sverige. Men rapportering sker på frivillig basis till Folkhälsomyndigheten i det nationella anmälningssystemet SmiNet. Antalet fall av aids har minskat över tid till följd av den effektiva behandlingen. Immunförsvaret återhämtar sig när behandling av hiv påbörjas hos i

[8] InfCare HIV är ett beslutsstöd i sjukvården, men också ett nationellt kvalitetsregister och kan användas som databas vid forskning.

stort sett alla som har hunnit få symtom eller sjukdom med anledning av hivinfektionen. Numera benämns aids oftare som symptomgivande hivinfektion än just aids.

Riskutsatthet och risktagande

Hiv kan ännu inte botas. De som lever med en känd hivinfektion i Sverige idag erbjuds livslång medicinsk behandling. I Sverige finns inga kända fall av överföring av hiv från någon som lever med hiv och har en välfungerande behandling med omätbara virusnivåer i blodet. Insatser behövs för att motivera och stödja personer till att ta sina mediciner enligt förskrivning, så att behandlingen fungerar och biverkningar minimeras. Uppdaterad kunskap inom hälso- och sjukvården och andra instanser som möter personer som lever med hiv är viktigt för att stödja, motivera och förmedla ny kunskap och ett professionellt förhållningssätt.

Bland dem som lever med hiv är utlandsfödda överrepresenterade i förhållande till gruppens storlek i befolkningen. Många kommer från länder med hög förekomst av hiv, men i övrigt är gruppen heterogen. Det gäller i fråga om anledningar till att komma till Sverige, hur länge man varit i Sverige, utbildning, ekonomi och integration. Möjlighet att kommunicera, språkkunskaper och olika syn på hälsa, sjukdom och stigma kan också variera. Stödjande och förebyggande insatser behöver ta hänsyn till dessa variationer.

Med utgångspunkt i en övergripande analys behöver personer med flera riskfaktorer och deras behov av stöd särskilt uppmärksammas. Till exempel behöver följsamhet i behandlingen bland personer som fått hiv i samband med injektion av droger förbättras.

Personer som lever med hiv har rätt till en prevention som erkänner behovet av ett bredare SRHR-perspektiv. Det inkluderar också att minska risken för andra allvarliga infektioner som gonorré, syfilis och hepatit C.

Betydelsefulla resultat och insatser 2006–2016

Under strategiperioden 2006–2016 har som tidigare nämnts kunskapen ökat om hur smittsamhet påverkas av och minskas vid en välbehandlad hivinfektion. Vetenskapliga studier har genomförts som bekräftar den effektiva behandlingen och flera länder, däribland Sverige, har publicerat nationella ställningstaganden som påverkat tolkningen av brottsbalken (2, 39).

Även kunskapen om livskvalitet kopplat till hiv har ökat, vilket framgår av den första större studien *Att leva med hiv i Sverige* om hiv och livskvalitet som genomfördes 2013 (5). I styrgruppen för arbetet ingick personer som lever med hiv, genom civila samhällets organisationer. Totalt svarade var sjunde person som lever med hiv (n= 1096) på enkäten. Överlag skattade deltagarna sin livskvalitet som hög: de var nöjda med sin fysiska och psykiska hälsa liksom med relationen till vänner och bekanta, eventuell partner och familj. De var mindre nöjda med sin ekonomiska situation och en majoritet var missnöjda med sitt sexliv. Den

informationsplikt om hiv som smittskyddslagen föreskrev upplevdes försämra möjligheterna att inleda sexuella relationer. Studien visade att det bland personer som lever med hiv finns en oro för att överföra hiv till sin partner och rädsla för att bli anmäld. Många var inte öppna med sin hivinfektion på grund av rädsla för stigmatisering och diskriminering.

Under 2006–2016 har insatser gjorts för att motverka stigma genom att synliggöra, stödja och öka självkänslan hos personer som lever med hiv. Informationsinsatser har även genomförts mot allmänheten och till personal inom hälso- och sjukvården för att öka kunskapen om hur det är att leva med hiv idag. Insatserna har finansierats med statliga medel för hivprevention, och har utförts av såväl Folkhälsomyndigheten som landsting, kommuner och civila samhällets organisationer. Genom statsanslaget till Stockholms läns landsting har sedan 2008 Karolinska universitetssjukhuset ett nationellt kunskaps- och resurscentrum för barn och unga med hivinfektion. Resurscentrumet är tvärprofessionellt, och stödjer och vägleder även andra kliniker och verksamheter i landet i mötet med barn och unga som lever med hiv.

Civila samhällets organisationer för personer som lever med hiv är en betydelsefull resurs som bidrar till en värdefull metodutveckling för att nå målgruppen med hälsofrämjande insatser. När personer som lever med hiv aktivt involveras eller själva leder arbetet skapas möjligheten att bidra med egen kunskap och erfarenhet, vilket kan leda till ökad öppenhet samt mindre stigma och diskriminering av personer som lever med hiv. Men tillgången till organisationer för personer som inte bor i storstadsområdena är begränsad.

Män som har sex med män

Den nationella hivstrategin konstaterar att män som har sex med män (MSM) allt sedan början av hivepidemin i Sverige, utifrån det epidemiologiska läget, utgör en prioriterad grupp för preventiva kontinuerliga insatser. Det finns därför behov av en utvecklad epidemiologisk övervakning och analys samt kunskapsuppbyggnad av MSM utifrån kunskap, attityd och beteende. Kompetens inom hälso- och sjukvården samt förebyggande insatser inom ramen för civila samhällets organisationer är prioriterade områden.

En omfattande utveckling av de prioriterade områdena har genomförts. Nationella enkätundersökningar av MSM har genomförts regelbundet i Sverige sedan 2006 med syfte att följa kunskaper, attityder, beteenden och behovet av prevention (40-42). Sverige har även deltagit i en motsvarande europeisk undersökning (43). Kunskapen har därmed ökat om riskutsatthet, risktagande och risksituationer, men också om gruppens behov av olika förebyggande och hälsofrämjande insatser.

Tillgängligheten till testning och rådgivning har ökat genom att flera av civila samhällets organisationer numera erbjuder det. Dessa verksamheter har startat i samverkan med landstingen och det är viktigt att behålla och utveckla området, eftersom det bidrar till tillgänglighet och når grupper som annars inte skulle testa sig. Utifrån ett rättighetsperspektiv måste tillgång och kompetens på området fortsatt behållas och utvecklas inom det ordinarie hälso- och sjukvårdssystemet. Även andra hälsoområden som är kopplade till sexuell hälsa behöver säkerställas, till exempel vaccination mot hepatit B och undersökning för andra sexuellt överförda infektioner (STI).

MSM omfattar män som identifierar sig som homo- och bisexuella, men också män som har sex med män som av olika skäl inte identifierar sig som tillhörande en viss kategori. I förhållande till sin andel i befolkningen har MSM en oproportionerligt hög andel som lever med hiv. Mönstret är globalt och MSM är en preventionsgrupp med sociala och sexuella nätverk över nationsgränserna.

Förekomsten av hiv bland MSM liksom tillgång till prevention, testning och behandling för hiv och STI varierar både inom Sverige och mellan länder, vilket bidrar till geografiska skillnader i riskutsatthet i samband med sex och risken att få hiv och andra STI. Samkönade sexuella relationer är kriminaliserat i 73 av världens länder, av vilka en tredjedel räknas som högendemiska i fråga om hiv, vilket försvårar det förebyggande arbetet där men också påverkar epidemiologisk utveckling och emigration bland hbtq-personer.

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) är ett område som fortsatt måste prioriteras och utvecklas, och därför följs utvecklingen regelbundet av kunskap, attityder och beteende i gruppen. Kunskapen om transpersoner och sexuell hälsa behöver öka.

Sammantaget framträder i olika studier subgrupper inom MSM-populationen med olika sexuella praktiker och nivåer av riskutsatthet och risktagande som har olika behov av prevention. De senaste årens satsningar och studier visar att trots att reformer i lagstiftning har genomförts, för hbtq-personers rättigheter och möjligheter, består en generell ojämlikhet i hälsa för MSM jämfört med övriga befolkningen. Befolkningsstudier visar på sämre utfall både vad gäller psykisk som fysisk hälsa bland homo- och bisexuella män (12). MSM har en ökad risk för hiv och andra STI, psykisk ohälsa, våldsutsatthet samt användning av alkohol, droger och tobak. Riskutsatthet och risktagande påverkas av att samkönade relationer fortfarande ses som normbrytande, vilket kan leda till diskriminering och utanförskap som i sin tur påverkar männens hälsa (15).

Utlandsfödda MSM har under strategiperioden ökat bland de rapporterade fallen av hiv. Många kommer från länder med hög förekomst av hiv, men gruppen är inte homogen. Stödjande och förebyggande insatser behöver utvecklas och ta hänsyn till detta.

Det MSM-förebyggande arbetet behöver ökad struktur och systematik för att tillgodose likvärdig tillgång till insatser och jämlik hälsa i hela Sverige för MSM.

Områden där kunskapen behöver öka och utvecklas är bland annat förebyggande läkemedelsbehandling (PrEP) (37) samt droganvändning, kontakter via internet, mobilitet och relationer. En trend som uppmärksammats de senaste åren i Europa är att subgrupper av MSM använder droger i samband med sex (44, 45). Kunskapen om svenska förhållanden är begränsad.

Epidemiologisk utveckling

Antalet fall av hivinfektion med smittvägen sex mellan män ökade generellt i Europa och Sverige i början av 2000-talet. I många höginkomstländer har därefter den totala trenden för incidensen av hiv varit nedåtgående. Men av de rapporterade fallen av hiv i Europa 2014 var 42 procent MSM jämfört med 30 procent 2005. I Sverige utgör MSM idag fortsatt cirka 30 procent av de personer som lever med hiv. Av MSM är ungefär hälften av de diagnostiserade fall av hiv som rapporterats smittade i Sverige.

En tydlig minskning har skett av antalet nya fall av hiv smittade i Sverige, som rapporteras med MSM som smittväg under perioden 2006–2015. Minskningen beror troligen på en jämförelsevis hög testfrekvens bland MSM och att så gott som alla MSM som lever med diagnosticerad hiv i Sverige har effektiv behandling och därför låg smittsamhet (42).

Mellan 2006 och 2015 har 90 procent av alla fall av hiv bland MSM rapporterats från de tre storstadslänen (Stockholm, Göteborg och Malmö). Andelen med anknytning till Stockholm är störst och fortsätter att öka.

Riskutsatthet och risktagande

Trots en hög incidens jämfört med hela befolkningen har MSM generellt en hög kondomanvändning och hög frekvens av testning för hiv (42). Det är faktorer som har stor betydelse för att hindra spridning av hiv i en grupp där förekomsten är hög. Samtidigt som incidensen av hiv bland MSM som smittats i Sverige minskats noteras en kraftig ökning av andra STI, som gonorré och syfilis med en överrepresentation bland MSM som lever med hiv. Utlandsfödda MSM utgör över tid en ökad andel av MSM som lever med hiv. Många har redan fått hivdiagnos innan de kom till Sverige, andra får den i Sverige. Att andelen ökar kan tyda på risktagande och riskutsatthet både i Sverige och utomlands.

Den höga andel MSM som lever med hiv och har effektiv behandling med låg risk för överföring av hiv, kan ses som en skyddsfaktor på gruppnivå och som en av de viktigast bidragande faktorerna till minskningen av rapporterade inhemska fall av hiv de senaste åren. Samtidigt noteras en tendens till minskad kondomanvändning över tid bland MSM, särskilt bland män i åldrarna 15–25 år, vilket bidrar till ökningen av andra sexuellt överförda infektioner som gonorré och syfilis (42). En ökad motståndskraft mot antibiotika har utvecklats hos gonokock bakterier vilket påverkar möjligheten att behandla.

MSM-studien 2013 visade att yngre och de som var osäkra på sin hivstatus skattade sina kunskaper om hiv, STI och sex lägre än övriga. Det framgick också

att kunskap inte alltid påverkar riskbeteende, då de som skattade sina kunskaper om risk och hiv och STI högst samtidigt, i högre grad, än övriga män, hade erfarenhet av riskhandlingar. (42). Studier bland MSM och hbtq-personer som säljer sex har visat att dessa män generellt är riskutsatta, tar risker och i liten utsträckning använder kondom (46).

Prevalensen av hiv bland MSM i Sverige är jämförelsevis hög i gruppen som helhet, samtidigt som epidemiologiska analyser och studier visar att MSM inte är någon homogen grupp. Riskbeteende och riskutsatthet varierar utifrån livssituation och andra faktorer. Även sexuell praktik varierar stort.

Betydelsefulla resultat och insatser 2006–2016

Återkommande nationella enkätundersökningar och studier av MSM har genomförts inom ramen för det preventiva arbetet med hiv (40-42) samt i ett europeiskt samarbete (EMIS) (43). En strategisk utveckling av metoder för datainsamling bland MSM har också gjorts i samverkan med Karolinska institutet (47). Jämförelser över tid visar att var man bor i Sverige har betydelse för både självskattad kunskap, kondomtillgång, önskemål om hälsofrämjande och förebyggande insatser samt bemötande vid testning. Många MSM testar sig regelbundet för hiv, medan andra testar sig i samband med att de haft oskyddat sex, inleder eller avslutar en relation. Oro och rädsla för konsekvenser av ett positivt provsvar och faktorer relaterade till mottagningars bemötande och tillgänglighet är vanliga anledningar till att aldrig ha testat sig för hiv. Möten med preventiva och påminnande insatser som uppsökande arbete bidrar till testning.

En del av det förebyggande arbetet på nationell nivå har varit att delta i europeiskt och annat internationellt arbete. Smittskyddsinstitutet arrangerade 2011 en europeisk konferens (FEMP, The Future of European Prevention among Men Who have sex with Men) om framtidens hiv- och STI-prevention riktat till MSM (48). Folkhälsomyndigheten deltog under 2013–2014 i en europeisk studie (SIALON II) med målet att förbättra det förebyggande arbetet med hiv och sexuell hälsa (49). Resultaten jämfördes mellan de olika europeiska länderna och gav underlag till att utveckla behovsanpassade förebyggande insatser. Det gav också information till det svenska preventiva arbetet om inställningen till spontant erbjudande om testning utanför hälso- och sjukvården och vilka arenor som fungerar för detta arbete.

Landsting och kommuner har genomfört satsningar på både bredare hbtq- och mer specifik MSM-kompetens. Folkhälsomyndighetens uppföljning visar att landstingen rapporterade fler mottagningar för testning och rådgivning 2016 med denna kompetens än 2012. Sju landsting kunde inte erbjuda någon sådan mottagning. Två tredjedelar av huvudmännen angav att de genomförde uppsökande arbete riktat till MSM. Liksom 2012 rapporterade hälften av huvudmännen att de har en formaliserad tvärprofessionell samverkan om prevention för MSM. Under perioden ökade antalet huvudmän som arbetar strukturerat med MSM-relaterad kompetensutveckling för personal som möter MSM.

Civila samhällets organisationer har utvecklat sitt förebyggande arbete för MSM och genomfört olika informationssatsningar via internet och på fysiska mötesplatser. De har också i samarbete med landstingen utvecklat verksamheter för hivtestning och rådgivning. Ett samarbete finns också mellan organisationer och flera landsting med fokus på förebyggande arbete och rättigheter för personer som lever med hiv.

Personer som injicerar droger

Personer som injicerar är en prioriterad målgrupp för preventiva insatser. I den nationella strategin betonas särskilt vikten av att förhindra att individer börjar injicera droger. Den evidens som finns om tillgång till rena sprutor, kanyler och parafernalia[9] (hädanefter sammantaget kallat injektionsverktyg), som ett effektivt sätt att förhindra spridning av hivinfektion och andra blodburna infektioner tas också upp i strategin.

Begreppsanvändningen har förändrats under strategiperioden och idag beskrivs gruppen som personer som injicerar droger i stället för personer med injektionsmissbruk för att tydliggöra att det är injektionsbeteendet i sig som är centralt i relation till risk för överföring av infektioner, inte riskbruk, missbruk eller beroendet av droger.

Personer som injicerar överför hiv men också hepatit C när de delar injektionsverktyg. Hepatit C kan även överföras sexuellt. Spridningen av hepatit C är betydligt mer utbredd i gruppen än hiv, och det pekar på de sammansatta behov av olika insatser som behöver uppmärksammas. Lågtröskelverksamhet med sprututbyte skapar en kontakt med samhällets resurser och service, som kan leda till minskad riskutsatthet och stöd till självvald drogfrihet (50). En översyn av den svenska missbruks- och beroendevården gjordes 2011. Utredningen föreslog ett antal reformområden, bland annat bättre kvalitet, kunskap och kompetens samt en tydlig ansvarsfördelning för en effektivare vård (51).

Flera områden har utvecklats under de senaste åren med syfte att nå personer som injicerar droger med förebyggande och hälsofrämjande insatser både för blodsmitta och sexuell hälsa. Trots detta är tillgången till insatser begränsad och ojämnt fördelad i landet. Rätten till hälsa och vård på lika villkor måste stärkas. Det innebär både att underlätta för fler sprututbytesprogram, men också att minska för tidig död bland personer som injicerar droger.

För att tillgodose preventiva behov behöver landsting, regioner och storstadskommuner utveckla lågtröskelverksamhet och sprututbyte på en eller flera platser utifrån lokala behov. Unga och kvinnor som injicerar droger är särskilt

[9] Parafernalia är ett samlingsnamn för den kringutrustning som används för att förbereda injektionslösning.

utsatta. Andra strategiska arenor för prevention är Kriminalvården, SiS-institutioner, hälso- och sjukvården samt socialtjänsten, men även andra platser där personer som injicerar droger finns behöver kartläggas och användas inom preventionen. Primärpreventiva aktiviteter kan inkludera testning, rådgivning och vaccination mot hepatit B, byte av injektionsverktyg, kuratorsstöd, barnmorskebesök och preventivmedelsrådgivning. Andra aktiviteter kan rikta sig till dem som redan har fått hepatit C eller hiv, och gäller då behandling.

Skadebegränsande åtgärder för att minska riskutsatthet för infektioner, så kallad *harm reduction*, är en pragmatisk hållning med starkt vetenskapligt stöd. Den har i Sverige varit kontroversiell, men utbyggnad av mottagningar för sprututbyten pågår nu. Folkhälsomyndigheten har under flera år framhållit sprututbyten som ett hälsofrämjande och förebyggande arbete inom ramen för allas rätt till hälsa (52). Socialutskottet tillstyrker Socialdepartementets förslag om förändringar i lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler. En lagändring kommer att träda i kraft den 1 mars 2017. Förslaget innebär att landstinget blir ensam huvudman för sprututbytesverksamheterna och att de som fyllt 18 år, mot tidigare 20 år, kan delta i verksamheten (53).

Uppföljning, övervakning och analys av den epidemiologiska utvecklingen och omvärldsanalys behöver stärkas, liksom kunskapen om och samverkan kring gruppen inom sjukvård, socialtjänst, missbruksvård och kriminalvård. Tillgången till jämlik och jämställd vård måste alltid beaktas i utveckling av förebyggande arbete.

Epidemiologisk utveckling

Personer som injicerar droger är till viss del dolda i samhället och det är därför svårt att uppskatta gruppens storlek. Men 2012 uppskattade Socialstyrelsen att det under åren 2008–2011 fanns en grupp om cirka 8 000 personer som injicerade droger i Sverige (54).

Antalet rapporterade fall av hiv bland personer som injicerar droger har under de senaste fem åren varit stabilt lågt i Sverige. Innan dess hade det under 2006–2007 skett en ökning beroende på ett begränsat och kortvarigt utbrott i Stockholm. Sedan 2008 rapporteras varje år cirka 15 fall av hiv som överförts via injektion. Under den senaste femårsperioden är det knappt 5 personer per år som har fått hiv i Sverige. Bland personer som fått hiv utomlands har de flesta smittats i länder i Östeuropa. Injektion av droger är idag den dominerande smittvägen för hiv i Östeuropa och Centralasien, där antalet nya infektioner ökade med cirka 57 procent 2010–2015 (55). En epidemisk spridning i gruppen finns alltså i Sveriges närområde, och tillgången till behandling och andra förebyggande insatser mot hiv är begränsad i flera av dessa länder.

I Sverige uppskattas mellan 35 000–45 000 personer bära på hepatit C. Omkring 2 000 personer med nyupptäckt hepatit C-infektion rapporteras varje år, det vill säga 35–40 fall per vecka. Ungefär en fjärdedel är unga och unga vuxna i åldern 15–24

år, och av dessa har cirka 85 procent fått hepatit C när de injicerat droger. Hepatit C kan också överföras sexuellt. En botande behandling finns idag.

Även för hepatit B rapporteras runt 2 000 fall per år i Sverige. Flertalet är kroniska bärare som fått hepatit B innan de kom till Sverige. Av de cirka 120 personer som fått infektionen i Sverige rapporteras en liten grupp som injicerar droger. Det finns effektivt förebyggande vaccin mot hepatit B som erbjuds gratis inom exempelvis sprututbytesprogram, missbruksvård och Kriminalvården. Uppmärksamhet på riskgrupper och erbjudande om vaccination för hepatit B behöver finnas i hela hälso- och sjukvården. Gravida i Sverige erbjuds screening för bland annat hepatit B. Syftet är att behandla för att förhindra överföring av virus till barnet.

Riskutsatthet och risktagande

Preventionsgruppen personer som injicerar droger avser de som injicerar eller riskerar att börja injicera någon form av narkotika eller dopningspreparat. Ur smittskyddssynpunkt är de mest riskutsatta situationerna att dela spruta, kanyl och parafernalia, att blanda bruk av opiater och centralstimulerande droger, att ha sex utan kondom och att köpa eller sälja sex.

Data som tidigare samlats in på häkten inom ramen för Socialmedicinska häktesprojektet och Svenska häktesprogrammet i framför allt Stockholm visar att drogdebut sker runt 14–15 års ålder och injektionsdebut runt 18–19 års ålder (56). Vid den första kontakten med missbruksvården är 60–80 procent av personer som injicerar droger smittade med hepatit C. Ingen minskning av antalet hepatit C-fall noteras i de yngre åldrarna. Cirka 100 unga vuxna under 20 år rapporterades under 2015, vilket är på samma nivå som under de senaste fem åren. Detta visar att det finns ett riskbeteende i gruppen och en fortsatt okontrollerad smittspridning av hepatit C.

Bland personer som injicerar droger har det under lång tid uppfattats att det funnits en öppenhet om hiv, som kan ha förhindrat spridning i gruppen. Dagens effektiva behandling för hiv hindrar överföring också i denna grupp samtidigt som följsamheten i behandlingen är lägre än i andra grupper.

Antalet personer som dör i överdoser i Sverige har mer än fördubblats på tio år, och 2015 dog över 600 personer av överdoser. Rent generellt löper personer som använder heroin, eller andra opiater, tio gånger högre risk att dö än personer i samma ålder och av samma kön (57). Skadereduktion, med Naloxone, som häver överdoser, används av flera länder i Europa och är under införande i Sverige.

Fler män än kvinnor injicerar droger. Men utsattheten bland kvinnor som injicerar är stor. Statens institutionsstyrelse ansvarar för hem med särskilda bestämmelser om vård av unga. Inom ramen för deras uppdrag tvångsvårdas unga med missbruksproblem. Bland de intagna hade en av tre unga kvinnor fått erbjudande om att sälja sexuella tjänster. Utsattheten för kvinnor i hemlöshet och på härbärgen är också stor (58).

Betydelsefulla resultat och insatser 2006–2016

Det har under perioden inom det hivpreventiva arbetet genomförts flera studier som bidragit med ny kunskap på området bland annat inom Kriminalvården och vid SiS-institutioner.

Den vetenskapliga evidensen av skadebegränsande insatser har stärkts de senaste åren. Den europeiska smittskyddsmyndigheten (ECDC) har tillsammans med det europeiska centret för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (EMCDDA) publicerat en rapport över evidens av effektiva preventiva metoder för att förhindra infektioner bland personer som injicerar droger. Flera av de vårdinsatser rapporten nämner är inte helt införda eller utbyggda i Sverige (59).

Civila samhällets organisationer har bidragit till metodutveckling för att nå ut med hälsofrämjande och förebyggande arbete och stöd till personer som brukar droger samt lever i svåra sociala situationer eller hemlöshet. Det preventiva arbetet har varit riktat också mot personer som riskerar att börja injicera. Utbildningsinsatser har genomförts med stöd av kamrater i målgruppen för att begränsa spridningen av hepatit C.

Ett metodprojekt, och därefter ett programarbete, har drivits inom Kriminalvården, med stöd av den myndighet som ansvarade för den nationella hivstrategin, sedan 1987, med uppehåll under 1999–2002 och därefter fram till 2012. Erbjudande om vaccination av hepatit B och testning av hiv ingår idag i Kriminalvårdens ordinarie arbete.

Personer med utländsk bakgrund – migranter

Enligt den nationella hivstrategin är personer med utländsk bakgrund en riskutsatt grupp. Kategorin "personer med utländsk bakgrund" innefattar i sig ett antal olika migrantgrupper som asylsökande, anhöriginvandrare och papperslösa.[10] I den nuvarande strategin finns tre delmål fastställda, varav det andra delmålet handlar om migranter – asylsökande och nyanlända anhöriginvandrare.

Under de tio år som strategin har funnits har benämningen *personer med utländsk bakgrund* i hög grad kommit att ersättas av begreppet *migranter*. En förklaring är att internationella organisationer och forskningssamhället använder begreppen *migrant, migrants health* och även *mobility* (60, 61), vilket representerar ett mer dynamisk synsätt. Det är framför allt migrationsprocessen som innebär en ökad risk

[10] Ordet **papperslös** används för att beteckna människor som, utan tillstånd, befinner sig i ett land.

för risktagande och riskutsatthet, inte primärt att man är en person med utländsk bakgrund (62).

Hälso- och sjukvården och hälsoundersökningar för nyanlända har enligt den nationella hivstrategin stor betydelse i det förebyggande arbetet. Vid hälsoundersökningar har testning för hiv i de flesta fall varit regel, men även testning för tuberkulos. Lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande med flera anger att landstingen är skyldiga att bjuda in nyanlända asylsökande till en kostnadsfri hälsoundersökning. Trots lagen har andelen genomförda hälsoundersökningar av nyanlända inte ökat nämnvärt. Den årliga statistik som presenteras från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) visar på en låg genomförandegrad under många år, oftast under 50 procent för landet som helhet men med relativt stor variation mellan landstingen. Oftast genomgår de nyanlända hälsoundersökningen efter mer än två månader från att de kommit till Sverige. För att öka antalet genomförda hälsoundersökningar och därmed möjligheten att nå fler nyanlända migranter med erbjudande om testning har området varit i fokus för preventionsarbetet. Trots dessa insatser behöver det ske ett fortsatt arbete med att nå migranter med erbjudande om hälsoundersökningar, som innehåller hivtest och tester för andra smittsamma sjukdomar. Hälsoundersökningen ska också ha en god tillgänglighet och vara en möjlighet till en allmän hälsofrämjande insats av hög kvalitet. Att genomgå en hälsoundersökning är frivilligt, men erbjudandet bör ges på ett sådant sätt att det uppfattas som en rättighet och positivt för den egna hälsan och livskvaliteten. Även SFI-skolan har varit ett viktigt utvecklingsområde för information om hiv och SRHR.

Det är angeläget att kontinuerligt arbeta för ett förbättrat och fokuserat hiv- och STI-preventivt arbete till migranter, baserat på aktuell nationell och internationell epidemiologi samt migrationsstatistik. Särskilt riskutsatta är migranter som kommer från områden med hög förekomst av hiv, vilket speglas i den nationella statistiken över personer som får diagnos. Forskning om personer som får sin diagnos sent, när immunförsvaret är påverkat, visar att hälften av dessa kom från sådana områden (36). Men det finns migrantgrupper som lever i samhället utan att finnas med i officiell statistik, t.ex. papperslösa och EU-migranter.

Det finns behov av en fördjupad analys av unga ensamkommande migranters, hbtq-migranters och kvinnors behov av hälsofrämjande och förebyggande insatser. Hälso- och sjukvårdens arbete behöver fortsatt utvecklas inom bland annat primärvård, mödrahälsovård, elevhälsa och barnhälsovård för att nå olika riskutsatta migrantgrupper med hälsofrämjande hiv- och STI-förebyggande insatser.

Civila samhällets organisationer har utvecklat arbetet inom hiv- och STI-prevention och är en viktig resurs. Stärkt samverkan behöver fortsatt utvecklas mellan offentlig sektor och organisationer på de arenor som kan nå migranter med målgruppsanpassad information och kunskap om hiv, STI och sexuell hälsa.

Epidemiologisk utveckling

Under den senaste femårsperioden har i medeltal 455 nya fall av hiv rapporterats varje år. Av dessa personer är 75 procent utlandsfödda, varav majoriteten smittats före ankomsten till Sverige. År 2015 rapporterades totalt 450 fall, varav 329 personer (73 procent) var utlandsfödda. Bland dessa var det vanligaste ursprungslandet Eritrea följt av Thailand.

I Sverige liksom i övriga Europa speglar till stor del den epidemiologiska utvecklingen för hiv och till viss del andra STI och smittsamma sjukdomar migrationsmönstret. Vid tiden för den nationella hivstrategins införande 2006 kom en stor andel migranter från länder i Afrika, där hiv var vanligt och fortfarande är det. I länderna inom EU och Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EEA) rapporterades 2014 att 37 procent av de personer som diagnostiserades för hiv var migranter eller personer som inte var födda i det land där de fick sin diagnos (63). Detta gäller för minst 50 procent av de som fick sin hivdiagnos på Island, i Storbritannien, Norge, Irland, Frankrike och Sverige. Det finns även evidens för att personer som kommer från områden där hiv är endemiskt, smittas med hiv efter att man kommit till EU/EEA (64-66).

Den minskning av antalet fall av hiv som skett 2014–2015 kom att sammanfalla med det stora antalet som sökte asyl i Sverige 2015, 163 000 personer. Under de föregående åren hade antalet asylsökande legat runt 25 000–30 000 per år (3). Trots det ökade antalet migranter rapporterades färre fall av hiv. Detta kan vara en följd av att migrationen till Sverige under denna period till en stor del var från länder med relativt låg förekomst av hiv, som Syrien, Afghanistan och Irak.

Andelen utlandsfödda bland personer som rapporterats ha fått hiv via heterosexuella kontakter har varit runt 80 procent sedan sent 1980-tal, men minskade något 2015. För de fall där sex mellan män rapporterats som smittväg 2015 (n=84) var cirka hälften födda i Sverige och hälften var utlandsfödda med över 20 olika födelseländer.

Antalet rapporterade fall av hiv bland migranter varierar i landet. Det påverkas av antalet asylsökande och andra kategorier av migranter som respektive landsting/region tar emot samt landstingens förmåga att nå nyanlända med en inbjudan till hälsoundersökningar inklusive testning för hiv och tuberkulos.

Globalt är tuberkulos vanligt framförallt i länder med hög förekomst av hiv. I Sverige rapporterades 2015 sammanlagt 835 fall. Av dessa var 90 procent födda utanför Sverige, varav majoriteten i Afrika. Antalet fall med dubbelinfektion av hiv och tuberkulos registreras i InfCare Hiv och bedöms som låg. Vid diagnos av aktiv tuberkulos rekommenderas samtidigt screening för hiv. Någon allmän screening för att upptäcka och behandla latent tuberkulos hos personer som lever med hiv i Sverige rekommenderas inte, eftersom de flesta har en välfungerande behandling för hiv. Detta ställningstagande bygger på hittillsvarande erfarenheter i Sverige av långvarig uppföljning av patienter från hög- och lågendemiska länder (67).

Riskutsatthet och risktagande

Migration är en generell påfrestning som i många fall får negativa konsekvenser för hälsan. Forskning visar på ökad risk för psykosocial ohälsa i utsatta migrantgrupper, framför allt på grund av socioekonomiska faktorer som kan leda till utanförskap och isolering. Men studier visar också på motsatsen, att migration i vissa fall kan ge förbättrade förutsättningar till en god hälsa (68).

Migranter är i sig en heterogen grupp (asylsökande, ensamkommande, papperslösa, anhöriginvandrare), där graden av utsatthet, risktagande och risksituationer kan variera stort mellan olika subgrupper. Avgörande faktorer för hälsan är olika omständigheter både före och efter migration samt under migrationsprocessen. Sammanställningen nedan ger en bild av komplexiteten:

Före migration: Ursprungsland – utvecklingsnivå, socioekonomi, politik, konflikt/krig, mänskliga rättigheter (kvinnor, barn, SRHR, hbtq), kultur, utbildningsnivå, hälsolitteracitet, sjukdomspanorama (hiv, tuberkulos, hepatit), tillgång till vård och behandling. Migrationens orsaker – frivillig planerad arbetsrelaterad flytt eller av omständigheter påtvingad flykt.

Under migration: Ensam, kön, familj, ålder, ekonomi. Kortvarig och säker resa eller flerårig osäker resa genom många länder med hög grad av risksituationer med risktagande och riskutsatthet (stress, våld, trafficking).

Efter migration: Migrationsstatus (asylsökande, papperslös, uppehållstillstånd) påverkar grad av stressrelaterad ohälsa, erbjudande om hälsoundersökning (tidig identifiering av ohälsa – hiv, tuberkulos, hepatit, psykisk ohälsa) och tillgång till annan vård och behandling. Socioekonomisk status (utbildning, arbete, ekonomi) har stor betydelse för den enskildes och gruppens risktagande och riskutsatthet (stress, våld, trafficking) liksom närhet till anhörig, släkt och vänner.

Betydelsefulla resultat och insatser 2006–2016

För att få en evidensbaserad grund för det nationella preventionsarbetet riktat till migranter lät ansvarig myndighet ta fram två kunskapsöversikter inom området (62). Senare gjordes också en kartläggning av det förebyggande arbetet i Sverige (69). Den syftade till att ge vägledning för hur arbetet med målgruppen kan utvecklas eftersom hiv och STI-preventiva insatser till migranter bör styras av kontinuerliga och systematiska analyser av epidemiologi och migrationsströmmar.

För att uppnå strategins andra delmål om att eventuell hivinfektion hos asylsökande och nyanlända anhöriginvandrare ska identifieras inom två månader, har fokus i hög grad legat på insatser för att öka genomförandegraden av hälsoundersökningar. Med stöd från Europeiska flyktingfonden (ERF) genomförde först Smittskyddsinstitutet och senare Folkhälsomyndigheten därför under 2012–2014 ett projekt som syftade till att förbättra system och samverkan om hälsoundersökningar av nyanlända. Projektet har bidragit till att skapa en modern digitaliserad informationsöverföring mellan Migrationsverket och landstingen för nyanlända som ska erbjudas hälsoundersökning samt att utveckla

utbildningsinsatser för personal på Migrationsverket och i landstingen. Inom ramen för projektet genomfördes flera studier som främst syftade till att fånga migranternas egna erfarenheter av och synpunkter på hälsoundersökningar. Sammanfattningsvis visade resultatet att migranterna såg hälsoundersökningen som ett positivt erbjudande, men att det fanns stora brister kring hur information och kommunikation genomfördes (70-74).

Några av det civila samhällets organisationer deltar som komplement till och i samverkan med landstingen till ökad tillgänglighet till hivtest. Resultaten är överlag positiva och uppföljningen visar att möjlighet till testning utanför vården underlättar beslutet att testa sig för många.

SFI-skolan är en arena för att nå personer med utländsk bakgrund med hiv- och STI-förebyggande insatser, eftersom nästan alla nyanlända genomgår en sådan utbildning (75). SFI-skolan omfattas inte av Skolverkets stödmaterial eller den obligatoriska sex- och samlevnadsundervisningen som finns i övriga skolan. Flera förebyggande insatser har därför utvecklats i samverkan med landsting, kommuner och civila samhällets organisationer(76, 77).

Unga och unga vuxna

Den nationella hivstrategin pekar på behovet av ökad kunskap om ungas kunskap om, attityder och beteenden till hiv, andra sexuellt överförda infektioner och graviditeter. Men även smittspridningsmönster bland unga samt deras möjlighet till hivtestning och rådgivning. Den nationella strategin pekar också på att ungdomsmottagningar och motsvarande verksamheter bör tas bättre tillvara i det förebyggande arbetet, liksom ansträngningar att nå ut till pojkar. Behov av kunskapsunderlag och riktlinjer för ungdomsmottagningarnas arbete betonas. Den nationella strategin delar in unga i tre grupper 10-13 år, 14-19 år och 20-29 år. Indelningen görs för att grupperna nås av olika aktörer med olika tilltal och på olika arenor. Två studier om kunskap, attityd och beteende bland unga i åldern 16–29 år har genomförts av ansvarig myndighet 2009 och 2015 (78, 79).

Skolans sex- och samlevnadsundervisning är obligatorisk. Det innebär att alla som går i skolan ska få del av en undervisning som är basen för allas rätt till information och kunskap om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter samt hiv och sexuellt överförda infektioner. En tydlig läroplan har i internationella studier visat sig vara en viktig förutsättning (80). Det som förmedlas ska vara kunskapsbaserat och följa skolans styrdokument och värdegrund (81, 82). Undervisningen ska nå alla unga i skolan och vara återkommande genom alla grundskolans stadier och gymnasiet. I enlighet med WHO (83) ska undervisningen gradvis ge barn och unga information, kompetens och positiva värderingar samt stärka individens egen identitet och självkänsla, för att de ska förstå och njuta av sin sexualitet, ha säkra och berikande relationer och ta ansvar för sin egen och andras sexuella hälsa och välbefinnande. Unga ska också känna till sina egna och respektera andras sexuella rättigheter,

förstå nyttan av prevention och förstå sexualitetens olika yttringar. På så sätt ska skolan ge verktyg både för nuet och för framtiden.

Ett programbaserat förebyggande arbete för unga och unga vuxna bedrivs av elevhälsan. Att delta är frivilligt, men i stort sett nås alla unga. Elevhälsan ska följa elevernas utveckling, bevara och förbättra elevernas fysiska och psykiska hälsa samt verka för sunda levnadsvanor och hälsofrämjande livsstil. Det sker bland annat genom utbildning och stödsamtal. Vaccinationer utförs enligt ett nationellt vaccinationsprogram. Vaccination mot humant papillomvirus (HPV) ingår för flickor. Ungdomsmottagningar är en lågtröskelverksamhet som arbetar efter lokala riktlinjer. Dessa följer ofta det policyprogram som Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar (FSUM) tagit fram. Verksamheten vänder sig vanligen till unga upptill 23 år men det, liksom storlek och öppettider, varierar utifrån lokala förutsättningar. På mottagningarna finns personal med medicinsk och psykosocial kompetens, oftast barnmorska, kurator och läkare, på hel eller deltid. Mottagningarna arbetar individinriktat, men med grupper och utåtriktad verksamhet när det finns resurser. Mottagningarna arbetar hälsofrämjande och förebyggande i huvudsak med sexuell, reproduktiv och psykisk hälsa. Unga flickor är den målgrupp som vanligen besöker ungdomsmottagningen medan 10–15 procent av pojkar någon gång har besökt en ungdomsmottagning (84).

För att öka testningen för klamydia, erbjuder i stort sett alla landsting möjligheten till klamydiatestning via internet. Detta har väsentligen ökat testningen bland killar. Många laboratorier erbjuder idag också samtidig analys för både klamydia och gonorré.

En nationell handlingsplan för klamydiaprevention (85) och ett kunskapsunderlag (86) togs fram 2009, för att stödja det lokala förebyggande arbetet till unga och unga vuxna. De behöver en gemensam grundläggande jämställd och jämlik information och kunskap som ger dem förmågan att ta ansvar för sin egen och andras sexuella hälsa. Det generella får aldrig utesluta de individuella behoven, och alla ska inkluderas. Detta gäller särskilt för unga hbtq-personer och unga med funktionsnedsättning.

Ansvaret för sexuell hälsa bland heterosexuella unga behöver bli mer jämställt. Unga kvinnor tar ansvar både för preventivmedel och testning i större utsträckning än unga män. Unga män rapporterar sämre sexuell hälsa än unga kvinnor (87). Ett ökat fokus på mäns sexuella hälsofrågor för att förändra stereotypa föreställningar om sexualitet kan ses som en del i ett jämställdhetsarbete som gynnar både män och kvinnor. Grunden för den sexuella hälsan måste läggas under uppväxten, så att unga förstår den strukturella nivån för jämställdheten och hälsan ur ett samhällsperspektiv.

Det förebyggande arbetet med hiv, sexuellt överförda infektioner och oönskade graviditeter utgår från hur unga förhåller sig till risktagande. Sexuellt risktagande omfattar handlingar som kan leda till överföring av hiv, STI eller oönskad graviditet. Genom forskning och de återkommande studier som genomförts inom

ramen för hivpreventionen finns idag kunskap om riskutsatthet och risktagande i olika grupper av unga och unga vuxna (16, 42, 78, 79, 88).

Unga i migrations- och tidig integrationsprocess behöver kunskap om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR). Bland unga som injicerar droger finns stor risk för hepatit C. Förebyggande av blodsmitta måste uppmärksammas i verksamheter som möter ungdomar. Barn och ungdomar som lever med hiv har rätt till särskilda stödinsatser utifrån sina individuella behov.

Det finns fortsatta utmaningar att utveckla och anpassa preventionen så att den når de personer som är mest riskutsatta både för hiv, STI samt hepatit B och C. Därför finns det behov av att fortsätta att utveckla ett behovsanpassat och integrerat preventivt arbete inom verksamheter som möter unga och unga vuxna med särskilda behov samt risktagande, riskutsatta och marginaliserade unga som exempelvis unga hbtq-personer. På nationell nivå finns behov av att regelbundet följa utvecklingen av kunskaper, attityder och beteenden i relation till sexuell hälsa, både generellt bland unga och unga vuxna samt i särskilda nyckelgrupper som hbtq-ungdomar och unga med funktionsnedsättning.

Epidemiologisk utveckling

I likhet med övriga länder i norden är förekomsten av hiv låg bland unga och unga vuxna. Drygt 600 barn, unga och unga vuxna (0–29 år) lever med känd hivinfektion i Sverige, varav cirka 460 är över 20 år. Det förekommer inte någon spridning av hivinfektion bland unga under 20 år i Sverige.

Förekomsten av klamydiainfektion hög. Den har varierat något men under åren 2009–2015 rapporterades varje år cirka 37 000 klamydiafall, varav drygt 80 procent av alla fall inträffade i åldersgruppen 15–29 år. Antalet fall av gonorré har under senare år ökat från låga nivåer både bland unga män och kvinnor och särskilt i gruppen män som har sex med män. Den epidemiologiska övervakningen pekar på att unga män troligen har ett högre mörkertal av både klamydia och gonorré än kvinnor. En ökande antibiotikaresistens har utvecklats för gonorré.

Antalet aborter har sedan 2006 varit cirka 37 000 per år. Flest aborter görs bland kvinnor mellan 20 och 29 år med 30 aborter per 1 000 kvinnor. Tonårsaborterna har minskat stadigt under de senaste tio åren, och 2015 rapporterades 14,4 aborter per 1 000 flickor i åldern 15–19 år, jämfört med 25,4 per 1 000 flickor under 2006. Minskningen antas bero på mer utvecklade preventivmetoder och subventioneringar av preventivmedel.

Av de fall som 2015 rapporterades med hepatit C i Sverige var 18 procent (172 fall) barn och ungdomar i åldern 0–24 år. Av dessa hade majoriteten (83 procent) smittats via injektion av droger. Sju av fallen var barn i åldrarna 0–14 år, varav sex fall rapporterades som "mor till barn-smitta". Bland ungdomar 15–19 år och 20–24 år dominerade smittvägen injektion av droger. Generellt är hepatit C vanligare bland män, men bland ungdomar i åldersgruppen 15–19 år var majoriteten kvinnor, 9 av 15 (60 procent). Unga från 18 år kommer den 1 mars att få tillgång till sprututbyte (53).

Riskutsatthet och risktagande

Riskutsatthet, risktagande och preventiva behov är inte jämnt fördelade bland unga och unga vuxna. Studier visar att riskfaktorer som kan kopplas till sexuellt risktagande är erfarenhet av sexuella övergrepp, svåra uppväxtvillkor, känslor av hopplöshet, depression och självmordsförsök. Andra riskfaktorer är hög konsumtion av alkohol, bruk av droger, att ha debuterat sexuellt före 15 år, fler än 10 partner det senaste året, sexuella handlingar mot sin vilja och socioekonomiskt utsatta levnadsförhållanden (78, 79).

Unga och unga vuxnas risktagande hänger också nära samman med riskutsatthet som de inte lika självklart kan styra över, som socioekonomiska svårigheter, erfarenhet av kränkningar och självupplevd diskriminering. Uppmärksamhet på och metodik för att upptäcka riskutsatta unga behöver finnas överallt där man möter unga, till exempel inom skolan, elevhälsan, särskolan, ungdomsmottagningar, socialtjänsten, HVB-hem, barn- och ungdomspsykiatrin, och boenden vid Statens institutionsstyrelse.

Unga hbtq-personer är en grupp som på många håll i landet saknar arenor för samtal och stöd, trots att samhället har ett ansvar för deras sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter. Det civila samhällets organisationer deltar i hög utsträckning i det förebyggande arbetet för gruppen, men samhället bär ansvar för att alla unga nås.

Studien UngKAB09 visar att många unga tar sexuella risker. Till exempel använde bara hälften av de unga som hade sex med en ny eller tillfällig partner kondom. Förekomst av klamydia visade även ett samband med social utsatthet. Resultat från 2009 och preliminära resultat från 2015 visar att unga som rapporterar en högre andel ohälsa inom flera områden finns bland unga hbt-personer, unga med erfarenhet av sex mot ersättning, unga med ≥ 10partner senaste året, unga med erfarenhet av sex mot sin vilja, unga med dålig ekonomi samt unga med erfarenhet av alkohol och droger. Hbt-personer och de med erfarenhet av sex mot ersättning har även i större utsträckning än övriga erfarenhet av kränkning och självupplevd diskriminering. Abort och klamydia är vanligare bland unga med ≥ 10 sexpartner under det senaste året, de som tagit droger i samband med det senaste sextillfället, de med erfarenhet av sex mot ersättning och de som debuterat före 15 års ålder (78, 79). Fler studier om riskutsatthet och risktagande bland olika grupper av unga har genomförts med stöd från Folkhälsomyndigheten som ökat kunskapen om riskutsatthet och risktagande (16, 58). Subgrupper av riskutsatta och risktagande unga behöver uppmärksammas och få tillgång till det stöd som ska erbjudas till alla.

Tuberkulos och hepatit B bland unga och unga vuxna är ovanligt i Sverige. Sedan mitten på 1970-talet erbjuds inte längre vaccination mot tuberkulos rutinmässigt till barn efter födseln, utan bara till familjer från länder med hög förekomst av tuberkulos och till barn med planerad längre vistelse i ett sådant land. Risken för tuberkulos är betydligt större utomlands än i Sverige. Barn som har ökad risk att

smittas av hepatit B rekommenderas och erbjuds gratis vaccination genom barnhälsovården eller elevhälsan.

Betydelsefulla resultat och insatser 2006–2016

Kunskapen om risktagande och riskutsatthet bland unga har ökat under perioden, bland annat genom studier av ungas kunskap, attityd och beteende i relation till hälsa och sexualitet UngKAB09 och UngKAB15 som genomförts på nationell nivå (78, 79).

Många insatser har genomförts med stöd av statsanslaget med fokus på unga och unga vuxna. Insatserna har varit både breda hälsofrämjande insatser till alla unga samt inriktade på att nå de mest riskutsatta och risktagande. Myndigheter, landsting och civilsamhällets organisationer har gemensamt bidragit till detta, enskilt eller i samverkan.

De hälsofrämjande insatserna har främst varit riktade till skolans sex- och samlevnadsundervisning med syfte att stärka och förbättra undervisningen. Olika utbildningsmaterial har tagits fram och kunskap om området har förmedlats i olika utbildningssammanhang. Framför allt har ett material på lätt svenska varit av betydelse för undervisning till nyanlända och unga med intellektuell funktionsnedsättning (76, 77).

Ungdomsmottagningarnas arbete har varit i fokus för olika utvecklingsinsatser, bland annat för att öka kondomanvändningen bland unga. Olika informationsinsatser i samband med den så kallade Klamydiamåndagen har utvecklats i samarbete med landstingen, med syfte att öka provtagningen av klamydia bland unga och unga vuxna. Utåtriktad, uppsökande verksamhet har bedrivits på festivaler eller andra arenor med utomhusaktiviteter i samarbete med det civila samhällets organisationer. På olika platser i landet har unga och unga vuxna generellt men också specifikt hbtq-personer nåtts med information och rådgivning om hiv och andra STI.

För att nå unga genom andra kanaler så har Folkhälsomyndigheten, landsting och det civila samhällets organisationer tagit fram insatser som visats på internet och bio och andra sociala medier, där fokus i huvudsak har varit på kondomanvändning. Exempel på nationella informationsinsatser är Knullträdet, Knull de Luxe och Dansa i neon.

De senaste åren har fokus varit att sprida kunskap om unga och risktagande genom rapporter, vägledningar och utbildningar samt att stödja införandet av kunskapsbaserade metoder för att nå individer som är särskilt risktagande och grupper med särskilda behov. Viktiga arenor i detta arbete är elevhälsan, socialtjänsten och ungdomsmottagningar.

Utlandsresenärer

Den nationella hivstrategin beskriver behovet av fördjupning och förstärkning av förebyggande insatser riktade till utlandsresenärer. Risk- och spridningsmönster bör analyseras utifrån beteendevetenskaplig och epidemiologisk analys och förebyggande metoder för olika grupper av resenärer bör utvecklas och utvärderas.

Studier visar att långt ifrån alla utlandsresenärer har sex under resor och en minoritet av dem har ett sexuellt beteende som utsätter dem för risk för hiv eller STI(89). Unga och MSM som redan tar risker tenderar att ta risker även utomlands (90). Det finns därför anledning att uppmärksamma risktagande och riskutsatthet utifrån mobilitet som fenomen, snarare än att se utlandsresenärer som en preventionsgrupp. Personer som identifieras som risktagande i Sverige eller utomlands kan ha behov av stödjande och riskreducerande förebyggande insatser som gäller risktagande generellt och utifrån mobilitet. Boende i Sverige reser utomlands, men Sverige är också ett resmål för personer från andra länder. Ett preventionsarbete som uppmärksammar mångfalden av mobilitetsaspekter kopplat till sexuellt riskbeteende behöver därför utvecklas. Utlandsresenärer är ingen homogen grupp, utan bör nås av det generella preventionsarbetet.

Kunskap om behovet av testning för hiv, hepatit B och C samt STI för personer som kommer från eller vistats i högendemiska områden eller länder behöver spridas och området bör också uppmärksammas inom hälso- och sjukvården.

Epidemiologisk utveckling

Bland alla rapporterade fall av hiv 2006–2015 anger 63–84 procent (i genomsnitt 73 procent) per år att de smittats utomlands. Majoriteten är migranter som har en diagnosticerad eller odiagnostiserad hiv redan innan ankomsten till Sverige.

Knappt 70 personer per år, eller cirka 15 procent av alla rapporterade fall under den senaste femårsperioden, är personer bosatta i Sverige som fått hiv i samband med utlandsvistelse. Av dessa är 17 procent kvinnor.

Majoriteten av dem som fått hiv utomlands, 53 procent, har fått hiv genom heterosexuell kontakt och 40 procent genom sex mellan män. 58 procent är födda i Sverige medan 42 procent är födda utomlands i 55 olika länder. Thailand är det vanligaste landet där överföring skett och står för 32 procent av de som smittats utomlands.

Riskutsatthet och risktagande

Resandet ökar i Europa och världen. EU och Schengenområdet har utvidgats, flygmarknaden har avreglerats och biljettpriserna har sjunkit generellt (Personlig kommunikation: Jean-Marie Skoglund, Transportstyrelsen). Mobilitet är ett begrepp som allt oftare används i samband med studier av migranter eller resenärer

från Sverige, för att förtydliga att rörligheten och att vara ny på en plats eller helt enkelt "inte hemma" ökar riskutsatthet och risktagande. Säsongsarbetare som kan förflytta sig både inom ett land och transnationellt är ett exempel på mobil population med låg grad av bofasthet. Personer som är utsatta för prostitution är en mobil grupp med stor riskutsatthet (91). Personer med utländsk bakgrund som bor i Sverige, är i hög utsträckning fortsatt mobila med återkommande resor till sina ursprungsländer. Hedersförtryck och tvångsgifte kan ytterligare öka riskutsattheten i dessa sammanhang.

En internationell systematisk översikt visade att cirka 20 procent av resenärer i allmänhet, har tillfälliga sexuella relationer i samband med utlandsresa (89). Förekomsten av hiv samt tillgång till prevention, testning och behandling för hiv och STI varierar mellan olika platser inom och mellan länder, vilket bidrar till geografiska skillnader i riskutsatthet för hiv och STI i samband med sex. Kunskapen om sexuellt risktagande i samband med utlandsvistelse är begränsad, men studerades i den senaste studien av sexualvanor i Storbritannien (92). Att ha tillfälligt sex med ny partner utomlands var starkt associerat med annat sexuellt risktagande som oskyddat sex med fler partner.

Större svenska enkätundersökningar som ställt frågor om resande har gett visst underlag för att kunna analysera riskbeteende och riskutsatthet i samband med utlandsresor (6, 93). En studie med fokus på unga, visar att majoriteten av ungdomar och unga vuxna som reser inte har sex under utlandsvistelsen. Men unga som generellt tar större sexuella risker än genomsnittet även i Sverige tenderar att också göra det utomlands (90). Samma mönster framgår i olika MSM-studier som gjorts de senaste åren. I den senaste MSM-studien (42) rapporterade 15 procent av männen att de hade träffat en icke stadig sexpartner för oskyddat analt samlag utomlands under de senaste 12 månaderna. Tre av fyra av de som haft oskyddat analt samlag hade haft det med en partner från det land som de besökte. Den som har sex med ny eller tillfällig partner vid utlandsresa har också ofta erfarenhet av sex med ny partner från annat land även hemma (92).

Även om de forskningsstudier som genomförts sammantaget tyder på att majoriteten av resenärer inte har tillfälligt sex under sina utlandsvistelser, visar en nyligen genomförd studie att svenska och brittiska backpacker-resenärer i Thailand använde kondom i mindre utsträckning än resenärer från andra länder när de hade tillfälliga sexpartner på resan (94).

Betydelsefulla resultat och insatser 2006–2016

På uppdrag av Folkhälsomyndigheten har studier gjorts om beteende vid utlandsresor. En litteraturöversikt över riskfaktorer vid och förebyggande metoder inför utlandsresor gjordes under 2016 (95).

Flera lokala informationsprojekt har genomförts direkt riktade till utlandsresenärer med uppmaning att ta med kondomer hemifrån, att använda kondom och att testa sig för hiv och STI vid hemkomst från utlandsresan. Även insatser för att öka kunskapen om sexuell hälsa riktat till turism- och resebranschen har genomförts.

Preliminära resultat från en intervjustudie med svenska MSM som regelbundet reser till Berlin visar att personer som utsätter sig för risker vid utlandsvistelsen även visar en liknande riskutsatthet hemma.

Personer utsatta för prostitution

Den nationella hivstrategin konstaterar att sambandet mellan mäns utnyttjande av personer i prostitution och spridningen av hiv och andra STI behöver synliggöras. Det noteras samtidigt att man inte hade identifierat personer utsatta för prostitution som en riskutsatt grupp i fråga om hiv eller STI i Sverige.

Personer som säljer sex är en generellt riskutsatt och sårbar heterogen grupp i fråga om psykisk ohälsa, sexuell utsatthet och riskbeteende. Det finns indikationer på att många som säljer sex i Sverige har koppling till andra länder och låg grad av anknytning till det svenska samhället och dess stödsystem. Det medför att det är svårt att nå personer med erfarenheten i studier och kartläggningar. Personer som köper sex är nästan uteslutande män, och de kan betraktas som sexuellt risktagande på gruppnivå även om studier indikerar att det gäller för dem i allmänhet och inte nödvändigtvis i relation till just sexköp (91).

Befolkningsstudier som frågat om erfarenhet av sex mot ersättning har bidragit med kunskap om förekomsten av och risktagande i relation till sex mot ersättning i olika delar av befolkningen (6, 93). Det finns inga data om förekomsten av hiv bland personer med erfarenhet av sex mot ersättning men det finns subgrupper som är marginaliserade och därmed svåra att nå med preventiva insatser och testning för hiv.

Tydliga ojämlikhetsaspekter finns, och det är tveklöst så att kvinnor och hbtq-personer, oberoende av könsidentitet, som säljer sex ofta är utsatta för sexuellt våld och tvång. Riskutsattheten och risksituationer varierar, men hälsofrämjande och förebyggande insatser behövs när det gäller prevention och sexuell hälsa. Insatserna ska vara lättillgängliga.

Sociala stödinsatser inklusive lättillgänglig testning för hiv och andra sexuellt överförda infektioner samt kompetens för bredare rådgivning om sexuell och reproduktiv hälsa för personer som säljer sex är områden som bör utvecklas i hela landet.

Personer som köper sex behöver känna till gällande lagstiftning som förbjuder köp av sexuella tjänster, få kunskap om kopplingen till organiserad brottslighet och människohandel, men också utifrån ett hiv- och STI-förebyggande perspektiv få kunskap om smittrisker, kondomanvändning och vikten av testning. De transnationella aspekterna behöver beaktas dels för att sexköp av personer som bor i Sverige ofta sker utomlands, dels för att uppsökande arbete behövs för att nå personer från andra länder som säljer sex i Sverige. En studie inom området har gjorts i Norge (96). För att minska efterfrågan på sexköp behövs också förebyggande insatser med fokus på normer och värderingar om frågor som

maskulinitet och jämställdhet i relation till sex mot ersättning. Insatserna behöver ske parallellt med och oberoende av riktade hiv- och STI-förebyggande insatser.

År 2008 fattade regeringen beslut om en handlingsplan för att bekämpa prostitution och människohandel för sexuella ändamål fram till 2010. Dåvarande Smittskyddsinstitutet var bland annat delaktiga i Socialstyrelsens framtagande av utbildningsmaterial riktat till yrkesverksamma (97). Regelbunden samverkan sker fortsatt i nätverk av myndigheter och civila samhällets organisationer. Nätverket samordnas av Länsstyrelsen i Stockholms län.

Epidemiologisk utveckling

Hiv- och STI-anmälningar saknar information om personen har haft sex mot ersättning. Därför saknas systematisk rapportering i Sverige av antalet fall av hiv och STI bland personer som köper eller säljer sex. Folkhälsomyndigheten har ingen specifik epidemiologisk data för personer med dessa erfarenheter, eftersom frågan inte heller ställs rutinmässigt i befolkningsbaserade enkäter. Senast gjordes det 1996 när 12,7 procent av männen uppgav att de betalat för att vara sexuellt tillsammans med någon. Den andel som tagit emot ersättning var, 0,5 procent bland män och 0,3 procent av kvinnorna (93). En studie som gjordes av Linköpings universitet visar att de som köpt sex med få undantag är män som i hög grad är sexuellt risktagande. Totalt 0,8 procent av männen och 0,6 procent av kvinnorna hade någon gång sålt sex. Var femte hade sålt sex fler än 10 gånger. Studien uppskattar att cirka 30 000 personer i befolkningen någon gång har betalat för sex. 8 av 10 som köpt sex uppger att det senaste sexköpet skedde utomlands, och 78 procent använde kondom vid det senaste sexköpet (98).

Totalt sett skattas en hivprevalens på 12 procent bland kvinnor som säljer sex i låg- och medelinkomstländer, men det finns stora variationer mellan olika länder (99). I Europa är skattningarna lägre och de flesta länder ligger på 1–5 procent bland kvinnor och något högre bland män som säljer sex (100).

Riskutsatthet och risktagande

Det finns inga homogena grupper av personer som använder sex som ersättning, köper eller säljer sex – tillfälligt eller under längre tid, vid enstaka eller flera tillfällen – utan erfarenheten förekommer i hela befolkningen. Några av anledningarna till den höga hivförekomsten globalt bland personer som säljer sex är högt antal sexpartner, inkonsekvent kondomanvändning, samtidigt injektionsmissbruk samt sociala och legala faktorer som påverkar möjligheterna till kondomtillgång, tillgång till skadereducerande insatser och alternativa försörjningsvägar (99).

Lagstiftningen ser mycket olika ut i Europa för köp och sälj av sex. Medan Nederländerna och Tyskland har legaliserat sexköp och bordellverksamhet har exempelvis Serbien och Rumänien kriminaliserat både köp och försäljning av sexuella tjänster. Sverige, Norge, Island, Frankrike har sexköpslagar som förbjuder köp av sex utan att reglera försäljning, liksom Kanada utanför Europa. Stödet för

sexköpslagen i Sverige är högt och 72 procent ger lagen sitt stöd (85 procent av kvinnorna och 60 procent av männen) (98).

En ökning av antalet fall av människohandel för sexuella ändamål har noterats de senaste åren i Europa, och även om Sverige ansetts mindre attraktivt för detta ändamål utifrån sin lagstiftning förekommer det också här (91). Ensamkommande barn anses särskilt utsatta, men kunskapen om omfattningen är begränsad. Länsstyrelsen vittnar också om att sexsäljare regelbundet flyttas mellan länder som del i den organiserade människohandeln, vilket gör det svårt att nå de utsatta med erbjudanden om insatser.

Studier visar att personer som köpt sex inte skiljer sig från dem som inte köpt sex när det gäller de flesta sociodemografiska faktorerna, psykiska symtom eller självkänsla. Men de rapporterar en förhöjd alkohol- eller drogkonsumtion, fler traumatiska händelser under uppväxten och förekomst av våld i pågående eller tidigare parrelationer. De har ofta ett aktivt sexliv med många partner, är aktiva på internet i kärleks- och sexuella syften, och har även en förhöjd förekomst av tvångsmässigt sexuellt beteende. De har även oftare än övriga hivtestat sig någon gång (45 procent jämfört med 26 procent). 62 procent av männen och 70 procent av kvinnorna som sålt sex har någon gång hivtestat sig, jämfört med 28 procent respektive 48 procent bland dem som inte sålt sex. 43 procent uppgav att de hade använt kondom vid det senaste tillfället när de sålt sex. De som nås i studierna, och har sålt sex, har oftast gjort det i Sverige. Däremot är det vanligt att de som köpt sex gjort det utomlands. Studier som gjorts bland köpare av sex överensstämmer och visar att det sexuella risktagandet är högt i målgruppen. Männen som köpt sex har sex med både män och kvinnor, och använder sällan kondom med fast partner (98).

Studien UngKAB15 (79) visar att, av alla unga mellan 16-29 år hade drygt 2 procent fått ersättning för sex. Personer som valt att inte kategorisera sig i fråga om kön har fått ersättning i högre grad än övriga. Av alla unga mellan 16-29 år hade 3 procent gett ersättning för sex men det fanns skillnader utifrån kön och ålder och killar mellan 20-24 år (4 procent) och mellan 25-29 år (8 procent) hade gett ersättning i högre grad än övriga.

Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas, transpersoners och queeras rättigheter (RFSL) har undersökt förekomsten av sex mot ersättning i hbtq-gruppen, och såg att den sexuella riskutsattheten är särskilt hög bland unga (101). I en senare rapport (46) framgår att kondomanvändningen och hivtestning inte är tillräcklig bland unga som haft sex mot ersättning. En studie bland transpersoner visar att 10 procent av respondenterna har erfarenhet av sex mot ersättning: 3 procent angav att de fått ersättning för sex en gång och 7 procent att det skett flera gånger (16). Det finns tecken på ett högre risktagande bland de män som haft sex mot ersättning än bland övriga MSM (42). Många av männen som fått ersättning angav att de testar sig regelbundet medan en hög andel av männen som gett ersättning i samband med oskyddat analt samlag aldrig hivtestat sig.

Betydelsefulla resultat och insatser 2006–2016

Kunskapen om gruppen och gruppens riskutsatthet och behov av insatser har ökat under de senaste åren, framförallt genom olika studier inom olika preventionsgrupper som visar att det finns en riskutsatthet relaterat till sexuell hälsa.

Inom ramen för det hivpreventiva arbetet har några av civila samhällets organisationer utvecklat sitt förebyggande arbete för hbtq-personer genom enkätundersökningar bland personer som har sex mot ersättning. Därmed har kunskapen om gruppen ökat om behov av hiv- och STI-prevention, men också om utsattheten för våld, diskriminering och social stigmatisering.

I storstadsområdena finns verksamheter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst som under åren har utvecklat sitt hivpreventiva arbete riktat till köpare och säljare av sex. Även om insatsområden utvecklats är det inte tillräckligt för att säkerställa att gruppen nås med hälsofrämjande och förebyggande insatser.

Gravida

Den nationella hivstrategin konstaterar att informationen till gravida behöver förbättras om risken för överföring av hivvirus till fostret samt hur det kan förhindras. Vid tidpunkten för utredningen som föregick strategin erbjöds inte gravida i samtliga landsting rutinmässig screening för hiv. Föreskrifter om infektionsscreening utfärdades av Socialstyrelsen 2004.

Mödrahälsovården vänder sig till alla gravida, är kostnadsfri och har både medicinsk och psykosocial inriktning. Den är frivillig, men i stort sett alla gravida deltar. Programmet har fokus på det friska, men ska också fånga både medicinska komplikationer, psykisk och fysisk ohälsa och svårigheter av psykosocial karaktär samt missbruk och våld i nära relationer. Fokus är på den gravida och det väntade barnet, men partner inkluderas och uppmuntras att delta.

I Sverige är det mycket ovanligt att hiv överförs i samband med graviditet, förlossning eller amning. Det beror både på att de som vet om att de har hiv står på en effektiv behandling men också på en mycket hög anslutning till infektionsscreening inom mödrahälsovården. Genom effektiv behandling under graviditet och förlossning förhindras överföring av hiv till barnet. Det innebär att även personer som lever med hiv kan planera för graviditet, vilket gör att många personer som lever med hiv idag har barn.

Eftersom hiv finns i hela världen och migration kan ske under graviditeten, är riskutsatthet för hiv och andra infektioner hos den gravida och den eventuella partnern ett fortsatt prioriterat område inom mödrahälsovården och förlossningsvården även i Sverige. Testning bör även erbjudas partner när det är medicinskt motiverat, för att undvika överföring av hiv under graviditeten. Personer i fertil ålder som kommer från områden med hög förekomst av hiv

behöver få information om var de kan testa sig och få rådgivning inför en kommande graviditet. Informationen kan ges av hälso- och sjukvården, men också via flyktingmottaganden, asylboenden eller det civila samhällets organisationer. De flesta nyanlända unga har tillgång till sociala medier, vilket kan bidra till ökad kunskap om sexualitet och relationer. Internet som informationskälla kan utvecklas mer systematiskt för att sprida kunskap.

Epidemiologisk utveckling

Mellan åren 1986 och 2005 fick totalt 245 personer hivdiagnos i samband med screening av gravida inom mödrahälsovården i Sverige. Under 2006–2015 diagnosticerades 168 gravida personer med hiv, dvs. cirka 17 per år jämfört med 12 per år i genomsnitt före 2006. De flesta av dessa, 95 procent under perioden 2006–2015, är födda utomlands med Thailand, Eritrea och Etiopien som de vanligaste födelseländerna. Jämfört med före 2006 har andelen svenskfödda minskat, från cirka 15 procent till 5 procent.

Det finns ingen statistik på nationell nivå över antalet gravida som avstår från screening, men det är troligen få. Under 2006–2015 har det fötts ett fåtal barn i Sverige där överföring av hiv skett innan den gravida har fått diagnos och tillgång till effektiv behandling.

Antalet barn i världen som lever med hiv i högendemiska områden har halverats sedan 2006, men ändå får cirka 100 000 barn hiv varje år i samband med graviditet, förlossning och amning. Det speglar förhållandet att bara cirka 70 procent av alla gravida i världen har tillgång till behandling. Det finns också skillnader mellan länder när det gäller antalet gravida som har tillgång till behandling under graviditet och förlossning, och även hur många som får behandling så att de kan amma utan att överföra virus till barnet. Unga kvinnor i Afrika söder om Sahara är en utsatt grupp där hiv ökar. Antalet aidsrelaterade dödsfall bland kvinnor i fertil ålder har minskat med 45 procent under de senaste fem åren, men det är fortsatt den vanligaste dödsorsaken bland fertila kvinnor i världen (26). UNAIDS har tagit fram en global plan för de 22 länder som under 2009 stod för 90 procent av alla gravida som lever med hiv och behöver behandling. Målet med planen var att överföringen av hiv mellan den gravida och barnet ska upphöra och att de gravida ska överleva. Bara 31 procent av de barn under 15 år som lever med hiv har tillgång till behandling (102).

Gravida från länder med hög tuberkulosincidens

Aktiv tuberkulos hos en gravid innebär en risk för smittöverföring till fostret. Symtomen på tuberkulos, under graviditet, kan vara diffusa och svårtolkade, eller i vissa fall saknas. Risken finns därmed att diagnosen ställs först efter förlossningen när det nyfödda barnet redan exponerats för en smittsam förälder. En riktad hälsokontroll för tuberkulos rekommenderas om den gravida kommer från ett område med hög tuberkulosincidens (≥ 100 fall per 100 000 invånare och år) eller om det finns misstanke om tidigare exponering. Inom mödrahälsovården nås gravida som är i en ålder då de annars inte brukar uppsöka hälso- och sjukvården.

Målet är att upptäcka smitta i så god tid att fostret inte påverkas under graviditeten och att smittan inte överförs i samband med eller efter förlossningen (103).

Sedan mitten på 1970-talet utförs vaccination mot tuberkulos inte längre rutinmässigt, men erbjuds till nyfödda i vissa riskgrupper. Det gäller i första hand barn i invandrarfamiljer från länder med hög tuberkulosförekomst och barn med planerad längre vistelse i sådant land.

Riskutsatthet och risktagande

Riskutsatthet i relation till graviditet ser mycket olika ut över världen. Det förebyggande arbetet i Sverige behöver ha kännedom om förhållandena både i Sverige och i övriga världen, eftersom många nyanlända migranter och andra mobila personer kan bli eller är gravida. I de flesta låginkomstländer är det främst gifta kvinnor som får tillgång till preventivmedel och som därför har möjlighet att planera sina graviditeter. Själva migrationsprocessen gör kvinnor riskutsatta eller risktagande i relation till sexuell hälsa. I länder med endemisk utbredning av hiv saknas generellt sex- och samlevnadsundervisning.

Mödrahälsovården i Sverige är en programbaserad verksamhet som utgår från ett basprogram med möjlighet till individualisering. Gravida har en nästan 100 procentig anslutning till programmet, och det ska anpassas utifrån medicinska, psykosociala och individuella förhållanden. Forskning som genomförts vid Malmö Högskola (104) och Uppsala universitet (105) visar att utlandsfödda gravida deltar i programmet som mödrahälsovården erbjuder i mindre utsträckning och gör färre besök än svenskfödda. Utlandsfödda gravida kommer också ofta senare i graviditeten till mödrahälsovården än svenskfödda. Studierna pekar på flera faktorer som kan bidra till detta, som svårigheter att få kontakt på grund av bristande språkkunskaper, svårigheter att formulera sig om sexualitet och reproduktion, begränsade öppettider, tidbokning och telefontider med knappval vid telefonkontakt samt låg flexibilitet och kunskap hos personalen. Utifrån att det är en person som är gravid så har provtagning och andra erbjudanden som ges inom mödrahälsovården fokus på den gravida och barnet. Detta gäller också infektionsscreening. Testning av partner till den gravida kan vara medicinskt motiverat för att utesluta att hen bär på en odiagnostiserad hivinfektion som skulle kunna överföras under graviditeten.

Betydelsefulla resultat och insatser 2006–2016

För att förhindra överföring av hiv mellan den gravida och barnet erbjuds alla gravida i Sverige numera infektionsscreening av hiv, hepatit B och syfilis. Syftet är att kunna erbjuda behandling under graviditet och i samband med förlossning för att förhindra överföring av hiv till barnet, enligt WHO:s regler för screening. Erbjudandet har sin grund i de föreskrifter om infektionsscreening mot hiv, hepatit B och syfilis som Socialstyrelsen utfärdade 2004 (SOSFS 2004:13). Vi kan se att dessa har haft genomslag under 2006–2015. Gravida nås numera i hög utsträckning av erbjudande om provtagning för hiv, hepatit B och syfilis i tidig graviditet.

Referenser

1. Gisslen M, Svedhem V, Lindborg L, Flamholc L, Norrgren H, Wendahl S, et al. Sweden, the first country to achieve the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)/World Health Organization (WHO) 90-90-90 continuum of HIV care targets. HIV Med. 2016. DOI:10.1111/hiv.12431.
2. Folkhälsomyndigheten. Smittsamhet vid behandlad hivinfektion : kunskapsunderlag från Folkhälsomyndigheten och Referensgruppen för Antiviral terapi (RAV). Solna: Folkhälsomyndigheten, 2014. 9789176030059. Hämtad från: http:// www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material.
3. Migrationsverket. Om Migrationsverket: Statistik [Internet]. 2017 [uppdaterad 10 Jan 2017; citerad 11 Jan 2017]. Hämtad från: http://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Statistik/Aktuell-statistik.html.
4. WHO Regional Office for South-East Asia. Progress Report on HIV in the WHO South-East Asia Region 2016. New Delhi, India: 2016. Hämtad från: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251727/1/9789290225393-eng.pdf.
5. Folkhälsomyndigheten. Att leva med hiv i Sverige - En studie om livskvalitet hos personer som lever med hiv [Elektronisk resurs].Folkhälsomyndigheten, 2015. 9789176035795. Hämtad från: http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer/Att-leva-med-hiv-i-Sverige---En-studie-om-livskvalitet-hos-personer-som-lever-med-hiv.
6. Smittskyddsinstitutet (SMI). HIV i Sverige : kunskaper, attityder och beteenden hos allmänheten 1987-2011. Stockholm: Smittskyddsinstitutet, 2011. Hämtad från: https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/h/Hiv-i-Sverige--Kunskaper-attityder-och-beteenden-hos-allmanheten-19872011/.
7. Socialdepartementet. För en god och jämlik hälsa. SOU 2017:4. En utveckling av det folkhälsopolitiska ramverket : Delbetänkande från Kommissionen för jämlik hälsa. Wolters Kluwer; 2016.
8. WHO Government of South Australia. Adelaide Statement on Health in All Policies,. Adelaide Australia: 2010. [citerad 11 Jan 2017]. Hämtad från: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44365/1/9789241599726_eng.pdf.
9. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development.2015. [citerad 10 Jan 2017]. Hämtad från: http://www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda/.
10. Regeringen. Diskrimineringslag (2008:567) In: Kulturdepartementet, editor. 2008.
11. Regeringen. Regeringens proposition 2007/08:110 En förnyad folkhälsopolitik,. 2008.
12. Folkhälsomyndigheten. Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer. Resultat från nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor. Solna: 2014. [citerad 10 Jan 2017]. Hämtad från: https://www.folkhalsomyndigheten.se/documents/nyheter-press/nyheter2014/utv-halsan-best%C3%A4mningsfaktorer-homo-bi-fina-2014.pdf.

13. Statens Folkhälsoinstitut. Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation Återrapportering av regeringsuppdrag att undersöka och analysera hälsosituationen bland hbt-personer,. Stockholm: 2005. [citerad 11 Jan 2017]. Hämtad från: https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12263/a200519HBThalsosituation-medallabilagor.pdf.
14. Hatzenbuehler ML, Keyes KM. Inclusive anti-bullying policies and reduced risk of suicide attempts in lesbian and gay youth. The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine. 2013;53(1 Suppl):S21-6. DOI:10.1016/j.jadohealth.2012.08.010.
15. Bränstrom R. Minority stress factors as mediators of sexual orientation disparities in mental health treatment: a longitudinal population-based study. Journal of epidemiology and community health. 2017. DOI:10.1136/jech-2016-207943.
16. Folkhälsomyndigheten. Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner - en rapport om hälsoläget bland transpersoner i Sverige [Elektronisk resurs].Folkhälsomyndigheten, 2015. 9789176034743. Hämtad från: http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer/Halsan-och-halsans-bestamningsfaktorer-for-transpersoner---en-rapport-om-halsolaget-bland-transpersoner-i-Sverige.
17. Zeluf G, Dhejne C, Orre C, Nilunger Mannheimer L, Deogan C, Hoijer J, et al. Health, disability and quality of life among trans people in Sweden-a web-based survey. BMC public health. 2016;16:903. DOI:10.1186/s12889-016-3560-5.
18. Dhejne C, Van Vlerken R, Heylens G, Arcelus J. Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. International review of psychiatry (Abingdon, England). 2016;28(1):44-57. DOI:10.3109/09540261.2015.1115753.
19. Meyer IH, Northridge ME. The health of sexual minorities: Springer; 2007.
20. Roth N, Boström G, Nykvist K. Hälsa på lika villkor? [Elektronisk resurs] : hälsa och livsvillkor bland HBT-personer Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2006. Hämtad från: https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/h/Halsa-pa-lika-villkor-Halsa-och-livsvillkor-bland-HBT-personer/.
21. Stuber J, Meyer I, Link B. Stigma, prejudice, discrimination and health. Social science & medicine (1982). 2008;67(3):351-7. DOI:10.1016/j.socscimed.2008.03.023.
22. Folkhälsomyndigheten. Rätten till hälsa – Hur normer och strukturer inverkar på transpersoners upplevelser av sexuell hälsa [Elektronisk resurs].Folkhälsomyndigheten, 2016. 9789176036785.
23. Lindroth M. 'Competent persons who can treat you with competence, as simple as that' - an interview study with transgender people on their experiences of meeting health care professionals. Journal of clinical nursing. 2016;25(23-24):3511-21. DOI:10.1111/jocn.13384.
24. Regeringen. En strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck [Elektronisk resurs].2014. Hämtad från: http://www.regeringen.se/sb/d/16973/a/231350.
25. Reisner SL, Poteat T, Keatley J, Cabral M, Mothopeng T, Dunham E, et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review. Lancet (London, England). 2016;388(10042):412-36. DOI:10.1016/s0140-6736(16)00684-x.

26. UNAIDS. GLOBAL AIDS UPDATE 2016. Geneva Switzerland: 2016. [citerad 11 Jan 2017]. Hämtad från: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-2016_en.pdf.
27. United Nations. Declaration of commitment on HIV/AIDS United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS 25-27 june 2001. , 2001. [citerad 10 jan 2017]. Hämtad från: http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/aidsdeclaration_en_0.pdf.
28. World Health Organization, Regional Office for Europe. Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia. Copenhagen, Denmark: 2004. [citerad 10 Jan 2017]. Hämtad från: http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hivaids/policy/guiding-policy-documents-and-frameworks-for-whoeuropes-work-on-hiv/dublin-declaration-on-partnership-to-fighthivaids-in-europe-and-central-asia.
29. Regeringen. Regeringens proposition 2005/06:60 : nationell handlingsplan mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar. Stockholm: Regeringen, 2005. [citerad 14 Dec 2016]. Hämtad från: http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=37&dok_id=GT0360.
30. Northern Dimension Partnership in Public Health and Social Well-being, Committee of Senior Representatives. NDPHS Strategy 2020.2015. [citerad 19 Jan 2017]. Hämtad från: http://www.ndphs.org/internalfiles/File/About_NDPHS/NDPHS_Strategy_2020.pdf.
31. UNAIDS. 90–90–90 - An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Geneva, Switzerland: 2014. [citerad 10 Jan 2017]. Hämtad från: http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/90-90-90.
32. United Nations. Political Declaration on HIV and AIDS: On the Fast-Track to Accelerate the Fight against HIV and to End the AIDS Epidemic by 2030. New York: 2016. [citerad 10 jan 2017]. Hämtad från: http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/2016-political-declaration-HIV-AIDS.
33. UNFPA. State of World Population 2005. New York, USA: 2005. [citerad 10 Jan 2017]. Hämtad från: http://www.unfpa.org/publications/state-world-population-2005.
34. Regeringen. Nationell strategi mot mäns våld mot kvinnor och hedersrelaterat våld och förtryck SOU 2015:55. 2015.
35. Folkhälsomyndigheten. Att lyckas med hivprevention – vägledning för kvalitetssäkring och kvalitetsutveckling av hivpreventivt arbete [Elektronisk resurs].Folkhälsomyndigheten, 2016. 9789176037485. Hämtad från: https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/a/att-lyckas-med-hivprevention-vagledning-for-kvalitetssakring-och-kvalitetsutveckling-av-hivpreventivt-arbete/.
36. Brännstrom J, Svedhem Johansson V, Marrone G, Wendahl S, Yilmaz A, Blaxhult A, et al. Deficiencies in the health care system contribute to a high rate of late HIV diagnosis in Sweden. HIV Med. 2016;17(6):425-35. DOI:10.1111/hiv.12321.
37. Davies O, Ustianowski A, Fox J. Pre-exposure Prophylaxis for HIV Prevention: Why, What, Who and How. Infectious diseases and therapy. 2016;5(4):407-16. DOI:10.1007/s40121-016-0128-8.
38. McCormack SM, Noseda V, Molina JM. PrEP in Europe - expectations, opportunities and barriers. Journal of the International AIDS Society. 2016;19(7(Suppl 6)):21103. DOI:10.7448/ias.19.7.21103.

39. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. The New England journal of medicine. 2011;365(6):493-505. DOI:10.1056/NEJMoa1105243.
40. Tikkanen R. Person, relation och situation : riskhandlingar, hivtest och preventiva behov bland män som har sex med män. Malmö: Hälsa och samhälle, Malmö högskola; 2008.
41. Tikkanen R. MSM-enkäten : riskhandlingar, hivtest och preventiva behov bland män som har sex med män. Malmö: Hälsa och samhälle, Malmö högskola; 2010.
42. Folkhälsomyndigheten. MSM2013 - En studie om sex, hiv och hälsa bland män som har sex med män i Sverige [Elektronisk resurs].Folkhälsomyndigheten, 2016. 9789176035979. Hämtad från: http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer/MSM2013---En-studie-om-sex-hiv-och-halsa-bland-man-som-har-sex-med-man-i-Sverige.
43. Smittskyddsinstitutet (SMI). EMIS 2010 i Sverige. Svenska resultat från den europeiska internetundersökningen EMIS 2010: en studie om män som har sex med män.2013. [citerad 2017-01-09]. Hämtad från: https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12854/emis%E2%80%93the-european-msm-internet-survey-2010.pdf.
44. Knoops L, Bakker I, Bodegom Rv, Zantkuijl P. Tina & slamming; MSM, crystak meth and intraveous drug use in a sexual setting. Amsterdam: Mainline Soa Aids, 2015. [citerad 10 jan 2017]. Hämtad från: https://www.google.se/?gws_rd=ssl#q=knoops+crystal+meth.
45. Amaro R. Taking Chances for Love? Reflections on Love, Risk, and Harm Reduction in a Gay Slamming Subculture. Contemporary Drug Problems. 2016;43(3):216-27.
46. Darj F, Jonsson J, Summanen E. Sex för X: Sex mot ersättning bland unga hbtq-personer. RFSL Ungdom Stockholm: 2015.
47. Strömdahl S. HIV preventive interventions, sampling methods and sexual risk behaviour among men who have sex with men [Elektronisk resurs]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2016 http://hdl.handle.net/10616/44982.
48. Smittskyddsinstitutet (SMI). FEMP 2011 Future of European prevention among men who have sex with men. Solna: 2011. [citerad 11 Jan 2017]. Hämtad från: https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/f/FEMP-2011-Future-of-European-prevention-among-men-who-have-sex-with-men/.
49. Gios L, Mirandola M, Toskin I, Marcus U, Dudareva-Vizule S, Sherriff N, et al. Bio-behavioural HIV and STI surveillance among men who have sex with men in Europe: the Sialon II protocols. BMC public health. 2016;16:212. DOI:10.1186/s12889-016-2783-9.
50. Alanko Blomé M. Blood borne viruses (HIV, HBV and HCV) among participants of a Swedish needle exchange program. Malmö: Department of Clinical Sciences, Malmö, Lund University; 2016.
51. Regeringen. Bättre insatser vid missbruk och beroende : individen, kunskapen och ansvaret : slutbetänkande. SOU 2011:35 Stockholm: Fritze, 2011. 9789138235713 (tills. med vol. 2). Hämtad från: http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/167105.
52. Folkhälsomyndigheten. Hälsofrämjande och förebyggande arbete med hepatit och hiv för personer som injicerar droger : en vägledning. Solna: Folkhälsomyndigheten, 2015. 9789176034422. Hämtad från: http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/19347/Hälsofrämjande-förebyggande-hepatit-hiv-personer-injicerar-droger-15001.pdf.

53. Riksdagen. Socialutskottets betänkande Ökad tillgänglighet till sprututbytesverksamhet i Sverige (Betänkande 2016/17:SoU4). [Internet]. Stockholm: Riksdagen. [citerad 19 Jan 2017]. Hämtad från: https://data.riksdagen.se/fil/3AD1D0D8-8D36-4953-B6EA-3B7BA658C116.
54. Socialstyrelsen. En uppskattning av omfattningen av injektionsmissbruket i Sverige. Stockholm: 2013. Dnr 5.4-144443/2013.
55. European Centre for Disease Prevention and Control. The 2015 ECDC/WHO Europe, HIV/AIDS Surveillance Report.2016. [citerad 19 Jan 2017]. Hämtad från: http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/HIV-AIDS-surveillance-Europe-2015.pdf.
56. Folkhälsomyndigheten. Riskbeteenden, hiv och hepatit bland personer som injicerade droger i Stockholm 1987–1998 [Elektronisk resurs].Folkhälsomyndigheten, 2015. 9789176034798. Hämtad från: http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer/Riskbeteenden-hiv-och-hepatit-bland-personer-som-injicerade-droger-i-Stockholm-19871998.
57. Folkhälsomyndigheten. Narkotikarelaterad dödlighet, 2016 [uppdaterad 2 september 2016; citerad 11 Jan 2017]. Hämtad från: https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/alkohol-narkotika-dopning-tobak-och-spel-andts/narkotika-och-halsofarliga-varor/narkotikabruk-och-halsa/narkotikarelaterad-dodlighet/.
58. Lindroth M. Utsatthet och sexuell hälsa [Elektronisk resurs] : en studie om unga på statliga ungdomshem. Malmö: Faculty of Health and Society, Malmö University; 2013 http://dspace.mah.se/handle/2043/15887.
59. Wiessing L, Blystad H. EMCDDA publishes guidelines on testing for HIV, viral hepatitis and other infections in injecting drug users. Euro Surveill. 2010;15(2010):15.
60. Relman DA, Choffnes ER, Mack A. Migration, Mobility, and Health. In, Infectious disease movement in a borderless world: workshop summary: National Academies Press; 2010.
61. Thomas F, Haour-Knipe M, Aggleton P. Mobility, sexuality and AIDS: Routledge; 2009.
62. Smittskyddsinstitutet (SMI). Migration, sexuell hälsa och prevention. Solna: Smittskyddsinstitutet 2012. Hämtad från: https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12840/migration-prevention-sexuell-halsa.pdf.
63. European Centre for Disease Prevention and Control. Annual Epidemiological Report 2016 – HIV/AIDS. [Internet]. Stockholm: ECDC; 2016 [cited 11 jan 2017]. Available from: http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/aids/surveillance-reports/Pages/Annual-Epidemiological-Report-2016.aspx. [citerad 11 Jan 2017]. Hämtad från: http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/aids/surveillance-reports/Pages/Annual-Epidemiological-Report-2016.aspx.
64. Rice BD, Elford J, Yin Z, Delpech VC. A new method to assign country of HIV infection among heterosexuals born abroad and diagnosed with HIV. Aids. 2012;26(15):1961-6.
65. Fakoya I, Álvarez-del Arco D, Woode-Owusu M, Monge S, Rivero-Montesdeoca Y, Delpech V, et al. A systematic review of post-migration acquisition of HIV among migrants from countries with generalised HIV epidemics living in Europe: mplications for effectively managing HIV prevention programmes and policy. BMC public health. 2015;15(1):1.

66. Fakoya I, Álvarez-del Arco D, Monge S, Copas AJ, Gennotte A-F, Volny-Anne A, et al. Advancing Migrant Access to Health Services in Europe (AMASE): Protocol for a Cross-sectional Study. JMIR research protocols. 2016;5(2):e74.
67. Referensgruppen för Antiviral Terapi, (RAV). Antiretroviral behandling av hivinfektion 2016, Behandlingsrekommendation 2016. Hämtad från: http://www.sls.se/Global/RAV/Dokument/RAV_HIV_2016_160524.pdf.
68. Gruer L, Cezard G, Clark E, Douglas A, Steiner M, Millard A, et al. Life expectancy of different ethnic groups using death records linked to population census data for 4.62 million people in Scotland. Journal of epidemiology and community health. 2016. DOI:10.1136/jech-2016-207426.
69. Folkhälsomyndigheten. Hiv- och STI-prevention riktad till migranter.2014. Hämtad från: https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/h/Hiv--och-STI-prevention-riktad-till-migranter/.
70. Lindkvist P, Johansson E, Hylander I. Fogging the issue of HIV-Barriers for HIV testing in a migrated population from Ethiopia and Eritrea. BMC public health. 2015;15(1):1.
71. Jonzon R, Lindkvist P, Johansson E. A state of limbo–in transition between two contexts: Health assessments upon arrival in Sweden as perceived by former Eritrean asylum seekers. Scandinavian journal of public health. 2015:1403494815576786.
72. Kalengayi FKN, Hurtig A-K, Nordstrand A, Ahlm C, Ahlberg BM. Perspectives and experiences of new migrants on health screening in Sweden. BMC health services research. 2016;16(1):1.
73. Lobo LL, Jonzon R, Hurtig A-K. Health Assessment and the Right to Health in Sweden: Asylum Seekers' Perspectives. PloS one. 2016;11(9):e0161842.
74. Folkhälsomyndigheten. Möten om hälsa. Vägledning inför hälsoundersökningar för migranter. . Solna: 2014. Hämtad från: https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/18233/Moten-om-halsa-vagledning.pdf.
75. Folkhälsomyndigheten. Sätt ord på hälsan - En konferens om SRHR inom sfi [Elektronisk resurs].Folkhälsomyndigheten, 2015. 9789176035429. Hämtad från: http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer/Satt-ord-pa-halsan---En-konferens-om-SRHR-inom-sfi.
76. Dahné A, Hellstrand V. Sexualundervisning på lättare svenska. Lektionsunderlag. Stockholm: Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU); 2015.
77. Dahné A, Hellstrand V. Sexualundervisning på lättare svenska. [Lärarhandledning och metoder]. Stockholm: Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU); 2015.
78. Tikkanen R, Abelsson J, Forsberg M. UngKAB09 : [kunskap, attityder och sexuella handlingar bland unga]. Göteborg: Inst. för socialt arbete, Göteborgs universitet; 2011.
79. Folkhälsomyndigheten. Sexualitet och hälsa bland unga i Sverige, UngKAB15 - en studie om kunskap, attityder och sexuella handlingar bland unga 16-29 år. Solna Under tryckning.
80. Schaalma HP, Abraham C, Gillmore MR, Kok G. Sex education as health promotion: what does it take? Archives of sexual behavior. 2004;33(3):259-69. DOI:10.1023/B:ASEB.0000026625.65171.1d.

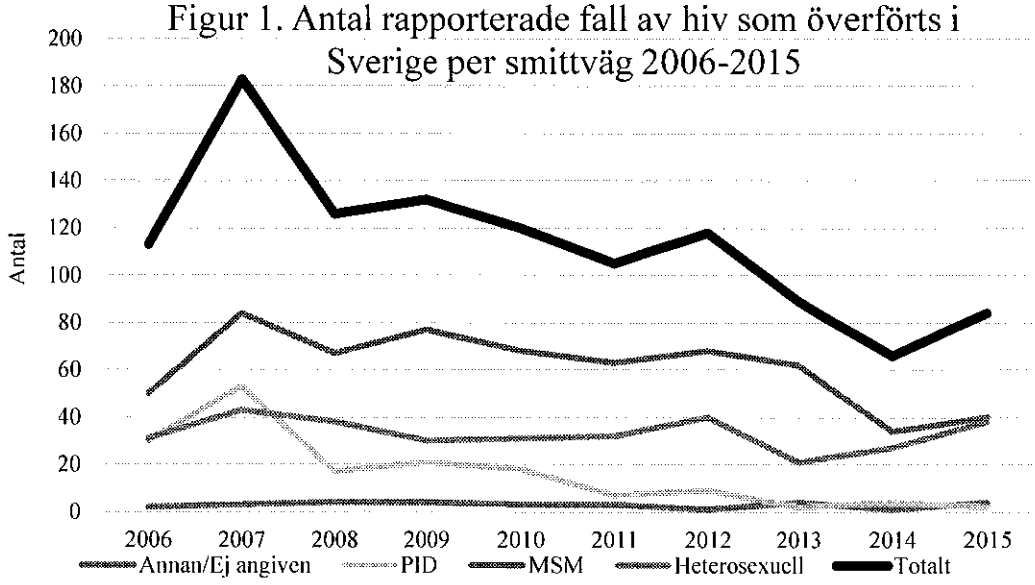
81. Skolverket. Skolverket: Regelverk: Skolverket; 2017 [citerad 11 Jan 2017]. Hämtad från: http://www.skolverket.se/regelverk.
82. Skolverket. Sex- och samlevnadsundervisning i gymnasieskolan : sexualitet, relationer och jämställdhet i de gymnasiegemensamma ämnena. Stockholm: Skolverket :; 2013.
83. WHO Regional Office for Europe and BZgA. Standards for Sexuality Education in Europe A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists. Cologne: 2010. [citerad 11 Jan 2017]. Hämtad från: http://www.oif.ac.at/fileadmin/OEIF/andere_Publikationen/WHO_BZgA_Standards.pdf.
84. Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar, FSUM. "Ni är grymma", "keep up the good work" : ungdomars erfarenheter uppfattningar och upplevelser av besök och kontakt med 33 ungdomsmottagningar 2012-2013. [Sverige]: Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar i samverkan med Region Örebro län, 2015.
85. Socialstyrelsen. Nationell handlingsplan för klamydiaprevention [Elektronisk resurs] : med fokus på ungdomar och unga vuxna 2009-2014. Stockholm: Socialstyrelsen, 2009.
86. Smittskyddsinstitutet (SMI). Att förebygga HIV och STI : kunskapsunderlag och vägledning för förebyggande arbete bland ungdomar och unga vuxna. Stockholm: Smittskyddsinstitutet :, 2011. 978-91-86723-07-1.
87. Regeringen. Makt att forma samhället och sitt eget liv - nya mål i jämställdhetspolitiken [Elektronisk resurs].2015. Hämtad från: http://www.regeringen.se/sb/d/8232/a/60746.
88. Lindroth M, Lofgren-Martenson L. Sexual chance taking: a qualitative study on sexuality among detained youths. The European journal of contraception & reproductive health care : the official journal of the European Society of Contraception. 2013;18(5):335-42. DOI:10.3109/13625187.2013.814770.
89. Vivancos R, Abubakar I, Hunter PR. Foreign travel, casual sex, and sexually transmitted infections: systematic review and meta-analysis. International journal of infectious diseases : IJID : official publication of the International Society for Infectious Diseases. 2010;14(10):e842-51. DOI:10.1016/j.ijid.2010.02.2251.
90. Sundbeck M, Emmelin A, Mannheimer L, Miorner H, Agardh A. Sexual risk-taking during travel abroad - a cross-sectional survey among youth in Sweden. Travel medicine and infectious disease. 2016;14(3):233-41. DOI:10.1016/j.tmaid.2016.03.014.
91. Mujaj E, Netscher A. Prostitutionen i Sverige 2014 : en omfattningskartläggning. Stockholm: Länsstyrelsen Stockholm; 2015.
92. Tanton C, Johnson AM, Macdowall W, Datta J, Clifton S, Field N, et al. Forming new sex partnerships while overseas: findings from the third British National Survey of Sexual Attitudes & Lifestyles (Natsal-3). Sexually transmitted infections. 2016;92(6):415-23. DOI:10.1136/sextrans-2015-052459.
93. Lewin B, Fugl-Meyer K. Sex i Sverige : om sexuallivet i Sverige 1996. Stockholm: Folkhälsoinstitutet, 1998. 91-88563-27-8.
94. Lewis C, de Wildt G. Sexual behaviour of backpackers who visit Koh Tao and Koh Phangan, Thailand: a cross-sectional study. Sexually transmitted infections. 2016:sextrans-2015-052301.
95. Skarpås Emma. Så länge säsongen inte tar slut. En intervjustudie om säsongsarbete, relationer och sexuell hälsa. Malmö Högskola; 2014.

96. Kristvik E. Sterke hovud og sterke hjarte. Thailandske kvinner på den norske sexmarknaden. Oslo: Universitetet i Oslo; 2004.
97. Socialstyrelsen. Sex mot ersättning : utbildningsmaterial om skydd och stöd till barn och unga. Stockholm: Socialstyrelsen, 2015. 9789175553122. Hämtad från: http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-5-2.
98. Priebe G, Svedin CG. Sälja och köpa sex i Sverige 2011. Förekomst, hälsa och attityder [Elektronisk resurs] : Delrapport 1 ur Prostitution i Sverige - Kartläggning och utvärdering av prostitutionsgruppernas insatser samt erfarenheter och attityder i befolkningen. Linköping: Linköping University Electronic Press, 2012. 978-91-7519-928-3. [citerad 10 Jan 2017]. Hämtad från: http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:liu:diva-75340.
99. Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, Duff P, Mwangi P, Rusakova M, et al. Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. The Lancet. 2015;385(9962):55-71.
100. ECDC. Thematic report: Sex workers Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2014 progress report.2014. [citerad 10 Jan 2017]. Hämtad från: http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/dublin-declaration-sex-workers-2014.pdf.
101. Larsdotter Suzann, Jonsson Jonas, Gäredal Mina. Osynliga och synliga aktörer - Hbt-personer med erfarenhet av att sälja och-eller köpa sexuella tjänster. RFSL.2011. [citerad 11 Jan 2017]. Hämtad från: https://alfresco.rfsl.se/share/s/40M0ziL6TcOP-iECiQTvWg.
102. UNAIDS. Countdown to zero, Global plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keep their mothers alive,. Geneva, Switzerland: 2011. [citerad 26 Jan 2017]. Hämtad från: http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_en.pdf.
103. Socialstyrelsen. Rekommendationer för preventiva insatser mot tuberkulos – hälsokontroll, smittspårning och vaccination 2013.
104. Ny P. Swedish maternal health care in a multiethnic society - including the fathers. Malmö: Faculty of Health and Society, Malmö University; 2007.
105. Binder P. The Maternal Migration Effect [Elektronisk resurs] : Exploring Maternal Healthcare in Diaspora Using Qualitative Proxies for Medical Anthropology. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis; 2012 http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:uu:diva-182870.

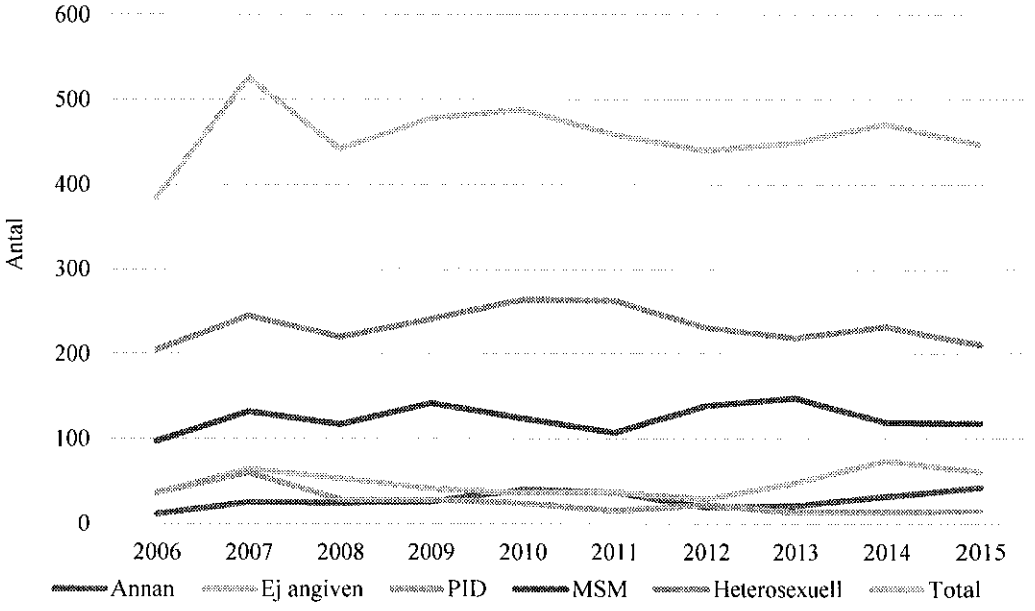
Bilaga

Epidemiologisk utveckling för hiv, hepatit B och C, klamydia, gonorré, syfilis och tuberkulos i Sverige under perioden 2006 – 2016.

Figur 1. Antal rapporterade fall av hiv som överförts i Sverige per smittväg 2006-2015

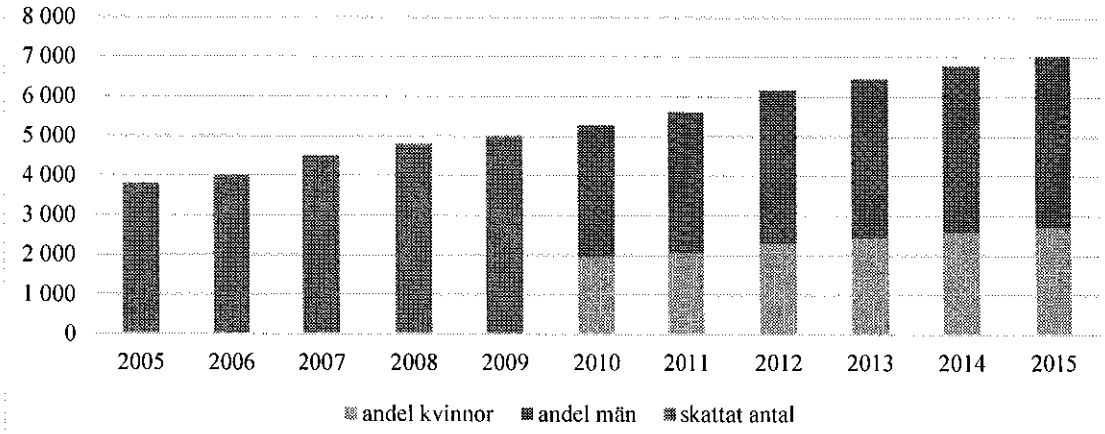


Figur 2. Antal rapporterade fall av hiv totalt och per smittväg 2006-2015

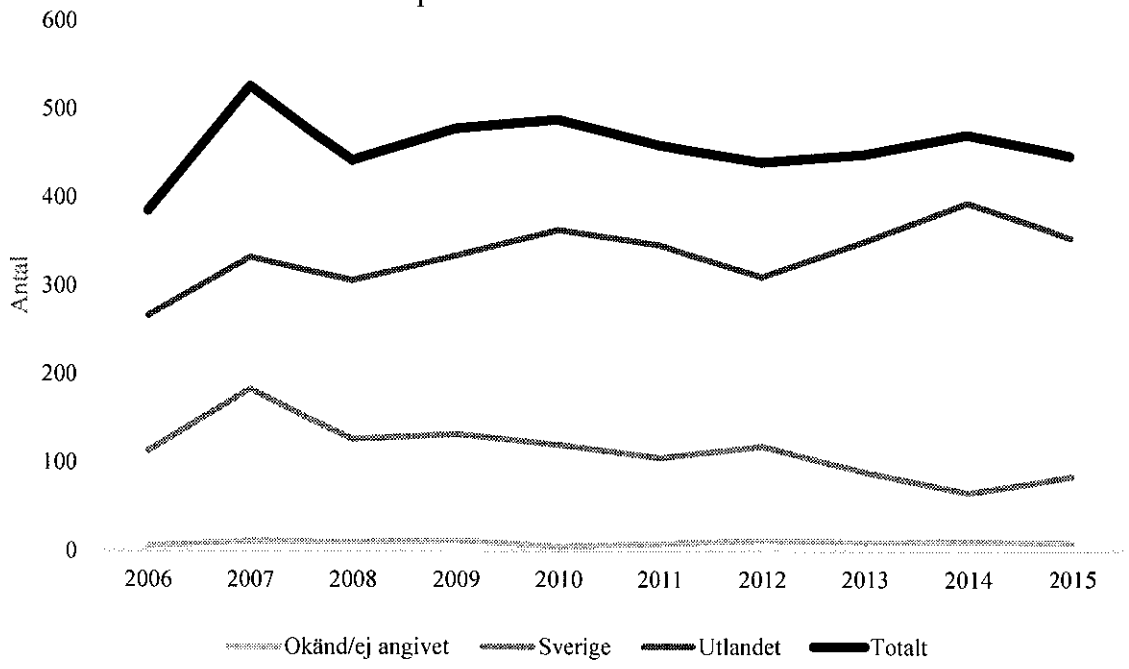


Figur 3. Antal personer som lever med känd hivinfektion i Sverige

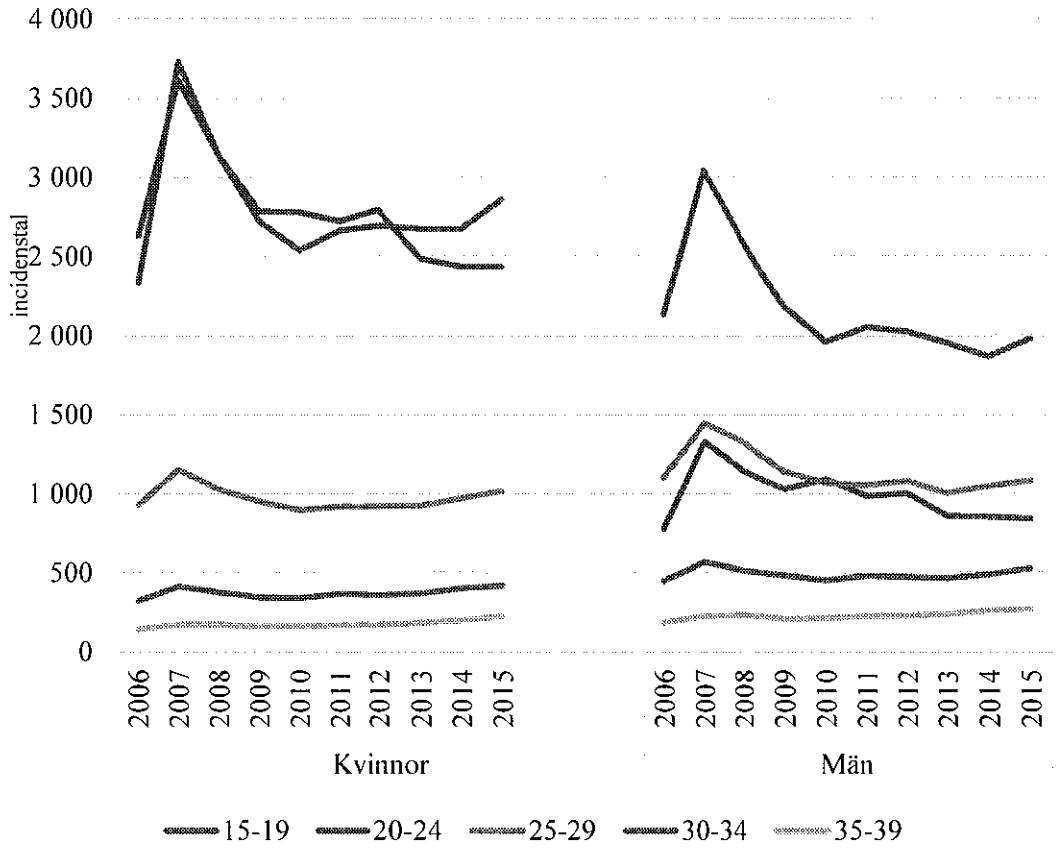
(Källa: 2005-2009 uppskattat SMI; 2010-2015 InfCareHIV)



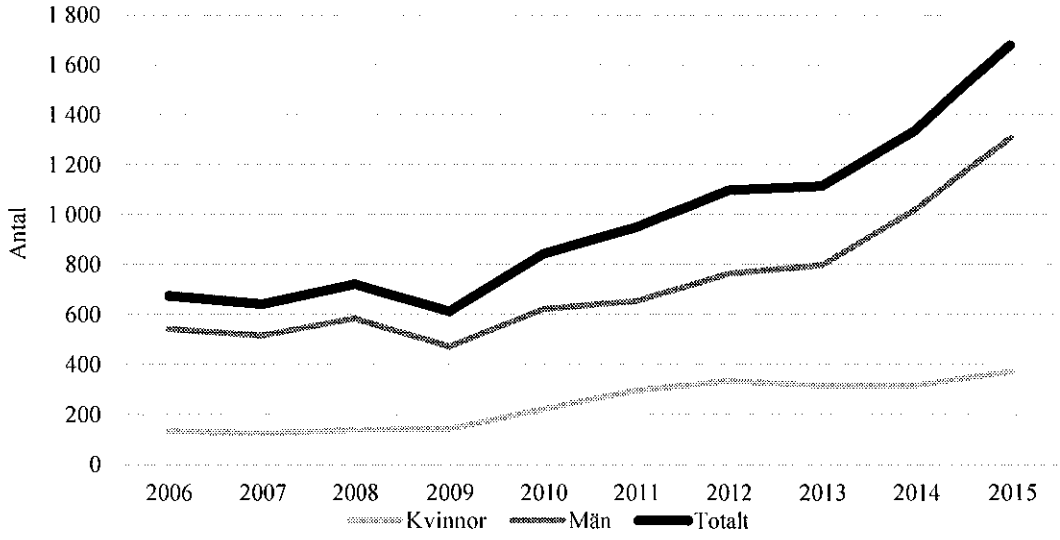
Figur 4. Antal rapporterade fall av hiv totalt och per smittland 2006-2015



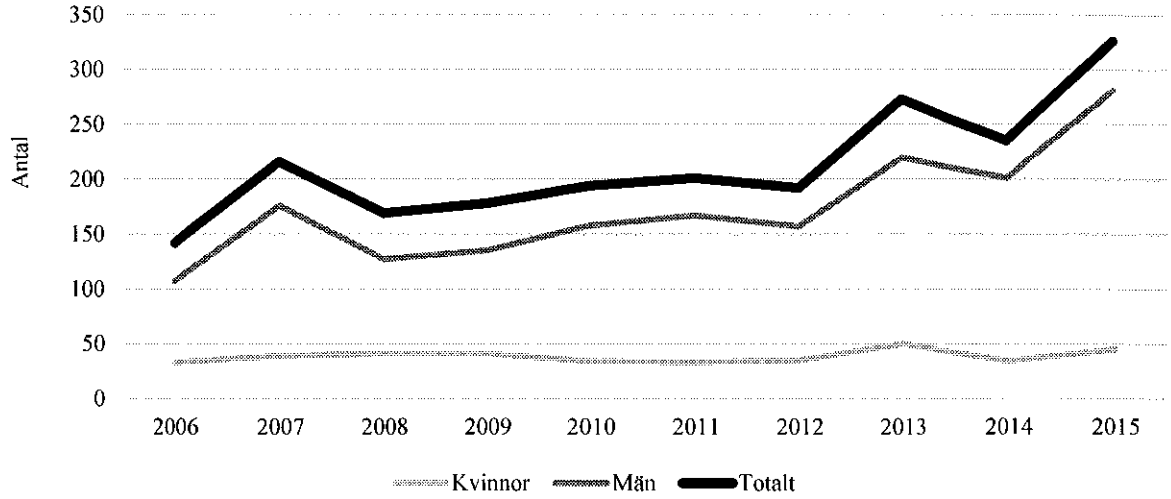
Figur 5. Klamydiaincidens per 100 000 invånare i åldersgrupper och kön 2006-2015



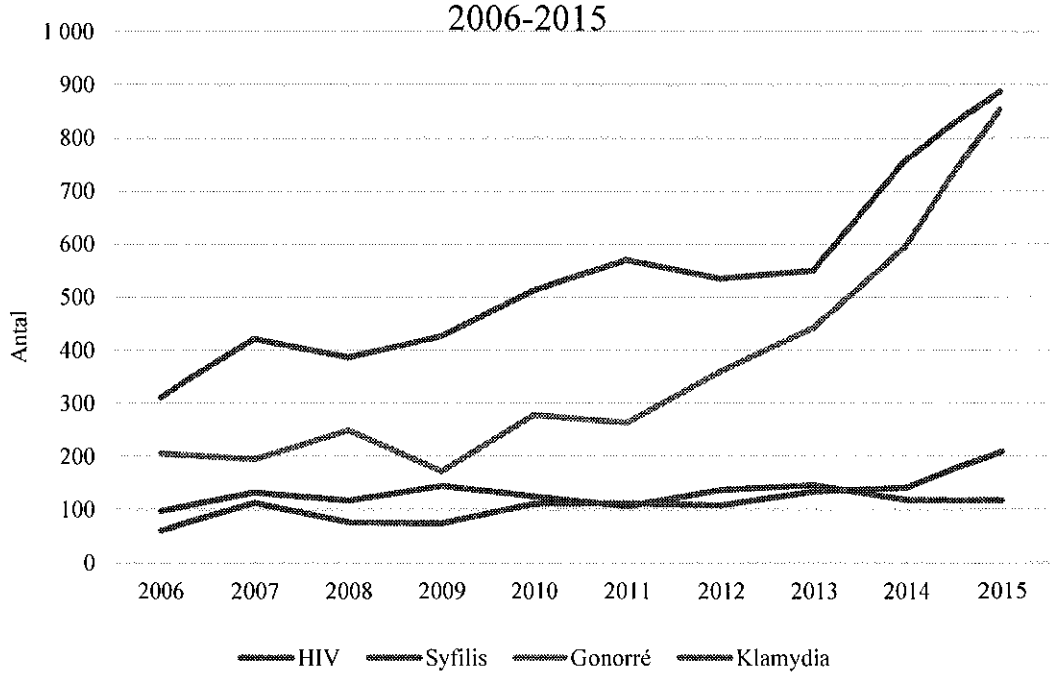
Figur 6. Rapporterade fall av gonorré per kön 2006-2015



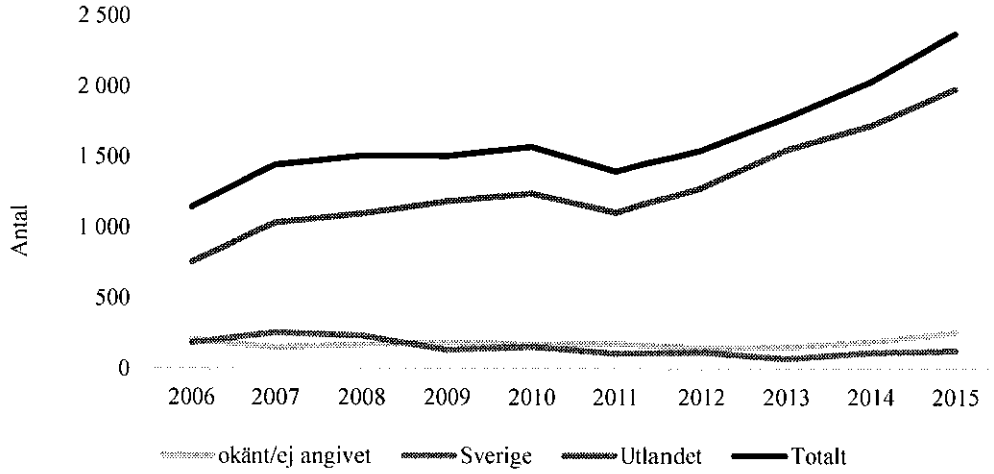
Figur 7. Rapporterade fall av syfilis per kön 2006-2015



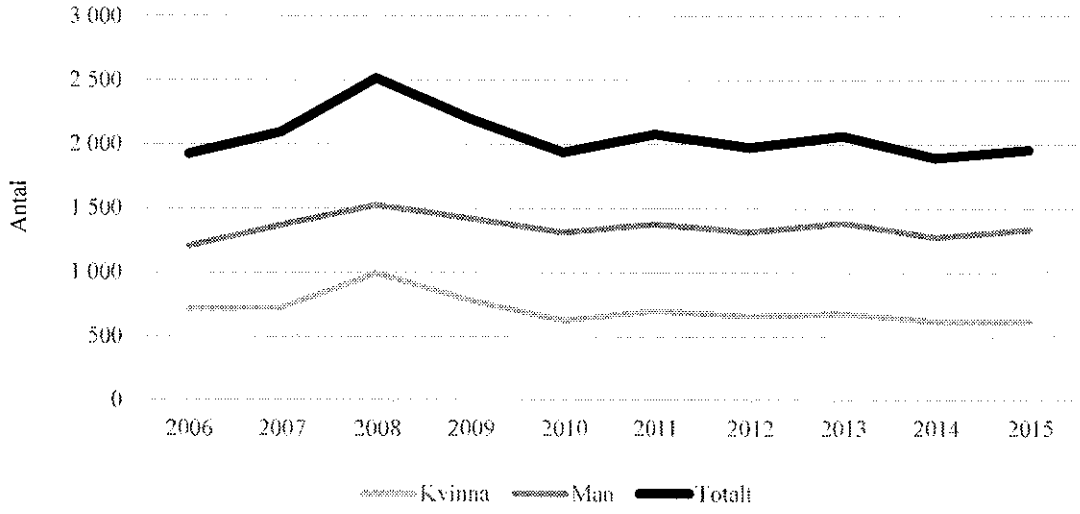
Figur 8. Rapporterade fall av hiv och STI bland MSM 2006-2015



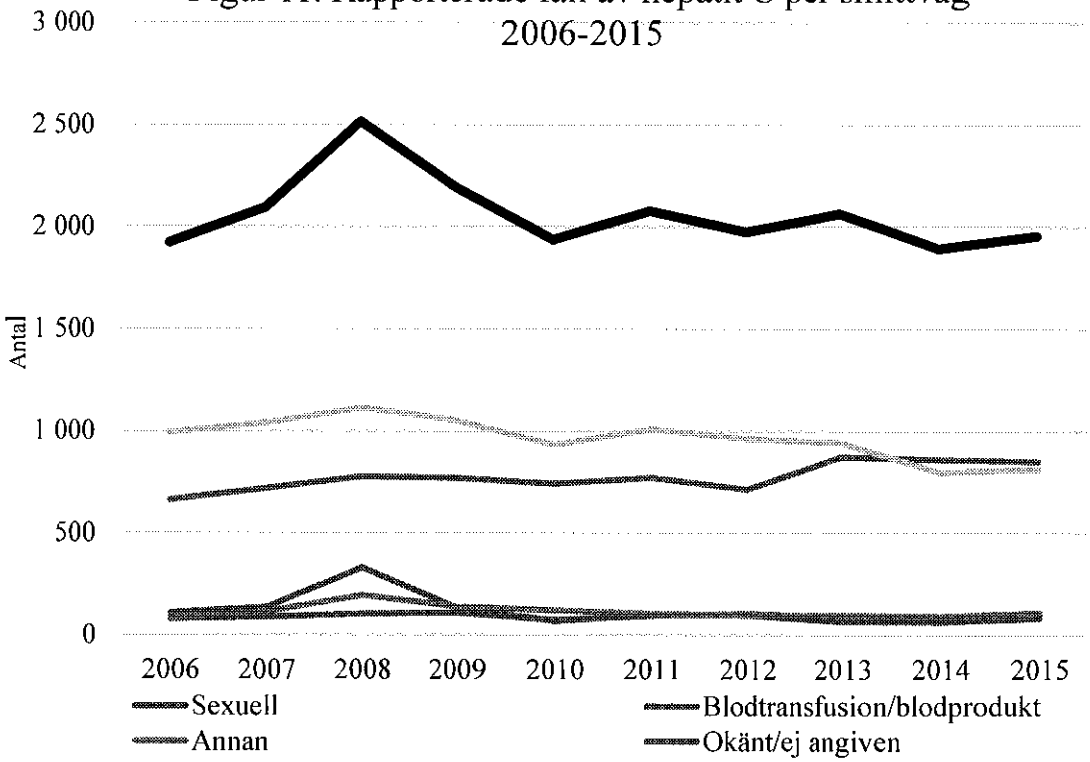
Figur 9: Antal rapporterade fall av hepatit B totalt och per smittland 2006-2015



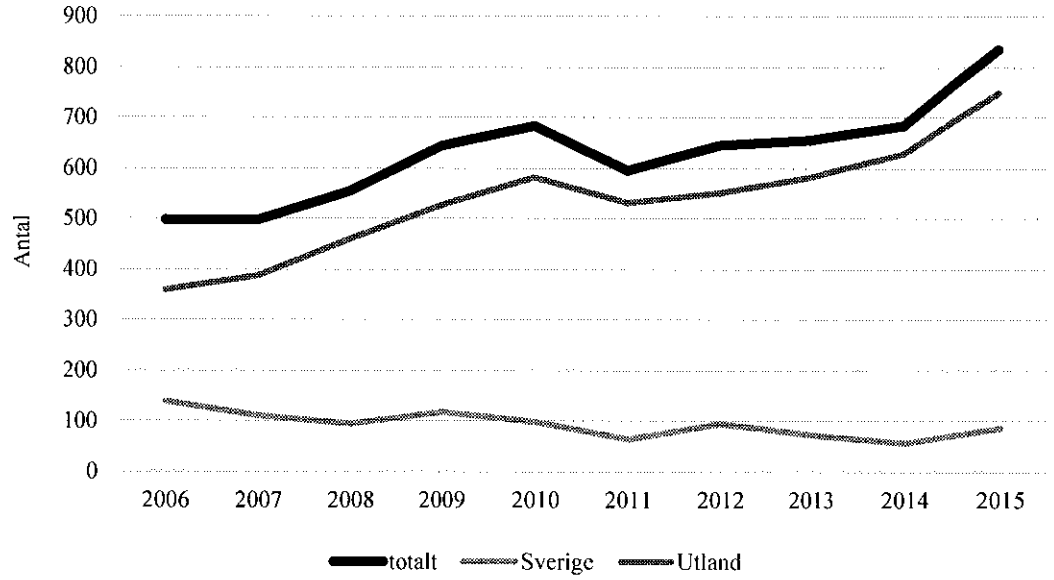
Figur 10. Rapporterade fall av hepatit C-infektion per kön 2006-2015



Figur 11. Rapporterade fall av hepatit C per smittväg 2006-2015



Figur 12. Antal rapporterade fall av TB totalt och per födelseland 2006-2015



22

Uppdrag till regionstyrelsens ordförande att besluta om svar på remiss Karensavdrag – en mer rättvis självrisk (Ds 2017:18)

RS/1197/2017

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Tjänsteskrivelse
(Ange instans)

2017-05-29

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

RS/1197/2017

Uppdrag till regionstyrelsens ordförande att besluta om svar på remiss Karensavdrag – en mer rättvis självrisk (Ds 2017:18)

Ärendebeskrivning

Region Jämtland Härjedalen har getts möjlighet att lämna synpunkter på rubricerade remiss.

I promemorian föreslås ett införande av ett lagstadgat karensavdrag i sjukförsäkringen. Avdraget ersätter den nuvarande karensdagen. Syftet med ett införande av ett karensavdrag är i första hand att uppnå en mer rättvis självrisk i samband med sjukfrånvaro. Vidare är syftet med ett karensavdrag att avdraget blir detsamma för den försäkrade oavsett när sjukfrånvaron inträffar. Bestämmelserna föreslås träda i kraft den 1 januari 2019.

Synpunkterna ska vara Socialdepartementet tillhanda senast den 7 augusti 2017. För att kunna använda tiden fullt ut föreslås att regionstyrelsens ordförande efter samråd med regionstyrelsens 2: vice ordförande fattar beslut om remissvaret.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsens ordförande får i uppdrag att ta beslut om svar på remiss om Karensavdrag – en mer rättvis självrisk (Ds 2017:18) efter samråd med regionstyrelsens 2:e vice ordförande.

Utdrag till

Regionsekreterare

Regeringskansliet

Remiss

2017-05-11
S2017/02900/SF

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN
2017 -05- 19
Dnr...../...../20.....

Socialdepartementet
Socialförsäkringsenheten

Promemorian *Karensavdrag – en mer rättvis självrisk (Ds 2017:18)*

Remissinstanser

1 Hovrätten för Västra Sverige
2 Lunds tingsrätt
3 Kammarrätten i Stockholm
4 Förvaltningsrätten i Umeå
5 Domstolsverket
6 Försäkringskassan
7 Socialstyrelsen
8 Folkhälsomyndigheten
9 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Forte
10 Inspektionen för socialförsäkringen
11 Stockholms läns landsting
12 Uppsala läns landsting
13 Södermanlands läns landsting
14 Östergötlands läns landsting
15 Jönköpings läns landsting
16 Kronobergs läns landsting
17 Kalmar läns landsting
18 Gotlands kommun
19 Blekinge läns landsting

Telefonväxel: 08-405 10 00
Fax: 08-723 11 91
Webb: www.regeringen.se

Postadress: 103 33 Stockholm
Besöksadress: Fredsgatan 8
E-post: s.registrator@regeringskansliet.se

20 Skåne läns landsting

21 Hallands läns landsting

22 Västra Götalands läns landsting

23 Värmlands läns landsting

24 Örebro läns landsting

25 Västmanlands läns landsting

26 Dalarnas läns landsting

27 Gävleborgs läns landsting

28 Västernorrlands läns landsting

29 Jämtlands läns landsting

30 Västerbottens läns landsting

31 Norrbottens läns landsting

32 Ekonomistyrningsverket

33 Skatteverket

34 Arbetsgivarverket

35 Kammarkollegiet

36 Statistiska centralbyrån

37 Statens servicecenter

38 Länsstyrelsen i Stockholms län

39 Länsstyrelsen i Kronobergs län

40 Stockholms universitet

41 Lunds universitet

42 Umeå universitet

43 Handelshögskolan i Stockholm

44 Konkurrensverket

45 Bolagsverket

46 Tillväxtverket

47 Myndigheten för tillväxtpolitiska utvärderingar och analyser, Tillväxtanalys

48 Regelrådet

49 Samhall AB

50 Diskrimineringsombudsmannen, DO

51 Konstnärsnämnden

52 Arbetsförmedlingen

53 Arbetsmiljöverket

54 Arbetsdomstolen

55 Medlingsinstitutet

56 ILO-kommittén

57 Institutet för arbetsmarknads-och utbildningspolitisk utvärdering

58 Inspektionen för arbetslöshetsförsäkringen

59 Järfälla kommun

60 Lidingö stad

61 Tyresö kommun

62 Tierps kommun

63 Strängnäs kommun

64 Linköpings kommun

65 Gnosjö kommun

66 Alvesta kommun

67 Markaryds kommun

68 Borgholms kommun

69 Vimmerby kommun

70 Höör kommun

71 Malmö stad

72 Kungsbacka kommun

73 Färgelanda kommun

74 Mariestads kommun

75 Forshaga kommun

76 Kristinehamns kommun

77 Karlskoga kommun

78 Köpings kommun

79 Falu kommun

80 Rättviks kommun

81 Hofors kommun

82 Härnösands kommun

83 Sollefteå kommun

84 Sundsvalls kommun

85 Bräcke kommun

86 Storumans kommun

87 Kiruna kommun

88 Piteå kommun

89 Handikappförbunden

90 Pensionärernas riksorganisation, PRO

91 Sveriges Kommuner och Landsting, SKL

92 Svenskt Näringsliv

93 Lantbrukarnas Riksförbund, LRF

94 Svensk Försäkring

95 Tjänstemännens Centralorganisation, TCO

96 Sverige Akademikers Centralorganisation, SACO

97 Landsorganisationen i Sverige, LO

98 Näringslivets regelnämnd, NNR

99 LO-TCO Rättsskydd

100 Arbetslöshetskassornas samorganisation

101 AFA Försäkring

102 Företagarna

103 Småföretagarnas Riksförbund

104 Företagarförbundet Fria Företagare

105 Handelns utredningsinstitut

106 Arbetsgivarföreningen, KFO

107 Ledarna

108 Arbetsgivaralliansen

109 Sveriges Kvinnolobby

110 Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa, NSPH

111 Konstnärliga och litterära yrkesutövares samarbetsnämnd (KLYS)

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet senast den 7 augusti 2017. Förlängd remisstid kommer tyvärr inte att kunna medges. Svaren skickas i elektronisk form och då både i wordformat och pdf-format. Remissvaren ska skickas till följande e-postadresser: s.registrator@regeringskansliet.se samt s.sf@regeringskansliet.se. Ange diarienummer S2017/02900/SF och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet.

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

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

Frågor besvaras av Susanne Mattson, telefon 08-405 39 72 eller susanne.mattson@regeringskansliet.se

Therese Karlberg
Departementsråd

Kopia till
Wolters Kluwers kundservice, 106 47 Stockholm

Ds 2017:18

Karensavdrag – en mer rättvis självrisk

REGERINGSKANSLIET
Socialdepartementet

SOU och Ds kan köpas från Wolters Kluwers kundservice.
Beställningsadress: Wolters Kluwers kundservice, 106 47 Stockholm
Ordertelefon: 08-598 191 90
E-post: kundservice@wolterskluwer.se
Webbplats: wolterskluwer.se/offentligapublikationer

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Wolters Kluwer Sverige AB
på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.
Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).
En kort handledning för dem som ska svara på remiss.
Häftet är gratis och kan laddas ner som pdf från eller beställas på regeringen.se/remisser

Omslag: Regeringskansliets standard
Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2017

ISBN 978-91-38-24613-9
ISSN 0284-6012

Innehåll

1 Sammanfattning 3

2 Författningsförslag 5

2.1 Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken 5

2.2 Förslag till lag om ändring i lagen (1991:1047) om sjuklön 15

3 Bakgrund 19

3.1 Karensdagens mindre önskvärda effekter 19

3.2 Tidigare förslag om karensavdrag 20

3.3 Förslag från den parlamentariska socialförsäkringsutredningen 20

3.4 Nuvarande regler 21
3.4.1 Sjuklön 21
3.4.2 Sjukpenning 22
3.4.3 Sjukpenninggrundande inkomst och årsarbetstid 23
3.4.4 Sjukpenning till arbetslös 23
3.4.5 Karenstid för egenföretagare 23
3.4.6 Högriskskydd och regler om återinsjuknande 24

3.5 En förändrad arbetsmarknad 25

3.6 Karensavdrag i kollektivavtal 28

4 Förslag om karensavdrag 29

4.1 Karensavdrag ersätter karensdag 29

4.2 Karensavdrag i lagen om sjuklön ... 30
4.3 Karensavdrag i socialförsäkringsbalken ... 32
4.4 Villkor och begränsningar gällande karensavdrag ... 33
4.5 Erforderliga följdändringar ... 35
4.6 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser ... 36

5 Konsekvenser ... 39

5.1 För enskilda försäkrade ... 39
5.1.1 Försäkrade som erhåller sjuklön ... 40
5.1.2 Försäkrade som erhåller sjukpenning ... 43
5.1.3 Återinsjuknande ... 46
5.2 För arbetsgivare ... 47
5.2.1 Mindre företag ... 49
5.2.2 Kommuner och landsting ... 49
5.3 Konsekvenser för Försäkringskassan ... 50
5.4 De allmänna förvaltningsdomstolarna ... 51
5.5 Konsekvenser för jämställdhet ... 52
5.6 Konsekvenser för statens budget och korttidssjukfrånvarons utveckling ... 53
5.7 Alternativa lösningar avseende karensavdragets konstruktion ... 54

6 Författningskommentar ... 55

6.1 Förslaget till lag om ändring i socialförsäkringsbalken ... 55
6.2 Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:1047) om sjuklön ... 61

1 Sammanfattning

I promemorian föreslås ett införande av ett lagstadgat karensavdrag i sjukförsäkringen. Avdraget ersätter den nuvarande karensdagen. Karensavdraget ska i princip motsvara karensdagen beloppsmässigt. Ett karensavdrag föreslås även i lagen (1991:1047) om sjuklön och det ska uppgå till 20 procent av en genomsnittlig veckoersättning av sjuklön. I socialförsäkringsbalken föreslås karensavdraget utgöra en kalenderdagsberäknad sjukpenningdag. Om sjukpenningen ska arbetstidsberäknas föreslås ett karensavdrag motsvarande 20 procent av en genomsnittlig veckoersättning av sjukpenning. Egenföretagare som endast har inkomst av annat förvärvsarbete berörs inte av de föreslagna regeländringarna i egenskap av egenföretagare.

Syftet med ett införande av ett karensavdrag är i första hand att uppnå en mer rättvis självrisk i samband med sjukfrånvaro. Vidare är syftet med ett karensavdrag att avdraget blir detsamma för den försäkrade oavsett när sjukfrånvaron inträffar.

Bestämmelserna föreslås träda i kraft den 1 januari 2019.

2 Författningsförslag

2.1 Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken

Härigenom föreskrivs i fråga om socialförsäkringsbalken

dels att 10 kap. 11 §, 13 kap. 33 §, 27 kap. 1, 21-23, 27–29, 31, 32, 39 och 40 §§, 28 a kap. 1, 16 och 17 §§ och rubrikerna närmast före 27 kap. 27 §, 28 a kap. 16 § och 40 kap. 4 § ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas en ny paragraf, 27 kap. 27 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
10 kap.	
11 §[1]	
Det som i denna balk i övrigt eller i annan författning föreskrivs om sjukpenning enligt 25–28 kap. gäller i tillämpliga delar även i fråga om graviditetspenning, med undantag av bestämmelserna i	
– 27 kap. 5 § om ersättning för merutgifter,	
– 27 kap. 27 § och 28 b § första stycket om karensdagar,	– 27 kap. *27*, *27 a* och 28 b §§ första stycket om *karensavdrag och* karensdagar,
– 27 kap. 29–33 a §§ om karenstid, och	
– 28 kap. 7 § 2 om beräkningsunderlag för sjukpenning på fortsättningsnivån.	

[1] Senaste lydelse 2012:932.

13 kap.

33 §[2]

Tillfällig föräldrapenning beräknas enligt bestämmelserna om sjukpenning på normalnivån och sjukpenninggrundande inkomst i 25–28 kap. samt 34–38 §§ i detta kapitel, dock med undantag av bestämmelserna i

– 27 kap. 27 § och 28 b § första stycket om karensdagar,

– 27 kap. 27, *27 a* och 28 b §§ första stycket om *karensavdrag och* karensdagar,

– 27 kap. 29–33 a §§ om karenstid, och

– 28 kap. 7 § 2 om beräkningsunderlag för sjukpenning på fortsättningsnivån.

För hel tillfällig föräldrapenning motsvarar ersättningsnivån förälderns beräkningsunderlag för sjukpenning på normalnivån enligt 28 kap. 7 § 1 grundat på en sjukpenninggrundande inkomst beräknad enligt första stycket (beräkningsunderlaget).

27 kap.

1 §[3]

I detta kapitel finns bestämmelser om

– rätten till sjukpenning i 2–8 §§,

– samordning med sjuklön i 9 §,

– sjukpenning för anställda och vissa andra vid kortare sjukdomsfall, m.m. i 10–16 §§,

– sjukanmälan i 17 och 18 §§,

– ersättningsnivåer i 19 §,

– förmånstiden i 20–38 §§,

– förmånstiden *och karens* i 20–38 §§,

– allmänt högriskskydd i 39 och 39 a §§,

– särskilt högriskskydd i 40–44 §§,

– förmånsnivåer och arbetsförmåga i 45 §,

– bedömning av arbetsförmågans nedsättning (rehabiliteringskedjan) i 46–55 b §§, och

– arbetsgivarinträde m.m. i 56–61 §§.

[2] Senaste lydelse 2012:932.
[3] Senaste lydelse 2012:932.

21 §

Sjukpenning på normalnivån lämnas för högst 364 dagar under en ramtid som omfattar de 450 närmast föregående dagarna.

Sjukpenning på normalnivån lämnas för högst 364 dagar under en ramtid som omfattar de 450 närmast föregående dagarna. *Om sjukperioden inleds med sjukpenning, ska sjukpenningen för den första dagen inte räknas in i ramtiden på 450 dagar eller i de 364 dagar som sjukpenning maximalt får lämnas för på normalnivån under ramtiden.*

22 §[4]

Om den försäkrade inom ramtiden redan har fått sjukpenning för *364* dagar på normalnivån, kan sjukpenning lämnas enligt bestämmelserna i 24 §. Vid beräkningen av antalet dagar med sjukpenning på normalnivån anses som sådana dagar även dagar med

1. sjukpenning på fortsättningsnivån, och
2. rehabiliteringspenning enligt 31 kap.

Som dagar med sjukpenning på normalnivån räknas vidare tretton dagar under sådana perioder som avses i 26 § andra stycket.

Om den försäkrade inom ramtiden redan har fått sjukpenning för *maximalt antal* dagar på normalnivån kan sjukpenning lämnas enligt bestämmelserna i 24 §. Vid beräkning av antalet dagar med sjukpenning på normalnivån anses som sådana dagar även dagar med

1. sjukpenning på fortsättningsnivån, och
2. rehabiliteringspenning enligt 31 kap.

Som dagar med sjukpenning på normalnivån räknas vidare tretton dagar under sådana perioder som avses i 26 § andra stycket.

[4] Senaste lydelse 2011:1513.

23 §[5]

Om den försäkrade har en allvarlig sjukdom lämnas sjukpenning på normalnivån trots att sådan sjukpenning redan har lämnats för *364* dagar under ramtiden. I sådant fall tillämpas inte bestämmelserna i 22 och 24 §§.

Det som föreskrivs i första stycket gäller när den försäkrades arbetsförmåga till minst en fjärdedel är nedsatt till följd av en allvarlig sjukdom.

Om den försäkrade har en allvarlig sjukdom lämnas sjukpenning på normalnivån trots att sådan sjukpenning redan har lämnats för *maximalt antal* dagar under ramtiden. I sådant fall tillämpas inte bestämmelserna i 22 och 24 §§.

Det som föreskrivs i första stycket gäller när den försäkrades arbetsförmåga till minst en fjärdedel är nedsatt till följd av en allvarlig sjukdom.

Karensdagar

Karensavdrag och karensdagar

27 §[6]

Om inte något annat följer av 28 §, 28 b §, 39 §, 39 a § eller 40–44 §§ *gäller*

1. att sjukpenning som svarar mot inkomst av anställning inte lämnas för den första dagen i en sjukperiod (karensdag), och

2. att sjukpenning som svarar mot inkomst av annat förvärvsarbete inte lämnas under de första sju dagarna i en sjukperiod (karensdagar).

Om sjukpenningen ska *arbetstidsberäknas, gäller detta den första dag i sjukperioden*

Om inte något annat följer av *27 a §*, 28 §, 28 b §, 39 §, 39 a § eller 40–44 §§ *ska ett karensavdrag göras vid sjukperiodens början.*

Om sjukpenningen ska *kalenderdagsberäknas görs ett karensavdrag som motsvarar*

[5] Senaste lydelse 2011:1513.
[6] Senaste lydelse 2012:932.

enligt första stycket 1 som den försäkrade skulle ha förvärvsarbetat om han eller hon inte hade varit sjuk.

Bestämmelser om karenstid i stället för karensdagar finns i 29–31 §§.

ersättningen för en hel sjukpenningdag.

Om sjukpenningen ska arbetstidsberäknas görs ett karensavdrag som motsvarar 20 procent av den sjukpenning som den försäkrade genomsnittligen skulle kunna få för en vecka.

27 a §

För sjukpenning som svarar mot inkomst av annat förvärvsarbete gäller att sjukpenning inte lämnas under de första sju dagarna i en sjukperiod (karensdagar).

28 §[7]

Till en försäkrad som har rätt till sjukpenning under medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering enligt 6 § lämnas sjukpenning på normalnivån eller fortsättningsnivån *även för dagar som avses i 27 §.*

Till en försäkrad som har rätt till sjukpenning under medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering enligt 6 § lämnas sjukpenning på normalnivån eller fortsättningsnivån *utan avdrag för sådan karens som avses i 27 och 27 a §§.*

Detsamma gäller för den som betalar egenavgift och som gjort anmälan om karenstid på 1 dag enligt 29 §, för den första dagen i en sjukperiod.

28 a §[8]

Till en sjöman på fartyg som inte uteslutande går i inre fart lämnas sjukpenning *även* för *dag* som avses i 27 *§.*

Till en sjöman på fartyg som inte uteslutande går i inre fart lämnas sjukpenning *utan avdrag* för *sådan karens* som avses i 27 *och 27 a §§.*

[7] Senaste lydelse 2012:932.
[8] Senaste lydelse 2010:343.

Med inre fart avses detsamma som i 64 kap. 6 § inkomstskattelagen (1999:1229).

28 b §[9]

För en försäkrad som omfattas av bestämmelserna i 27 § *första stycket 2* och som blir arbetslös, gäller, *i fråga om antalet karensdagar*, i stället bestämmelserna i *27 § första stycket 1*. Detsamma gäller för en försäkrad som inte längre uppfyller villkoren för karenstid i 29–31 §§ på grund av att han eller hon är arbetslös.

Till en försäkrad som omfattas av första stycket lämnas sjukpenning *även för dagar* enligt 28 § första stycket.

För en försäkrad som omfattas av bestämmelserna i 27 *a* § och som blir arbetslös, gäller i stället bestämmelserna *om karensavdrag* i 27 §. Detsamma gäller för en försäkrad som inte längre uppfyller villkoren för karenstid i 29–31 §§ på grund av att han eller hon är arbetslös.

Till en försäkrad som omfattas av första stycket lämnas sjukpenning *utan avdrag för karens* enligt 28 § första stycket.

29 §[10]

En försäkrad som har inkomst av annat förvärvsarbete och som betalar egenavgift har rätt att anmäla till Försäkringskassan att han eller hon vill ha sjukpenning med en karenstid på 1 dag, eller 14, 30, 60 eller 90 dagar.

Om den som betalar egenavgift inte gör någon sådan anmälan, lämnas sjukpenning efter de karensdagar som anges i 27 § *första stycket 2*.

Om den som betalar egenavgift inte gör någon sådan anmälan, lämnas sjukpenning efter de karensdagar som anges i *27 a §*.

31 §[11]

Den som betalar egenavgift och som gjort anmälan om karenstid enligt 29 § får efter uppsägningstid övergå till sjukpenning med kortare eller ingen karenstid, om han eller hon inte har fyllt 55 år

[9] Senaste lydelse 2012:932.
[10] Senaste lydelse 2012:932.
[11] Senaste lydelse 2012:932.

vid anmälan till Försäkringskassan om ändrad karenstid. Uppsägningstiden är det antal dagar med vilka karenstiden förkortas.

Uppsägningstid enligt första stycket gäller även för en försäkrad som omfattas av bestämmelserna i 27 § *första stycket 2* och som gör anmälan om karenstid på 1 dag enligt 29 §.	Uppsägningstid enligt första stycket gäller även för en försäkrad som omfattas av bestämmelserna i *27 a §* och som gör anmälan om karenstid på 1 dag enligt 29 §.

Ändringen börjar gälla efter det att uppsägningstiden löpt ut. Ändringen får dock inte tillämpas vid sjukdom som inträffat innan ändringen har börjat gälla.

32 §[12]

Om en sjukperiod börjar inom fem dagar från det att en tidigare sjukperiod har avslutats ska bestämmelserna i 20–24 *och* 27 §§ tillämpas som om den senare sjukperioden är en fortsättning på den tidigare sjukperioden.	Om en sjukperiod börjar inom fem dagar från det att en tidigare sjukperiod har avslutats ska bestämmelserna i 20–24, 27 *och 27 a* §§ tillämpas som om den senare sjukperioden är en fortsättning på den tidigare sjukperioden.

39 §[13]

Om den försäkrade gått miste om sjukpenning som svarar mot inkomst av anställning till följd av bestämmelsen i 27 § *första stycket 1 för* sammanlagt tio *dagar* under de senaste tolv månaderna, kan sjukpenning lämnas *även för dag* som avses i 27 § *första stycket 1* (allmänt högriskskydd). Om den försäkrade gått miste om sjukpenning som svarar mot inkomst av annat förvärvsarbete till följd av	Om den försäkrade gått miste om sjukpenning som svarar mot inkomst av anställning till följd av bestämmelsen i 27 § *vid* sammanlagt tio *tillfällen* under de senaste tolv månaderna, kan sjukpenning lämnas *utan karensavdrag* som avses i *27* § (allmänt högriskskydd). Om den försäkrade gått miste om sjukpenning som svarar mot inkomst av annat förvärvsarbete till följd av bestämmelsen i

[12] Senaste lydelse 2015:963.
[13] Senaste lydelse 2012:932.

bestämmelsen i *27 § första stycket 2* under fem sjukperioder under de senaste tolv månaderna, kan sjukpenning lämnas även för dagar som avses i *27 § första stycket 2* från och med den sjukperiod som inträder efter det att den försäkrade gått miste om sjukpenning för sammanlagt minst 21 dagar.	*27 a §* under fem sjukperioder under de senaste tolv månaderna, kan sjukpenning lämnas även för dagar som avses i *27 a §* från och med den sjukperiod som inträder efter det att den försäkrade gått miste om sjukpenning för sammanlagt minst 21 dagar.
Om den som betalar egenavgift och som gjort anmälan om karenstid på 1 dag enligt 29 § gått miste om sjukpenning som svarar mot inkomst av annat förvärvsarbete till följd av bestämmelserna i *27 § första stycket 2* eller 30 § under minst tio sjukperioder under de senaste tolv månaderna, kan sjukpenning lämnas även för den första dagen i en sjukperiod.	Om den som betalar egenavgift och som gjort anmälan om karenstid på 1 dag enligt 29 § gått miste om sjukpenning som svarar mot inkomst av annat förvärvsarbete till följd av bestämmelserna i *27 a §* eller 30 § under minst tio sjukperioder under de senaste tolv månaderna, kan sjukpenning lämnas även för den första dagen i en sjukperiod.
	40 §[14]
Efter ansökan av den försäkrade får Försäkringskassan besluta att sjukpenning kan lämnas *även för dagar* som avses i *27 §* (särskilt högriskskydd).	Efter ansökan av den försäkrade får Försäkringskassan besluta att sjukpenning kan lämnas *utan avdrag för sådan karens som avses i 27 och 27 a §§* (särskilt högriskskydd).

Försäkringskassan får även efter ansökan av den som betalar egenavgift och som gjort anmälan om karenstid på 1 dag enligt 29 § besluta att sjukpenning kan lämnas även för den första dagen i en sjukperiod.

Detsamma gäller i förhållande till en försäkrad som omfattas av bestämmelserna i 28 b § första stycket.

[14] Senaste lydelse 2012:932.

28 a kap.

1 §[15]

I detta kapitel finns en inledande bestämmelse i 2 §.
Vidare finns bestämmelser om

– rätten till sjukpenning i särskilda fall i 3–7 §§,
– bedömning av arbetsförmågans nedsättning i 8 §,
– ersättningsnivåer i 9 §,
– beräkning av sjukpenning i särskilda fall i 10–12 §§,
– sjukpenning i särskilda fall vid sjukersättning i 13 §,
– sjukpenning i särskilda fall vid livränta enligt 41 eller 43 kap. i 14 §,
– förmånstiden i 15 §,
– karensdagar i 16 och 17 §§,
– *karensavdrag och* karensdagar i 16 och 17 §§,
– behållande av rätten till sjukpenning i särskilda fall i 18 §,
– upphörande av rätten till sjukpenning i särskilda fall i 19 §, och
– arbetsgivarinträde m.m. i 20 §.

Karensdagar

16 §[16]

För en försäkrad för vilken en sjukpenninggrundande inkomst inte kan fastställas eller för vilken en sjukpenninggrundande inkomst har fastställts eller skulle ha kunnat fastställas som svarar mot inkomst av anställning, tillämpas vad som föreskrivs om *karensdag* i 27 kap. 27 § *första stycket 1*.

För en försäkrad för vilken en sjukpenninggrundande inkomst har fastställts eller skulle

Karensavdrag och **karensdagar**

För en försäkrad för vilken en sjukpenninggrundande inkomst inte kan fastställas eller för vilken en sjukpenninggrundande inkomst har fastställts eller skulle ha kunnat fastställas som svarar mot inkomst av anställning, tillämpas vad som föreskrivs om *karensavdrag* i 27 kap. 27 §.

För en försäkrad för vilken en sjukpenninggrundande inkomst har fastställts eller skulle

[15] Senaste lydelse 2011:1513.
[16] Senaste lydelse 2012:932.

ha kunnat fastställas som svarar mot endast inkomst av annat förvärvsarbete, och som inte är arbetslös, tillämpas vad som föreskrivs om karensdagar i 27 kap. *27 § första stycket 2*.	ha kunnat fastställas som svarar mot endast inkomst av annat förvärvsarbete, och som inte är arbetslös, tillämpas vad som föreskrivs om karensdagar i 27 kap. *27 a §*.
17 §[17]	
Sjukpenning i särskilda fall kan lämnas för karensdagar i motsvarande fall som det enligt 27 kap. 28 § kan lämnas sjukpenning på normalnivån eller fortsättningsnivån.	Sjukpenning i särskilda fall kan lämnas *utan karensavdrag eller avdrag* för karensdagar i motsvarande fall som det enligt 27 kap. 28 § kan lämnas sjukpenning på normalnivån eller fortsättningsnivån.
40 kap.	
Sjukpenning för karensdagar	*Sjukpenning vid karensavdrag och för karensdagar*

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2019.

2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande för en sjukperiod som har påbörjats före ikraftträdandet.

3. Vid beräkning av det allmänna högriskskyddet enligt 27 kap. 39 § första stycket ska ett avdrag för karensdag som har gjorts enligt föreskriftens äldre lydelse likställas med ett tillfälle med karensavdrag. Vid beräkning av det allmänna högriskskyddet enligt 39 § andra stycket ska sådana tillfällen som den försäkrade har gått miste om sjukpenning till följd av bestämmelserna i 27 a § likställas med tillfällen som den försäkrade har gått miste om sjukpenning till följd av bestämmelserna i 27 § första stycket 2. Vidare ska karensdag likställas med karensavdrag vid återinsjuknande enligt 27 kap. 32 § och för den som har fått ett beslut om särskilt högriskskydd enligt 40–42 §§.

[17] Senaste lydelse 2011:1513.

2.2 Förslag till lag om ändring i lagen (1991:1047) om sjuklön

Härigenom föreskrivs att 6–8 och 15 §§ lagen (1991:1047) om sjuklön ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
6 §[1]	
För dagar i en sjuklöneperiod enligt 7 § som arbetstagaren gått miste om lön och andra anställningsförmåner till följd av nedsättningen i arbetsförmågan *gäller* *1. att sjuklön inte utges för den första dagen för vilken sjuklön kan utges enligt 8 § första stycket, och* *2. att sjuklönen för de därpå följande dagarna utgör 80 procent av anställningsförmånerna.*	För dagar i en sjuklöneperiod enligt 7 § som arbetstagaren gått miste om lön och andra anställningsförmåner till följd av nedsättningen i arbetsförmågan *utgör sjuklönen 80 procent av anställningsförmånerna före avdrag enligt andra stycket.* *Från sjuklönen ska ett karensavdrag göras. Avdraget ska motsvara 20 procent av den sjuklön som belöper på summan av de anställningsförmåner som arbetstagaren genomsnittligen beräknas få under en vecka.*
Om arbetstagaren under de senaste tolv månaderna till följd av bestämmelserna i *första stycket 1 gått miste om sjuklön från arbetsgivaren för sammanlagt tio dagar, utgör sjuklönen för dag som avses i denna punkt 80 procent av den lön och andra anställningsförmåner som arbetstagaren gått miste om till följd av nedsättningen i arbetsförmågan.*	Om arbetstagaren under de senaste tolv månaderna till följd av bestämmelserna i *andra stycket fått avdrag från sjuklönen vid tio tillfällen ska avdrag för ytterligare sjuklöneperioder inte göras.*
Om avvikelse från vad som följer av *första* stycket *1* före-	Om avvikelse från vad som följer av *andra* stycket före-

[1] Senaste lydelse 1997:569.

skrivs i 15 §.	skrivs i 15 §.
	7 §[2]
Sjuklöneperioden omfattar den första dag arbetstagarens arbetsförmåga är nedsatt på grund av sjukdom och de därpå följande tretton kalenderdagarna i sjukperioden. En sjuklöneperiod börjar inte om arbetstagaren inte avhåller sig från arbete åt arbetsgivaren. En sjuklöneperiod börjar dock senast dag för vilken arbetstagaren erhåller sådan reseersättning som avses i andra stycket. En sjuklöneperiod som börjat löpa bryts om anställningen upphör.	
Som sjukperiod anses sådan tid under vilken arbetstagaren i oavbruten följd lider av sjukdom som avses i 4 §. Sjukperioden omfattar också tid då arbetstagaren för att underlätta återgång i arbetet i stället för sjuklön erhåller ersättning för resor till och från arbetet. *Detta gäller även dag med reseersättning då sjuklön inte skulle ha utgivits enligt 6 § första stycket 1.*	Som sjukperiod anses sådan tid under vilken arbetstagaren i oavbruten följd lider av sjukdom som avses i 4 §. Sjukperioden omfattar också tid då arbetstagaren för att underlätta återgång i arbetet i stället för sjuklön erhåller ersättning för resor till och från arbetet.
Om en sjukperiod börjar inom fem dagar från det en tidigare sjukperiod avslutats *skall* sjuklöneperioden omfatta endast så många dagar att den tillsammans med en sjuklöneperiod hos samma arbetsgivare under den tidigare sjukperioden utgör fjorton kalenderdagar. *Vid tillämpning av 6 § skall beaktas dagar i den tidigare sjuklöneperioden.*	Om en sjukperiod börjar inom fem dagar från det en tidigare sjukperiod avslutats *ska* sjuklöneperioden omfatta endast så många dagar att den tillsammans med en sjuklöneperiod hos samma arbetsgivare under den tidigare sjukperioden utgör fjorton kalenderdagar. *Inget ytterligare karensavdrag enligt 6 § ska då heller göras.*

[2] Senaste lydelse 2004:1240.

8 §[3]

Sjuklön *skall* inte avse mistade förmåner under tid innan arbetsgivaren fått anmälan om sjukdomsfallet. Sjuklönen *skall* dock avse sådana förmåner från och med den dag då sjukdomsfallet inträffade, om arbetstagaren varit förhindrad att göra anmälan och sådan gjorts omedelbart efter det att hindret upphört.

Arbetsgivaren är skyldig att utge sjuklön för mistade förmåner under tid från och med den sjunde kalenderdagen efter dagen för sjukanmälan endast om arbetstagaren styrker nedsättningen av arbetsförmågan under denna tid genom intyg av läkare eller tandläkare. Intyget behöver inte innehålla närmare uppgift om vilken sjukdom arbetstagaren lider av. Om sjuklön utges för mistade förmåner under tid före anmälan *skall* den första ersättningsdagen *eller den tidigare dag för vilken sjuklön inte utges enligt 6 § första stycket 1* anses som sjukanmälningsdag.

Sjuklön *ska* inte avse mistade förmåner under tid innan arbetsgivaren fått anmälan om sjukdomsfallet. Sjuklönen *ska* dock avse sådana förmåner från och med den dag då sjukdomsfallet inträffade, om arbetstagaren varit förhindrad att göra anmälan och sådan gjorts omedelbart efter det att hindret upphört.

Arbetsgivaren är skyldig att utge sjuklön för mistade förmåner under tid från och med den sjunde kalenderdagen efter dagen för sjukanmälan endast om arbetstagaren styrker nedsättningen av arbetsförmågan under denna tid genom intyg av läkare eller tandläkare. Intyget behöver inte innehålla närmare uppgift om vilken sjukdom arbetstagaren lider av. Om sjuklön utges för mistade förmåner under tid före anmälan *ska* den första ersättningsdagen anses som sjukanmälningsdag.

Finns det ett beslut enligt 10 § är arbetsgivaren inte skyldig att utge sjuklön om arbetstagaren inte iakttar vad som har ålagts honom i beslutet.

[3] Senaste lydelse 1992:1701.

15 §[4]

Om ett beslut enligt 13 § första stycket 1 eller andra stycket första meningen gäller för arbetsgivaren betalas sjuklön ut till arbetstagaren *även för dag* som avses i 6 § *första* stycket *1*.	Om ett beslut enligt 13 § första stycket 1 eller andra stycket första meningen gäller för arbetsgivaren betalas sjuklön ut till arbetstagaren *utan sådant avdrag* som avses i 6 § *andra* stycket.
Till en sjöman på fartyg som inte uteslutande går i inre fart betalas sjuklön ut *även för dag* som avses i 6 § *första* stycket *1*.	Till en sjöman på fartyg som inte uteslutande går i inre fart betalas sjuklön ut *utan sådant avdrag* som avses i 6 § *andra* stycket.

Med inre fart avses detsamma som i 64 kap. 6 § inkomstskattelagen (1999:1229).

---

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2019.

2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande för en sjuklöneperiod som har påbörjats före ikraftträdandet.

3. Vid beräkning av antal tillfällen med avdrag på sjuklönen enligt 6 § ska ett avdrag för karensdag som har gjorts enligt föreskriftens äldre lydelse likställas med ett tillfälle med karensavdrag. Vidare ska karensdag likställas med karensavdrag vid återinsjuknande enligt 7 § och för den som har fått ett beslut om särskilt högriskskydd enligt 13 §.

[4] Senaste lydelse 2010:345.

3 Bakgrund

3.1 Karensdagens mindre önskvärda effekter

För majoriteten arbetstagare innebär de befintliga reglerna om karensdag att arbetstagarna vid sjukfrånvaro från arbetet får sjuklön som motsvarar 80 procent av de förlorade anställningsförmånerna från arbetsgivaren med undantag för frånvaron den första dagen i sjuklöneperioden. Avdraget blir storleksmässigt detsamma oavsett vilken arbetsdag som utgör första sjukfrånvarodagen.

I olika sammanhang har det framkommit att reglerna om en karensdag i vissa avseenden kan få mindre önskvärda effekter. Karensdagens utformning slår olika för olika grupper på arbetsmarknaden. För arbetstagare med koncentrerad arbetstid kan reglerna medföra att arbetstagaren förlorar en relativt stor del av inkomsten om karensdagen infaller under en dag med ett långt arbetspass. I förhållande till den försäkrades inkomst kan avdraget procentuellt sett bli än högre för dem med koncentrerat deltidsarbete. Vidare innebär konstruktionen av reglerna att om arbetstagaren sjukanmäler sig sent på dagen får han eller hon ett relativt litet avdrag för karens.

När reglerna om karensdag infördes var en utgångspunkt för förslaget att utfallet av förändringarna skulle bli enhetligt bland olika grupper på arbetsmarknaden. I propositionen (prop. 1992/93:31, s. 42) angavs att effekterna för de försäkrade borde i möjligaste mån i förhållande till inkomsten vara lika för alla. Det fanns en kännedom om att karensdagen i vissa fall kunde innebära en relativt sett större självrisk för personer med koncentrerad arbetstid jämfört med dem som arbetar mera jämnt fördelat. Någon särregel föreslogs emellertid inte.

En arbetsgrupp bestående av tjänstemän vid Socialdepartementet har med anledning av de effekter som omnämns ovan sett över

karensdagens konstruktion och lämnar i denna promemoria förslag för att åstadkomma en mer rättvis karens.

3.2 Tidigare förslag om karensavdrag

Karensdagens konstruktion har uppmärksammats i olika sammanhang och varit föremål för diskussion genom åren. Redan 2004 remitterades en promemoria, Karensavdrag i stället för karensdag (S2004/4290/SF), med förslag om att ersätta karensdagen med ett karensavdrag. En klar majoritet av remissinstanserna var positiva till de förslag som där presenterades. Bland de negativt inställda framfördes kritik mot att förslaget skulle innebära högre sjuklönekostnader liksom en besvärande administrativ pålaga för arbetsgivare. Något lagförslag kom aldrig att presenteras för riksdagen.

3.3 Förslag från den parlamentariska socialförsäkringsutredningen

Den parlamentariska socialförsäkringsutredningen har i sitt slutbetänkande Mer trygghet och bättre försäkring, SOU 2015:21, lämnat förslag om att karensdagen i lagen (1991:1047) om sjuklön ersätts av ett karensavdrag som beloppsmässigt i princip ska motsvara karensdagen. Karensavdraget föreslås uppgå till 20 procent av en genomsnittlig veckoersättning i form av sjuklön. Kommittén har föreslagit att en reglering bör utformas så att de avtalsslutande parterna ges utrymme att tekniskt närmare beräkna karensavdragets storlek för att inte låsa tillämpningen för hårt. Ett karensavdrag innebär enligt kommittén en mer rättvis reglering av den enskildes självrisk i samband med sjukdom. Arbetstagare med koncentrerad arbetstid får då enligt kommittén exempelvis ett relativt lika stort avdrag som de som arbetar lika mycket varje dag. Kommittén ansåg vidare att ett karensavdrag skulle införas i socialförsäkringsbalken för försäkrade som i dag får en karensdag genom balkens bestämmelser (t.ex. arbetslösa). Kommitténs betänkande har remissbehandlats och remissinstanserna var överlag positiva till tanken att ersätta karensdagen med ett karensavdrag (se remissammanställning av SOU 2015:21 Mer trygghet och bättre försäkring [S2015/01554/SF]).

3.4 Nuvarande regler

Bestämmelser om karensdag finns i lagen (1991:1047) om sjuklön, förkortad SjLL, och i socialförsäkringsbalken, förkortad SFB. Regleringen innebär att sjuklön och sjukpenning inte utbetalas till den försäkrade för den första dagen i en sjuklöneperiod respektive sjukperiod. Under de följande 13 dagarna kan de försäkrade erhålla ersättning i form av antingen sjuklön, kalenderdagsberäknad sjukpenning eller arbetstidsberäknad sjukpenning beroende på individens arbetsförhållanden.

3.4.1 Sjuklön

Sjuklönen är i de allra flesta fall den ersättning som den enskilde får vid korta sjukdomsfall. Enligt lagen om sjuklön ges arbetstagare rätt att under de första fjorton dagarna av en sjuklöneperiod få sjuklön som motsvarar 80 procent av den lön och andra anställningsförmåner som de skulle ha fått om de kunnat utföra sina arbetsuppgifter. Den första dagen i en sjuklöneperiod är dock en karensdag då ingen ersättning utgår.

För att en sjuklöneperiod ska inledas krävs att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom och att arbetstagaren avhåller sig från förvärvsarbete. Vidare krävs att arbetstagaren skulle ha arbetat om hon eller han inte hade blivit sjuk.

Rätten till sjuklön är begränsad för personer som har tidsbegränsade anställningar. Om den avtalade anställningstiden är kortare än en månad inträder inte rätten till sjuklön förrän arbetstagaren har påbörjat anställningen och arbetat fjorton dagar i följd. Vid beräkningen av kvalifikationstid ska tidigare anställningar hos samma arbetsgivare räknas med, om det inte har gått mer än 14 dagar mellan anställningarna.

Lagen om sjuklön är tvingande till arbetstagarens förmån. Från vissa av lagens bestämmelser får avvikelser göras genom kollektivavtal som på arbetstagarsidan slutits eller godkänts av en sådan central arbetstagarorganisation som avses i lagen (1976:580) om medbestämmande i arbetslivet. Någon detaljerad reglering av hur sjuklönen beräknas finns inte i SjLL. Den närmare beräkningen av sjuklön får det kollektivavtalas om enligt SjLL. Av det följer att bransch- och arbetsanpassade avtalsbestämmelser kan göras (prop.

1990/91:181, s. 43). Arbetsmarknadens parter kan således avtala om en närmare beräkning av sjuklönens storlek genom kollektivavtal på förbundsnivå. Detta innebär att sjuklön kan beräknas på olika vis utifrån arbetstagarens branschtillhörighet, anställningsförhållande och om sjuklönedagarna är sammanhängande eller inte. Sjuklön kan t.ex. arbetsdagsberäknas eller kalenderdagsberäknas. Om arbetstagaren har timlön eller ackordslön ska sjuklönen i princip beräknas endast efter vad som skulle ha utgjort arbetad tid. Oavsett beräkningssätt är någon principiell avvikelse från lagens krav på sjuklönen inte avsedd att ske avtalsvägen (prop. 1990/91:181, s. 43).

Enligt SjLL är rätten till sjuklön inte förenad med något krav på att sjukfrånvaron ska ha varat en viss minsta tid under en dag. Någon form av tidsgräns för att en karensdag ska föreligga finns således inte i nämnda lag.

Vid tvist om arbetstagarens rätt till sjuklön kan Försäkringskassan efter en skriftlig ansökan av en arbetstagare som är försäkrad för sjukpenning enligt SFB besluta om ersättning till arbetstagaren.

Uppdragstagare, egenföretagare, timanställda, föräldralediga, studerande och arbetslösa omfattas inte av sjuklönesystemet. De omfattas i stället av reglerna i SFB.

3.4.2 Sjukpenning

Om en försäkrad inte är kvalificerad för sjuklön kan sjukpenning lämnas de första 14 dagarna i sjukperioden. Den första dagen i en sjukperiod är en karensdag då ingen ersättning utgår. För att en försäkrad ska ha rätt till sjukpenning fordras att dennes arbetsförmåga är nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom. En följd av denna begränsning är att karensen endast kan anses vara fullgjord om nedsättningen en dag har uppgått till minst en fjärdedel. Bedömningen av arbetsförmågan görs i förhållande till den försäkrades arbete. Sjukpenning kan lämnas som hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels förmån.

Sjukpenning kan kalenderdagsberäknas eller arbetstidsberäknas beroende på vad som bäst speglar den försäkrades arbetsförhållanden. Kalenderdagsberäknad sjukpenning lämnas för alla dagar i veckan oavsett om den försäkrade skulle ha arbetat eller inte.

Arbetstidsberäknad sjukpenning lämnas endast för de timmar eller dagar när den försäkrade skulle ha förvärvsarbetat. Det är mera vanligt att sjukpenning kalenderdagsberäknas än arbetstidsberäknas. För en försäkrad som är helt eller delvis arbetslös eller föräldraledig kalenderdagsberäknas sjukpenningen alltid.

3.4.3 Sjukpenninggrundande inkomst och årsarbetstid

Vid beräkningen av en försäkrads sjukpenning används den försäkrades sjukpenninggrundande inkomst, förkortad SGI. SGI är den årliga inkomst i pengar som en försäkrad tills vidare kan antas få. SGI kan delas in i SGI-A och SGI-B. SGI-A är inkomst av anställning och tar sikte på inkomster från ett förhållande mellan arbetstagare och arbetsgivare. SGI-B är inkomst av annat förvärvsarbete och fastställs i huvudsak för personer som inte är arbetstagare utan egenföretagare. Inkomst av näringsverksamhet ska räknas som inkomst av annat förvärvsarbete.

När SGI används för att beräkna sjukpenning ska den minskas genom att multipliceras med talet 0,97.

Till SGI:n finns en fastställd årsarbetstid kopplad. Årsarbetstiden anger det antalet timmar eller dagar på ett år som en försäkrad kan antas komma att tills vidare ha i sitt förvärvsarbete som ordinarie arbetstid, eller motsvarande normal arbetstid.

3.4.4 Sjukpenning till arbetslös

Den som är arbetslös kan efter en dags karens få kalenderdagsberäknad sjukpenning från Försäkringskassan. Myndigheten prövar rätten till ersättning genom att bedöma arbetsförmågan i förhållande till normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden. Sjukpenning till en arbetslös lämnas med högst 543 kronor per dag.

3.4.5 Karenstid för egenföretagare

Karenstiden för försäkrade med inkomst av annat förvärvsarbete (SGI B) är de första sju dagarna i en sjukperiod. En egenföretagare har dock möjlighet att till Försäkringskassan anmäla karenstid om

1, 14, 30, 60 eller 90 dagar. Den valda karenstiden påverkar sjukförsäkringsavgiften. Väljer den försäkrade en lång karenstid blir avgiften lägre och omvänt. När en egenföretagare får nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom och den valda karenstiden, eller grundkarensen i det fall egenföretagaren inte har valt en karenstid, har passerat, kan den försäkrade erhålla kalenderdagsberäknad sjukpenning från Försäkringskassan. En egenföretagare som valt en karenstid om en dag eller som inte har valt en karenstid och som därför har en grundkarens på sju dagar får i stället en karensdag om han eller hon blir arbetslös. Detsamma gäller för den egenföretagare som inte uppfyller villkoren för karenstid vid arbetslöshet.

3.4.6 Högriskskydd och regler om återinsjuknande

I samband med att ett nytt sjuklönesystem infördes den 1 januari 1992 infördes även högriskskydd (allmänt och särskilt) för arbetstagare med omfattande sjukfrånvaro. Bestämmelserna finns i 27 kap. 39-44 §§ SFB samt i 6 och 13-16 §§ SjLL. Det allmänna högriskskyddet innebär att en försäkrad som har varit sjuk mer än tio gånger under en 12-månadersperiod inte ska få fler karensdagar under resterande tid av 12-månadersperioden utan kan få sjukpenning eller sjuklön redan från första dagen i sjukperioden.
Antalet karenstillfällen räknas dock hos varje arbetsgivare respektive Försäkringskassan var för sig vilket innebär att en försäkrad med exempelvis två arbetsgivare sammanlagt kan få fler än tio karensdagar under en 12-månadersperiod.

Det särskilda högriskskyddet innebär att den försäkrade får ersättning redan från och med den första sjukdagen och/eller att den försäkrades arbetsgivare får ersättning för de sjuklönekostnader som uppstår för den försäkrade. Syftet med detta skydd är att förbättra arbetsmarknadssituationen för personer som ofta är sjuka eller har ett arbetshandikapp genom att arbetsgivaren inte behöver betala sjuklön (prop. 1990/91:181, s. 51). Det särskilda högriskskyddet kan beviljas den person som riskerar ett större antal sjukperioder eller en eller flera längre sjukperioder under en tolvmånadersperiod. Den grundläggande förutsättningen för rätten till det särskilda högriskskyddet är att arbetstagaren har, eller vid särskilt högriskskydd för givare av biologiskt material får, en medicinskt

betingad nedsättning av arbetsförmågan. Arbetsförmågan behöver dock inte vara nedsatt hela tiden. Endast den försäkrade kan ansöka om särskilt högriskskydd. Arbetsgivaren kan inte ansöka för en arbetstagares räkning.

I både 27 kap. 32 § SFB och i 7 § SjLL finns vidare bestämmelser beträffande återinsjuknande. Bestämmelserna anger att om en sjukperiod börjar inom fem dagar från det att en tidigare sjukperiod har avslutats ska den senare perioden ses som en fortsättning på den tidigare perioden. Därigenom uppkommer ingen ytterligare karensdag om en försäkrad återinsjuknar inom fem dagar.

3.5 En förändrad arbetsmarknad[22]

Arbetsmarknaden förändras ständigt. Gamla arbeten försvinner och nya skapas, krav och efterfrågan ändras, arbetskraftens utbud och sammansättning förnyas, ekonomiska kriser och konjunkturnedgångar kommer och går, anställningsförhållanden och rörlighet ändras. Utvecklingen bestäms av en rad faktorer.

Sett i det långa perspektivet har sysselsättningen fördelat över olika sektorer i ekonomin förändrats kraftigt. Antalet sysselsatta inom tillverkning och byggande har minskat betydligt sedan 1960-talet. Sysselsättningen inom tjänstesektorn (såväl privata som offentliga) har ökat kraftigt.

Kvinnor och män har i genomsnitt olika arbetstider. Kvinnor har generellt sett en lägre sysselsättningsgrad än män. År 2013 arbetade 89 procent av de sysselsatta männen heltid mot 69 procent av kvinnorna. Sedan slutet av 1980-talet har skillnaderna i andelen deltidsarbetande män och kvinnor minskat. Detsamma gäller andelen heltidsarbetande män och kvinnor sedan 1990-talets början. Skillnaderna i genomsnittlig arbetstid är dock fortfarande betydande. Andelen deltidssysselsatta varierar mellan olika näringsgrenar. Andelen är högst inom vård och omsorg och lägst inom industrin, dvs. i typiska kvinno- respektive mansyrken.

Svensk arbetsmarknad är horisontellt könsuppdelad. Kvinnor och män har olika yrken, arbetsgivare, arbetar i olika branscher och organisationer och finns vid olika arbetsplatser. Kommun- och

[22] Utdrag ur SOU 2015:21, avsnitt 3.5 om inget annat framgår.

landstingssektorn är kraftigt kvinnodominerad, knappt 80 procent av dem som arbetar där är kvinnor, och drygt 20 procent är män. Inom staten är fördelningen helt lika. I den privata sektorn är knappt 40 procent kvinnor och drygt 60 procent män.

De flesta på arbetsmarknaden har en tillsvidareanställning och arbetar heltid. Samtidigt avviker många från detta på olika sätt. Kopplingen till arbetsmarknaden kan också variera under arbetslivet. Många kombinerar under perioder anställning, företagande och studier. De som arbetar kan delas in två anställningsformer. Den ena gruppen är tillsvidareanställningar där den avtalade tjänstgöringstiden uppgår till minst 35 timmar per vecka. Den andra gruppen består av två typer av anställningsformer; deltidsanställningar och visstidsanställningar, s.k. atypiska anställningar. Gemensamt för dessa anställningar är att avtalen endast gäller under en specifik tidsperiod. Sedan 1987 har andelen tillsvidareanställningar varierat mellan 66 och 70 procent av samtliga anställningar. Andelen tillsvidareanställningar varierar normalt med konjunkturläget. Sett i ett längre perspektiv har andelen tidsbegränsade anställningar ökat. Ökningen inträffade framför allt under första hälften av 1990-talet. Under 1990-talskrisen ökade andelen personer med tidsbegränsade anställningar från 10 till 16 procent, mätt som andel av det totala antalet anställda. Under 2000-talets första årtionde var andelen med tidsbegränsade anställningar relativt stabil och varierade mellan 15 och 17 procent. I samband med lågkonjunkturen under finanskrisen 2008/2009 föll sysselsättningen kraftigt och då sjönk andelen tidsbegränsat anställda. Tidsbegränsade anställningar är vanligast bland ungdomar. I den yngsta åldersgruppen, 15–19 år, är nära 80 procent av anställningarna tidsbegränsade. I åldersgruppen 20–24 år är andelen omkring 50 procent. För arbetstagare i åldersgruppen 35-64 år ligger andelen under tio procent. Det finns också skillnader mellan branscher. I t.ex. detaljhandeln har andelen tidsbegränsat anställda ökat från knappt 14 procent 1988 till knappt 24 procent 2012. Tidsbegränsade anställningar är också vanligare bland arbetare (drygt 28 procent) än bland tjänstemän (drygt sex procent) i detaljhandeln.

Någon fullständig kunskap om hur många som arbetar skift i Sverige finns inte. Undersökningar indikerar dock att över 20 procent har arbetstider som innefattar skiftarbete. Det finns vad arbetsgruppen erfar inte någon sammanställning över vare sig hur

många som arbetar utifrån koncentrerad/komprimerad arbetstid eller hur den närmare fördelning ser ut mellan olika branscher. Långa arbetspass är emellertid vanliga såväl inom vården som inom ett flertal andra sektorer. Långa arbetspass har varit vanliga sedan 1970-talet. Trenden mot komprimerade arbetsveckor med 10- eller 12-timmarsskift utlagda över fyra eller tre dygn kvarstår även på 2000-talet.[23]

Det finns ingen enhetlig definition av vad som utgör ett långt arbetspass, men i många studier betraktas pass som är längre än 10 timmar som långa. Långa arbetstider kan också omfatta långa arbetsveckor. Ibland definieras en lång arbetsvecka som motsvarande mer än 40 eller 48 timmar och ibland som mer än 60 timmar. När det gäller långa arbetspass är det en högre andel män än kvinnor som arbetar långa (>10 timmar) arbetspass, många (≥6) arbetsdagar i följd samt på ett schema som blandar dag- och nattarbete. Kvinnor har oftare delade turer, kort (<11 timmar) dygns vila och scheman som innebär att arbetstiderna planeras för kortare perioder (på till exempel 5–10 veckor). Kvinnor har också mer av helgarbete och mindre dagtidsarbete än män.[24] Norm för nattarbete är inte 8-timmarsskift och förlängda nattpass är vanliga i många branscher.

Studeras arbetstidens förläggning för anställda återfinns ett antal näringsgrenar inom vilka arbete i relativt hög utsträckning förekommer andra tider än enbart dagtid, där arbete sker i skift eller enligt schema och där arbete sker på kvällar och nätter. De näringsgrenar som återkommer i dessa avseenden är framförallt transport, hotell och restaurang liksom vård och omsorg. Tillverkning och handel är andra näringsgrenar där skiftarbete (eller schema) eller arbete på kvällstid exempelvis också förekommer i högre utsträckning än på andra områden.[25] Långa arbetspass inom t.ex. handeln

[23] Stressforskningsrapport nr 322 Arbetstider, hälsa och säkerhet – en uppdatering av aktuell forskning. Stressforskningsinstitutet, Stockholms universitet 2010.
[24] Kvinnors och mäns arbetsvillkor – betydelsen av organisatoriska faktorer och psykosocial arbetsmiljö för arbets- och hälsorelaterade utfall. Kunskapssammanställning 2016:2, Arbetsmiljöverket.
[25] Undersökningar av levnadsförhållanden. Arbetstidens förläggning för anställda 16–64 år efter näringsgren SNI 2007, för åren 2012/13, enligt EU/SILC.

och taxibranschen bekräftas av Handelsrådet och Svenska Transportarbetarförbundet.[26]

3.6 Karensavdrag i kollektivavtal

På ett antal områden har de avtalsslutande parterna i kollektivavtal kommit överens om olika varianter av ett karensavdrag. I transportsektorn och inom industrin har det exempelvis träffats sådana avtal liksom för vissa grupper inom den statliga sektorn. Gemensamt för de avtal som arbetsgruppen har tagit del av och som innehåller ett karensavdrag är att regleringens konstruktion medför att avdraget för den första sjukfrånvarodagen antingen är mindre hårt knutet till hur arbetstagaren skulle ha arbetat just den dagen eller att avdraget proportioneras i förhållande till gällande ordinarie arbetstid eller gällande arbetstidsmått.

Inom Almegas avtalsområden finns exempelvis en särreglering för personliga assistenter som innebär att avdraget för karensdagen görs med max 8 timmar även om arbetstagarens arbetspass insjuknandedagen är 10 timmar långt.

I rapporten Lagom är bäst, varken för mycket eller för lite sjukskrivning - om självrisker och karens[27] konstateras att parterna på flera områden har träffat avtal för att minska problemen med de effekter som kan uppkomma med nuvarande regler om karensdag. Ett antal områden nämns. I rapporten anges att det förefaller vara lättare att nå avtal i mansdominerade branscher.

[26] Handelsrådets Forskningsrapport Arbete, sömn och hälsa inom svensk handel. Nr 2016:8. Taxibranschen i Sverige. Rapport från Svenska Transportarbetareförbundet, 2013.
[27] Lagom är bäst, varken för mycket eller för lite sjukskrivning - om självrisker och karens, Anna Hedborg, 2011.

4 Förslag om karensavdrag

4.1 Karensavdrag ersätter karensdag

Arbetsgruppens förslag: Bestämmelserna om en karensdag i lagen (1991:1047) om sjuklön och i socialförsäkringsbalken ska ersättas av ett karensavdrag.

Skälen för arbetsgruppens förslag: I olika sammanhang har det framkommit att reglerna om en karensdag i vissa avseenden kan få mindre önskvärda effekter. Enligt vad arbetsgruppen har erfarit kan konstruktionen av reglerna om en karensdag innebära att arbetstagare med koncentrerad arbetstid erhåller ett relativt högt avdrag om karensdagen inträffar under en dag med ett långt arbetspass. Vidare innebär bestämmelserna att om arbetstagaren sjukanmäler sig sent på dagen kan han eller hon undvika avdrag motsvarande en hel dagsinkomst (karensdag). Det är enligt arbetsgruppen inte rimligt att den grupp försäkrade som arbetar långa arbetspass, ibland på obekväm arbetstid, ska leva med en relativt högre självrisk vid korttidssjukfrånvaro jämfört med arbetstagare som arbetar mera jämnt under en vecka. Det är angeläget att den karens som finns i sjukförsäkringen och i lagen om sjuklön så långt möjligt träffar de försäkrade i lika hög utsträckning. Så är inte fallet med den befintliga utformningen. För systemets legitimitet är det också viktigt att inte försäkrade kan kringgå den självrisk som i dag finns genom att sjukanmäla sig sent på arbetsdagen, utan att risken, så långt möjligt, ska vara densamma för alla. För att uppnå en mer rättvis karens föreslår arbetsgruppen att karensdagen ersätts av ett karensavdrag. Med ett karensavdrag avses ett avdrag från sjuklönen, alternativt sjukpenningen, som görs inledningsvis i en sjukperiod och som svarar för den enskildes självrisk i sjukförsäkringen. Karensavdraget ska motsvara en andel av den sjuklön eller sjukpenning som den

försäkrade får vid sjukfrånvaro en genomsnittlig vecka. Avdraget kopplas till arbetstagarens genomsnittliga arbetstid snarare än arbetstagarens arbetsförhållande och lön under den första sjukfrånvarodagen såsom gäller i dag. För det stora flertalet försäkrade bör avdraget storleksmässigt i pengar motsvara det nuvarande avdraget som sker i form av en karensdag. Avsikten med ett karensavdrag är att effekterna av försäkringens villkor ska bli mera lika försäkrade emellan, att självrisken ska bli mer densamma. I likhet med vad som redan gäller i dag för de arbetstagare som arbetar lika många timmar varje dag måndag till fredag, bör karensen för enskilda som arbetar olika långa arbetspass bli mera jämn arbetsdagarna emellan. Utgångspunkten är att alla grupper på arbetsmarknaden ska hanteras lika.

4.2 Karensavdrag i lagen om sjuklön

Arbetsgruppens förslag: Karensavdrag för sjuklön ska motsvara ett avdrag om 20 procent av den sjuklön som arbetstagaren beräknas få under en genomsnittlig vecka.

Skälen för arbetsgruppens förslag:
Genom att ersätta bestämmelsen om karensdag i lagen (1991:1047) om sjuklön med ett karensavdrag kommer sjuklön att kunna lämnas för samtliga dagar i sjuklöneperioden. Från den sjuklön som ska lämnas ska ett belopp, ”en självrisk”, dras av (karensavdrag) som storleksmässigt bör uppgå till 20 procent av en genomsnittlig veckoersättning i form av sjuklön.

Vad är en genomsnittlig veckoersättning i form av sjuklön?
Med en genomsnittlig veckoersättning i form av sjuklön avses den sjuklön en sjukskriven försäkrad skulle få en genomsnittlig arbetsvecka. För att kunna beräkna en sådan ersättning behöver arbetstagarens genomsnittliga arbetstid per vecka kunna räknas fram. Den i anställningsavtalet överenskomna tjänstgöringsgraden, eller det som i övrigt har avtalats gällande tjänstgöringsgrad, bör enligt arbetsgruppens bedömning kunna användas till ledning för en sådan beräkning.

Inkomstperiod och det procentuella avdraget

Enligt bestämmelserna i SjLL har arbetstagare rätt att vid sjukdom få en sjuklön som motsvarar 80 procent av anställningsförmånerna. Lagen om sjuklön medger att den närmare beräkningen av sjuklönens storlek får bestämmas genom kollektivavtal. I utformningen av hur karensdagen beräknas finns det variationer mellan olika branschavtal. Enligt arbetsgruppens uppfattning är det lämpligt att inom sjuklönesystemet medge att den närmare beräkningen av karensavdrag får bestämmas i kollektivavtal då såväl arbetstiderna som den närmare beräkningen av storleken av sjuklönen redan i dag skiljer sig mellan olika sektorer på arbetsmarknaden. En reglering bör således så långt som möjligt utformas så att de avtalsslutande parterna ges utrymme att tekniskt närmare beräkna sjuklönens storlek och därigenom även utformningen av karensavdraget inom sjuklönesystemet.

Förslaget som här lämnas har samma innebörd som det förslag som den parlamentariska socialförsäkringsutredningen lämnade. Såväl val av inkomstperiod (veckoersättning) som storleken på det procentuella avdraget (20 procent) skulle kunna ifrågasättas utifrån hur arbetsförhållandena ser ut för en del arbetstagare i dag. För flera försäkrade ser arbetsförhållandena sådana ut att de arbetar varierande långa arbetspass förlagda oregelbundet över tid. Med hänsyn till detta skulle det exempelvis kunna argumenteras för att det vore mera lämpligt att tala om ett avdrag som motsvarar en genomsnittlig dagersättning snarare än en genomsnittlig veckoersättning. För många andra där lön beräknas och utbetalas per kalendermånad skulle ett procentuellt avdrag beräknat på en genomsnittlig månadsersättning kunna anses vara mera passande. Likaså skulle det kunna hävdas att det föreslagna procentuella avdraget inte är fullt optimalt för arbetstagare som har en helt annan arbetssituation i jämförelse med dem som arbetar samma antal timmar varje dag, fem dagar i veckan.

Utifrån de överväganden arbetsgruppen har gjort har dock inte arbetsgruppen funnit skäl att ändra på den föreslagna modellen. Med den möjlighet som finns för parterna att avtala om den närmare beräkningen av sjuklönens storlek och därigenom även karensavdraget, bedömer arbetsgruppen att 20 procent av en genomsnittlig veckoersättning i form av sjuklön utgör ett adekvat riktmärke för ett karensavdrag. Det anger tydligt storleken på det

avdrag som finns i åtanke för att åstadkomma en mer rättvis självrisk, mera lika för alla.

Försäkrade utan kollektivavtal
Som redovisats ovan får vissa avvikelser från bestämmelser i lagen om sjuklön göras genom kollektivavtal. En arbetsgivare som är bunden av ett sådant kollektivavtal får tillämpa avtalet även på arbetstagare som inte tillhör den avtalsslutande arbetstagarorganisationen, under förutsättning att de sysselsätts i arbete som avses med avtalet och inte omfattas av något annat tillämpligt kollektivavtal.

4.3 Karensavdrag i socialförsäkringsbalken

Arbetsgruppens förslag: Karensavdraget vid kalenderdagsberäknad sjukpenning ska motsvara ersättningen för en hel sjukpenningdag. För försäkrade vars sjukpenning arbetstidsberäknas ska avdraget motsvara 20 procent av den sjukpenning som den försäkrade genomsnittligen skulle kunna få under en vecka.

Skälen för arbetsgruppens förslag:
Sjukpenning kan antingen kalenderdagsberäknas eller arbetstidsberäknas, beroende på hur individen förvärvsarbetar. I de allra flesta fall beräknas sjukpenning per kalenderdag. För att ett karensavdrag så långt som möjligt ska korrespondera med den försäkrades arbetsförhållande föreslår arbetsgruppen att ett karensavdrag i socialförsäkringsbalken, SFB, ska kunna såväl kalenderdagsberäknas som arbetstidsberäknas.

När det gäller kalenderdagsberäknad sjukpenning föreslås karensavdraget utgöra en kalenderdagsberäknad sjukpenningdag. Ett införande av ett karensavdrag i SFB enligt arbetsgruppens förslag innebär att den försäkrade som får sin sjukpenning kalenderdagsberäknad går miste om en (kalenderdagsberäknad) sjukpenningdag i en sjukperiod, vilket motsvarar lika mycket i sjukpenning som den försäkrade går miste om enligt dagens regler om karensdag. Att införa karensavdrag i stället för karensdag i socialförsäkringsbalken innebär för de flesta försäkrade således inte någon ekonomisk skillnad.

För försäkrade som får arbetstidsberäknad sjukpenning föreslås karensavdraget motsvara 20 procent av den sjukpenning som den försäkrade genomsnittligen skulle kunna få under en vecka. För denna grupp försäkrade innebär ett införande av karensavdrag, i likhet med vad som föreslås gälla för arbetstagare som får sjuklön enligt lagen (1991:1047) om sjuklön, att den försäkrades genomsnittliga arbetstid behöver beräknas. Genom en sådan beräkning kan effekterna av om insjuknandedagen infaller en dag den försäkrade skulle ha arbetat ett långt arbetspass utjämnas. Till ledning för en sådan beräkning bör Försäkringskassan kunna använda sig av uppgifter om hur den försäkrade har förvärvsarbetat före sjukperioden, i likhet med vad som i dag redan kan göras enligt 27 kap. 11 § SFB för att beräkna sjukpenningen.

I likhet med vad som gäller för de försäkrade som erhåller sjuklön kan avdraget för karens för försäkrade med arbetstidsberäknad sjukpenning bli såväl högre som lägre jämfört med nuvarande regler om karensdag, detta beroende på om insjuknandedagen infaller under en dag då arbetstagaren skulle ha arbetat ett långt eller ett kort arbetspass.

4.4 Villkor och begränsningar gällande karensavdrag

Arbetsgruppens förslag: Vid sjukfrånvaro ska det göras ett helt karensavdrag oavsett sjukfrånvarons omfattning.

Skälen för arbetsgruppens förslag: Vid ett införande av ett karensavdrag kan sjuklön och sjukpenning utgå för alla dagar under sjukperiodens första 14 dagar. Från denna summa sjuklön/sjukpenning bör ett avdrag, ett karensavdrag, göras.

Utgångspunkten är att ett helt avdrag dras oavsett om den försäkrade blir sjukskriven/är sjukfrånvarande på heltid eller deltid eller om Försäkringskassan bedömer att arbetsförmågan är helt eller endast delvis nedsatt på grund av sjukdom. Sjukfrånvaro på heltid torde vara den absolut mest vanliga varianten under sjukperiodens två första veckor där sjukfrånvaron i regel bottnar i influensa eller liknande. Arbetsgruppen bedömer att det är rimligt att korttidssjukfrånvaro, oavsett omfattning, är förknippat med en och samma självrisk. Enligt arbetsgruppens uppfattning ska självrisken

med andra ord vara densamma för en försäkrad som är sjukfrånvarande en hel dag som för en försäkrad som är sjukfrånvarande en fjärdedels dag i fyra dagar. Så länge det finns rätt till sjuklön/sjukpenning bör avdraget göras till dess att ett helt avdrag har gjorts. Det är värt att observera att avdraget görs från sjuklönen respektive sjukpenningen, vilket innebär att avdraget aldrig kan bli större än vad som utan karensavdrag skulle ha lämnats i form av dessa förmåner. För en arbetslös försäkrad kan karensavdraget således inte överstiga 543 kronor i och med att det är den högsta sjukpenningen som kan utgå till en arbetslös.

Med ett karensavdrag släpps den absoluta kopplingen mellan det avdrag som görs för karens och arbetsförhållandena under den första dagen i sjukperioden. Är arbetstagaren sjuk en dag och denna dag skulle ha arbetat ett långt arbetspass görs ett avdrag från sjuklönen med motsvarande 20 procent av den sjuklön som arbetstagaren genomsnittligen beräknas kunna få under en vecka. Efter det att ett karensavdrag har gjorts, bör den återstående delen av den sjuklön som avser insjuknandedagen kunna utbetalas. Motsvarande bör gälla för dem som vid sjukfrånvaro erhåller arbetstidsberäknad sjukpenning.

Den föreslagna bestämmelsen om karensavdrag föreslås inte omfatta egenföretagare som betalar egenavgift. Arbetsgruppen har inte funnit skäl till att inkludera denna grupp försäkrade då de omnämnda konsekvenserna av dagens regler inte bedöms handla om denna grupp försäkrade. Har egenföretagaren däremot även inkomst av anställning ska dock det föreslagna karensavdraget gälla men grundat enbart på den del av SGI:n som avser inkomst av anställning (SGI A). På den del som grundas på det egna företaget (SGI B) får egenföretagaren, såsom gäller i dag, ingen sjukpenning under den karenstid som denne har valt.

För att ytterligare förtydliga intentionerna med det förslag som lämnas i denna promemoria redovisas i konsekvensavsnittet ett antal olika räkneexempel, se vidare avsnitt 5.

4.5 Erforderliga följdändringar

Arbetsgruppens förslag: Bestämmelserna om förmånstid ska ändras så att det vid beräkningen av ramtid och antal dagar med sjukpenning på normalnivån inte ska räknas med den första dagen i sjukperioden om sjukperioden inleds med sjukpenning. Bestämmelserna om allmänt högriskskydd ska ändras så att antalet tillfällen med avdrag för karens begränsas till tio under en tolvmånadersperiod. Bestämmelserna om särskilt högriskskydd, ska också anpassas till föreslagna bestämmelser om karensavdrag.

Bestämmelserna om återinsjuknande ska ändras så att endast *ett* karensavdrag kommer i fråga om en försäkrad återinsjuknar inom fem dagar från och med den senaste sjukperioden.

Vidare ska i rubriken närmast före 40 kap. 4 § SFB om sjukpenning vid karensdagar avseende arbetsskadesjukpenningen anpassas till föreslagna bestämmelser om karensavdrag.

Dessutom ska även ett antal följdändringar göras.

Skälen för arbetsgruppens förslag:
Sjukpenning på normalnivån lämnas enligt nuvarande regler för högst 364 dagar inom en ramtid av 450 dagar(27 kap. 21 § SFB). Avsikten har varit att ersättning ska lämnas på normalnivån i ett år, där den första dagen är en karensdag. Arbetsgruppens förslag innebär att sjukpenning lämnas även den första dagen i sjukperioden. Detta oaktat om sjukpenning faktiskt inte betalas ut till följd av det föreslagna karensavdraget. För att försäkrade inte ska få färre dagar med sjukpenning på normalnivå än i dag föreslår arbetsgruppen att vid beräkning av ramtid och antal dagar med sjukpenning på normalnivån ska inte den första dagen i sjukperioden anses ingå om sjukperioden inleds med sjukpenning. Motsvarande justering behöver inte göras för försäkrade som får sjuklön i och med att endast tretton av sjuklöneperiodens dagar ska medräknas enligt 27 kap. 22 § SFB.

Avsikten med ett karensavdrag är inte att försvåra situationen för de försäkrade som i dag kommer i fråga för allmänt och särskilt högriskskydd. Inte heller är avsikten att ändra regeln om återinsjuknande. Ett antal följdändringar krävs därför med anledning av förslaget om karensavdrag. I likhet med nuvarande bestämmelser

bör antalet karensavdrag begränsas till tio tillfällen under en tolvmånadersperiod (allmänt högriskskydd). Ändringar krävs i 27 kap. 39 § SFB och i 6 § SjLL. Även bestämmelserna för den som lider av en sjukdom som kan antas medföra ett större antal sjukperioder (särskilt högriskskydd) bör anpassas till reglerna om karensavdrag. Såväl bestämmelserna i 15 § SjLL och i 27 kap. 40 § SFB bör ändras i dessa avseenden. Gällande bestämmelser om återinsjuknande i 6 § SjLL och 27 kap. 32 § SFB bör också ändras så att endast *ett* karensavdrag kommer i fråga om en försäkrad återinsjuknar inom fem dagar från och med den senaste sjukperioden.

Sverige har genom att ratificera ILOs konvention nr. 121 åtagit sig att inte tillämpa någon karens vid sjukdom till följd av arbetsskada. Av denna anledning anges i 40 kap. 4 och 5 §§ att en försäkrad som beviljats arbetsskadelivränta har rätt till ersättning för två eller fler sjukdagar. Detta bör även gälla fortsättningsvis. Bestämmelserna behöver inte ändras för att detta ska gälla. Däremot bör rubriken till paragraferna kompletteras så att det framgår att bestämmelserna även avser när karensavdrag har gjorts.

Förslaget kommer att medföra behov av ytterligare ett antal ändringar av följdkaraktär i 10 kap. 11§, 13 kap 33 §, 27 kap. 1, 28-29 och 31 §§ och 28 a kap. 1, 16 och 17 §§ SFB samt 8 § SjLL.

Det bör övervägas om förslaget även medför att förändringar behöver göras i förordningen (1996:1100) om aktivitetsstöd.

4.6 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Arbetsgruppens förslag: De nya reglerna om karensavdrag ska träda i kraft den 1 januari 2019 och avse nya sjukperioder och sjuklöneperioder som inleds från och med denna dag.

Vid beräkning av det allmänna högriskskyddet ska karensdagar enligt äldre bestämmelser läggas samman med antalet tillfällen med karensavdrag som görs för tid efter ikraftträdandet. En karensdag ska likställas med ett karensavdrag för den som återinsjuknar eller som har ett beslut om särskilt högriskskydd.

Skälen för arbetsgruppens förslag: Ett införande av karensavdrag enligt de principer som föreslås i denna promemoria torde innebära att kollektivavtal i vissa delar behöver anpassas eller omförhandlas.

Vidare kan olika personal- och ekonomiadministrativa system behöva utvecklas och anpassas liksom Försäkringskassans handläggningssystem. Utbildning och information till arbetstagare, fackliga organisationer m.fl. kan därtill behöva genomföras. Med anledning av detta föreslår arbetsgruppen ett ikraftträdande av bestämmelserna först den 1 januari 2019. De nya reglerna föreslås gälla endast nya sjukperioder och sjuklöneperioder som inleds från och med denna dag.

För att inte försäkrades möjlighet till allmänt och särskilt högriskskydd ska försämras vid ett ikraftträdande av förslaget om karensavdrag bedömer arbetsgruppen att det är motiverat med övergångsbestämmelser beträffande dessa högriskskydd. Övergångsbestämmelserna bör medge att karensdagar enligt nuvarande lydelse ska läggas samman med antalet karensavdrag som görs för tid efter ikraftträdandet. En karensdag föreslås vidare likställas med ett karensavdrag vid återinsjuknande och för den som har fått ett beslut om särskilt högriskskydd.

5 Konsekvenser

5.1 För enskilda försäkrade

Förslag om karensavdrag berör alla försäkrade som omfattas av lagen om sjuklön och/eller sjukpenningförsäkringen förutom egenföretagare med enbart inkomst av annat förvärvsarbete.

Tanken med ett karensavdrag är att avdraget vid sjukdom, den försäkrades självrisk i försäkringen, ska stå i rimlig proportion till den försäkrades inkomst och vara mindre kopplat till hur arbetstiden är förlagd. Avdraget ska istället kopplas till hur arbetstagaren genomsnittligen arbetar på veckobasis och utgöra en andel av den ersättning som ska utgå vid sjukfrånvaro. För många arbetstagare är arbetsförhållandena sådana att de arbetar åtta timmar om dagen, fem dagar i veckan. Vid korttidssjukfrånvaro går dessa försäkrade miste om ca 20 procent av sin veckoinkomst till följd av regeln om karensdag. Genom den föreslagna regleringen får den aktuella gruppen försäkrade ett karensavdrag som storleksmässigt motsvarar dagens karensdag, således ingen skillnad jämfört med i dag.

Med förslaget om ett karensavdrag kommer sjukfrånvaron i vissa fall att bli mindre kostsam för den enskilde än med dagens regler. I andra fall blir det tvärtom. Fördelen med att införa ett karensavdrag är dock att karensen för den som arbetar mycket ojämnt blir mera jämn storleksmässigt liksom mera jämn försäkringstagare emellan. För arbetstagare som arbetar lika mycket varje dag måndag till fredag, blir avdraget för karensdagen i dag detsamma oavsett vilken arbetsdag insjuknandet sker. Med ett karensavdrag blir självrisken även för dem som arbetar oregelbundet i princip densamma, oavsett om arbetstagaren skulle ha arbetat ett långt eller ett kort pass den första dagen i sjukperioden.

Med den föreslagna modellen kan karensavdraget kopplas till en längre inkomstperiod, vilket får till följd att dagens regelsystem

med att enbart koppla avdraget till en enda dag upphör. En sådan lösning innebär vidare att karensavdraget från sjuklönen alternativt sjukpenningen kommer att motsvara en hel ersättningsdag även för den som sjukanmäler sig sent på dagen.

En regel om karensavdrag i stället för karensdag innebär således en mer rättvis och likartad reglering av den enskildes självrisk i samband med sjukdom. Samtidigt uppnås en högre grad av försäkringsmässighet genom minskad möjlighet för den enskilde försäkrade att disponera sin självrisk. Beroende på vilken bransch och ersättningskategori de försäkrade tillhör kommer ett införande av karensavdrag få olika konsekvenser.

5.1.1 Försäkrade som erhåller sjuklön

För den grupp försäkrade som erhåller sjuklön från ersättningsperiodens början innebär förslaget att det inte längre har någon betydelse hur många timmar den försäkrade skulle ha arbetat när han eller hon insjuknar. För den som skulle ha arbetat ett längre arbetspass vid insjuknandet än ett genomsnittligt arbetspass blir avdraget lägre än i dag, men för den som i stället skulle ha arbetat ett kortare arbetspass kan avdraget bli högre. I samband med mycket korta sjukfall innebär dock reglerna om karensavdrag – precis som i dag gäller för reglerna om karensdag – att avdraget aldrig kan vara högre än vad som skulle ha utgivits i sjuklön om inte reglerna om karensavdrag funnits. En försäkrad som är sjuk endast en dag och just denna dag skulle ha arbetat mindre än en genomsnittlig dag kan således endast få avdrag motsvarande det antal timmar som skulle ha utgivits i sjuklön om inte reglerna om karensavdrag funnits. Detsamma gäller i de fall den försäkrade endast är sjuk exempelvis en halv dag och därefter återgår i arbete. Om den försäkrade däremot skulle ha arbetat ett längre arbetspass än genomsnittligt under insjuknandedagen kan i stället, efter det att ett karensavdrag har gjorts, återstående del av den sjuklön som avser insjuknandedagen utbetalas. För den grupp försäkrade som arbetar lika mycket varje dag, fem dagar i veckan, innebär den föreslagna utformningen av karensavdrag att avdraget beloppsmässigt blir detsamma som med dagens regelverk.

Exempel 1: En arbetstagare med rätt till sjuklön arbetar 8 timmar om dagen, måndag-fredag. Den anställde arbetar totalt 40 timmar i veckan. Arbetstagarens inkomst är 110 kronor i timmen. Sjuklön utgår med 88 kronor per timme (80 procent av 110 kronor). Den genomsnittliga veckoersättningen i form av sjuklön är 3 520 kronor (40x88). 20 procent av den genomsnittliga veckoersättningen i form av sjuklön är 704 kronor. Anta att arbetstagaren blir sjuk på måndag morgon och resten av dagen. Arbetsgivaren gör ett avdrag från lönen med 110 kronor för varje timme som den anställde är sjukfrånvarande men skulle ha arbetat.

Föreslagna regler om karensavdrag: 0 kronor i sjuklön. Karensavdrag görs på genomsnittlig sjuklön med 704 kronor (0,2 x 3520). Sjuklön-karensavdrag= 704-704 = 0.

Nuvarande regler om karensdag: 0 kronor i sjuklön.

Vid sjukfrånvaro utgår ingen lön. I båda fallen får arbetstagaren avdrag på sin månadslön för den dag denne är sjukfrånvarande, dvs. i detta fall 8 timmar, totalt minus 880 kronor. Däremot har arbetstagaren rätt att få kompensation i form av sjuklön för de timmar denne går miste om lön på grund av sjukdom. I detta exempel finns dock ingen sjuklön att betala ut i och med att den sjuklön som den enskilde skulle få är av samma storlek som karensavdraget.

Exempel 2: En arbetstagare med rätt till sjuklön arbetar enligt följande schema under en vecka: måndag 14 timmar, tisdag 5 timmar, onsdag 5 timmar, torsdag 0 timmar, fredag 6 timmar. Den anställde arbetar totalt 30 timmar, vilket också överensstämmer med en genomsnittlig arbetsvecka för denna arbetstagare. Arbetstagaren tjänar 110 kronor i timmen. Sjuklön utgår med 88 kronor per timme (80 procent av 110 kronor). Den genomsnittliga veckoersättningen i form av sjuklön är 2 640 kronor (30x88). Karensavdrag görs med 528 kronor (0,2x2 640).

2A. Anta att arbetstagaren blir sjuk på måndag morgon och resten av dagen. Arbetstagaren är åter i arbete på tisdagen. Nedan redovisas vilken sjuklön den anställde erhåller för denna dag utifrån de föreslagna reglerna och med dagens regler.

Föreslagna regler om karensavdrag: 704 kronor i sjuklön ((14x88)-528= 704 kronor)).

Nuvarande regler om karensdag: 0 kronor i sjuklön.

2B. Anta att arbetstagaren istället blir sjuk på tisdag morgon och ytterligare två dagar. Nedan redovisas vad den anställde erhåller i sjuklön för dessa tre dagar.

Föreslagna regler om karensavdrag: 352 kronor i sjuklön ((tisdag: 440 kronor (5x88), onsdag: 440 kronor (5x88), torsdag: 0 kronor)–528=352)).

Nuvarande regler om karensdag: 440 kronor i sjuklön (tisdag: 0 kronor, onsdag: 440 kronor (5x88), torsdag: 0 kronor).

För den anställde innebär regler om karensavdrag att sjuklönen i detta fall blir lägre än vid regler om karensdag.

2C. Anta att arbetstagaren istället blir sjuk på tisdagen då endast en timme återstår av arbetsdagen och sedan fortsätter att vara sjuk även under onsdagen. Ersättning i form av sjuklön blir då enligt följande:

Föreslagna regler om karensavdrag: 0 kronor i sjuklön ((6 timmars sjukfrånvaro (1 timme under tisdagen samt 5 timmar under onsdagen)x88 kronor–528 = 0 kronor)).

Nuvarande regler om karensdag: 440 kronor i sjuklön (tisdag: 0 kronor, onsdag: 440 kronor).

I detta exempel får den försäkrade utifrån de föreslagna reglerna ingen ersättning i form av sjuklön under sjuklöneperioden. Ersättning till den enskilde består enbart av den lön (440 kronor) som den försäkrade får för fyra timmars arbete under tisdagen. Detta kan jämföras med den ersättning som utgår till den enskilde utifrån dagens regler, dvs. 880 kronor (440 kronor i lön för 4 timmars arbete under tisdagen plus 440 kronor i sjuklön under onsdagen).

2D. Anta att arbetstagaren blir sjuk under måndagen efter att halva arbetsdagen har gått, dvs. efter sju av arbetsdagens 14 timmar, och sedan är sjuk på halvtid under tisdagen och onsdagen. Ersättningen i form av sjuklön blir enligt följande:

Föreslagna regler om karensavdrag: 528 kronor (måndag: 616 kronor (7x88), tisdag: 220 kronor (2,5x88), onsdag: 220 kronor). 616+220+220=1 056. 1 056-528= 528.

Nuvarande regler om karensdag: 440 kronor (måndag: 0 kronor, tisdag: 220 kronor (2,5x88), onsdag: 220 kronor).

I detta exempel blir ersättningen till den försäkrade i form av sjuklön högre med ett karensavdrag jämfört med dagens regler.

2E. Anta att arbetstagaren blir sjuk under tisdagen efter att halva arbetsdagen har gått (dvs. efter två och en halv timme) och sedan är åter i arbete onsdag morgon för att åter bli sjuk efter halva arbetsdagen, dvs. efter 2,5 timmars arbete. Ersättningen i form av sjuklön blir enligt följande:

Föreslagna regler om karensavdrag: 0 kronor (tisdag: 220 kronor (2,5x88), onsdag: 220 kronor (2,5x88). 440-528= 0

Nuvarande regler om karensdag: 220 kronor (tisdag: 0 kronor, onsdag: 220 kronor (2,5x88).

I detta fall får arbetstagaren med de föreslagna reglerna ingen ersättning i och med att det inte återstår någon sjuklön när avdraget är gjort. Karensavdraget blir dock maximalt 440 kronor i och med att det inte finns ytterligare sjuklön att dra karensen ifrån.

5.1.2 Försäkrade som erhåller sjukpenning

Kalenderdagsberäknad sjukpenning

För den grupp försäkrade som erhåller kalenderdagsberäknad sjukpenning från ersättningsperiodens början, till exempel föräldralediga och arbetslösa, innebär det föreslagna karensavdraget ingen större skillnad jämfört med i dag. Den kalenderdagsberäknade ersättningen utgörs av SGI delad med 365 (dagar) och en karensdag enligt nuvarande regler medför för det mesta att den försäkrade går miste om en kalenderdagsberäknad sjukpenningdag. Med förslag om karensavdrag blir konsekvensen detsamma, dvs. den försäkrade går vid sjukfrånvaro miste om en kalenderdagsberäknad sjukpenningdag. Däremot blir det annorlunda om den försäkrade insjuknar efter en del av en dag. Enligt gällande bestämmelser i SFB är karensdagen fullgjord om den försäkrade har varit sjuk med minst en fjärdedel den första dagen. Det föreslagna karensavdraget kommer nu i stället att innebära ett avdrag som motsvarar samma belopp som hel kalenderdagsberäknad sjukpenning, dvs. beloppet kommer att kunna räknas av från sjukpenningen för fler än en dag. Endast i de fall sjukfrånvaron enbart varar delar av den första sjukdagen görs ett avdrag som är mindre än en hel kalenderdag. Då görs ett avdrag om en trefjärdedels-, en halv eller en fjärdedels sjukpenningdag.

Arbetslösa
Karensavdraget för arbetslösa, till den del som motsvarar arbetslösheten, kommer att beräknas på grundval av den försäkrades SGI. Avdraget kan emellertid aldrig bli högre än vad som motsvarar det högsta sjukpenningbeloppet om 543 kronor per dag.

Exempel 3: En försäkrad är helt arbetslös och arbetssökande på Arbetsförmedlingen. SGI:n, som är fastställd till 292 000 kronor, är skyddad och motsvarar en kalenderdagsberäknad sjukpenning om 621 kronor per dag. Den försäkrade är sjuk under fyra hela dagar. Eftersom den försäkrade är arbetslös har denne endast rätt till sjukpenning om högst 543 kronor per dag vid sjukdom. Karensavdraget uppgår således till 543 kronor. I detta exempel kommer det således inte bli någon förändring alls i jämförelse med dagens regler.

Egenföretagare
Som framgår i förslagsdelen har inte arbetsgruppen funnit skäl att föreslå att egenföretagare med endast inkomst av annat arbete (SGI-B) ska omfattas av förslaget om karensavdrag. Reglerna om karens skiljer sig redan idag för egenföretagare jämfört med övriga försäkrade så till vida att egenföretagarna själva kan välja vilken självrisk de önskar i sjukförsäkringen och därigenom nivån på sina sjukförsäkringsavgifter i egenavgifterna. Ett införande av karensavdrag för dessa egenföretagare skulle enligt arbetsgruppens uppfattning enbart generera onödig administration genom kopplingen till socialavgifterna. För de egenföretagare som även har en anställning (SGI A) vid sidan av sitt företagande föreslås dock ett karensavdrag kunna aktualiseras i samband med sjukfrånvaro.

Exempel 4: En försäkrad har en SGI A och en SGI B med sju dagars karenstid. Den försäkrade blir sjukskriven i 30 dagar. Arbetsgivaren betalar sjuklön och gör karensavdrag på den del som motsvarar anställningsinkomsten. På den del som avser det egna företaget, SGI B, görs inget karensavdrag utan den försäkrade får sjukpenning fr.o.m. den åttonde dagen, dvs. efter sju dagars karenstid.

Försäkrade som erhåller arbetstidsberäknad sjukpenning
För den grupp försäkrade som har rätt till timberäknad sjukpenning, det vill säga där ersättningen beräknas på den del av SGI:n som helt eller delvis grundas på inkomst av anställning och kompenserar för förlorad lön per timme, innebär förslaget att det inte har någon betydelse hur många timmar den försäkrade skulle ha arbetat när han eller hon insjuknar. För den som skulle ha arbetat ett längre arbetspass vid insjuknandet än ett genomsnittligt arbetspass blir avdraget lägre än i dag, men för den som i stället skulle ha arbetat ett kortare arbetspass kan avdraget bli högre. I samband med mycket korta sjukfall innebär dock reglerna om karensavdrag – precis som i dag gäller för reglerna om karensdag – att avdraget aldrig kan vara högre än den sjukpenning från vilken avdraget görs. Detsamma gäller i de fall den försäkrade endast är sjuk exempelvis en halv dag och därefter återgår i arbete. Om den försäkrade däremot skulle ha arbetat ett längre arbetspass än genomsnittligt under insjuknandedagen kan i stället, efter det att ett karensavdrag har gjorts, återstående del av den sjukpenning som avser insjuknandedagen utbetalas. För försäkrade som har rätt till dagberäknad sjukpenning, det vill säga där ersättningen istället beräknas på den del av SGI:n som helt eller delvis grundas på inkomst av anställning och kompenserar för förlorad lön per dag, innebär förslaget att ett karensavdrag, som motsvarar 20 procent av den sjukpenning som den försäkrade genomsnittligen skulle kunna få under en vecka, kommer att avräknas.

Exempel 5: En försäkrad arbetar tillfälligt i en timanställning med oregelbunden arbetstid och har inte rätt till sjuklön. Den försäkrade är helt sjuk under tre dagar. Arbetstiden under dessa dagar är 10, 6 respektive 4 timmar. Försäkringskassan har med ledning av uppgifter om den försäkrades tjänstgöringsgrad under tid före sjukperioden beräknat den genomsnittliga arbetstiden till 19 timmar per vecka. SGI:n uppgår till 200 000 kronor och årsarbetstiden till 1035 timmar. Sjukpenningen är 150 kronor per timme (0,80x0,97x200 000/1035). Sjukpenning för de tre dagarna beräknas till 1500, 900 resp. 600 kronor. Karensavdrag sker med 570 kronor (150 kronor x19=2 850 kronor. 0,2 x 2 850= 570).

Sjukpenning till den försäkrade under sjukperioden (om tre dagar) med föreslagna regler: 2 430kronor (1500+900+600-570)

Sjukpenning till den försäkrade under sjukperioden (om tre dagar) med dagens regler: 1 500 kronor (0+900+600).

Exempel 6: En försäkrad arbetar som uppdragstagare med en SGI på 225 000 kronor och en årsarbetstid om 208 dagar. Försäkringskassan har beräknat den genomsnittliga arbetstiden till 4 dagar per vecka. Sjukpenning per dag uppgår till 839 kronor (0,80x0,97x225 000/208) och karensavdraget till 671 kronor (4x839 kronor=3 356 kronor. 0,2x3 356= 671). Den försäkrade blir sjuk efter en halv dags arbete men återgår helt i arbete redan nästa dag. Sjukpenning för den halva dagens frånvaro beräknas till 420 kronor (839/2). Karensavdraget kan därför högst uppgå till 420 kronor.

Försäkrade som erhåller såväl sjuklön som sjukpenning
För en försäkrad som vid sjukdom erhåller såväl sjuklön från sin arbetsgivare som sjukpenning från Försäkringskassan kommer reglerna om karensavdrag att tillämpas i båda ersättningssystemen. Karensavdraget i SFB kommer dock, i enlighet med dagens regler, att beräknas endast på den del av SGI:n som inte omfattar anställningsinkomsten från den arbetsgivare som betalar sjuklön.

Exempel 7: En försäkrad arbetar 75 procent i en anställning och arbetar måndag till fredag varje vecka samt är arbetssökande på 25 procent. SGI:n är fastställd till totalt 215 000 kronor varav 175 000 kronor avser inkomst från anställningen. Den försäkrade är sjuk under en vecka. Arbetsgivaren betalar sjuklön och gör karensavdrag. Karensavdrag enligt SFB och sjukpenning kalenderdagsberäknas på den inkomst som inte omfattar anställningsinkomsten, dvs. 40 000 kronor, och uppgår då till 85 kronor (0,80x0,97x40 000/365). I detta exempel kommer det inte bli någon förändring alls i jämförelse med befintliga regler om karensdag.

5.1.3 Återinsjuknande

Enligt arbetsgruppens förslag ska bestämmelser om återinsjuknande följdändras så att endast *ett* karensavdrag kommer i fråga om en försäkrad återinsjuknar inom fem dagar från och med den senaste sjukperioden. En konsekvens av att självrisken vid sjukfrån-

varo föreslås motsvara ett helt karensavdrag är att om den försäkrade vid tiden för återinsjuknandet inte har fått ett helt karensavdrag kommer ytterligare avdrag från sjuklönen eller sjukpenning att kunna göras till dess att karensen är fullgjord.

5.2 För arbetsgivare

Regler om karensavdrag omfattar samtliga arbetsgivare oavsett storlek eller branschtillhörighet. Konsekvenserna av regleringen kommer dock att träffa olika arbetsgivare i olika hög utsträckning. Med utgångspunkt i att ett införande av ett karensavdrag i första hand berör arbetstagare med ojämna arbetstider och koncentrerad tjänstgöring, påverkas, omvänt, framförallt arbetsgivare som verkar inom de områden där arbetstagares arbetstider förläggs koncentrerat. Koncentrerad tjänstgöring förekommer till exempel i kommun- och landstingssektorn liksom i branscher såsom handel, hotell och restaurang.

Administrativa konsekvenser
Majoriteten av alla sjukfall hanteras inledningsvis inom sjuklönesystemet. Beräkningen av karensavdrag skiljer sig åt från nuvarande regler om karensdag. För arbetsgivare innebär förslaget vissa administrativa konsekvenser när nya beräkningar ska göras. De beräkningar av sjuklön som erfordas behöver arbetsgivare göra redan idag för att kunna utbetala ersättning vid sjukfrånvaro. Däremot tillkommer beräkningen av den genomsnittliga veckoersättningen i form av sjuklön som det procentuella avdraget ska räknas på. Arbetsgruppen har tidigare bedömt att den i avtal överenskomna tjänstgöringsgraden bör kunna användas till ledning för att beräkna den genomsnittliga arbetstiden per vecka. För många arbetsgivare, med anställda som arbetar regelbundet lika många timmar varje dag, är en beräkning av den genomsnittliga veckoarbetstiden av mycket enkel beskaffenhet. För de arbetsgivare med anställda som arbetar betydligt mera ojämnt veckor emellan kan motsvarande beräkning komma att bli något mera krävande. Dagens utvecklade ekonomiadministrativa system torde för flera arbetsgivare dock kunna utgöra ett gott stöd i det tillkommande administrativa arbetet. En viss utveckling och anpassning av befintliga administrativa

system är dock rimlig för att kunna hantera beräkningen av karensavdraget. För arbetsgivare med sådana ekonomiadministrativa system bör de administrativa pålagorna, efter att systemet har uppdaterats med anledning av regeländringarna, bli begränsade. För de arbetsgivare som har en manuell lönehantering och där beräkningen av karensavdraget inte är av mycket enkel beskaffenhet uppkommer ett administrativt merarbete. Arbetsgruppen bedömer att den aktuella beräkningen i genomsnitt kan tänkas ta upp till 5 minuter per beräkningstillfälle. Givet antagandet att den som utför uppgiften har en månadslön om 28 800 kronor (avser en ekonomiassistent i privat sektor) så blir kostnaden 15 kronor per tillfälle. Cirka 80 000 arbetsgivare beräknas ha en manuell lönehantering[28].

Sjuklönekostnader

Som framgår i tidigare redovisade räkneexempel kommer förslaget om ett karensavdrag i vissa fall innebära högre och i andra fall lägre sjuklönekostnader för arbetsgivaren. För arbetsgivare med många anställda som arbetar få men långa arbetspass kan förslaget innebära ökade sjuklönekostnader på grund av att det avdrag som arbetsgivaren får göra minskar. Syftet med ett karensavdrag är inte att det ska generera omfattande kostnader för arbetsgivarna även om vissa kommer att få högre sådana. Det tål här att påminnas om att självrisken i försäkringen inte primärt handlar om arbetsgivares kostnader utan om att motverka ett omotiverat nyttjande av försäkringen.

Möjligheten att kringgå självrisken torde till del vara beroende av vilket arbete som arbetstagaren har och arbetsförhållandena i övrigt. De kostnader som uppstår för arbetsgivare till följd av införandet av ett karensavdrag bör ses mot bakgrund av att avsikten med självrisken bl.a. är att hindra ett överutnyttjande av försäkringen. Att arbetstagarnas möjlighet att kringgå självrisken kommer att försvinna gynnar samtliga arbetsgivare.

Några närmare beräkningar av vad förslaget om karensavdrag innebär för kostnader för olika arbetsgivare och branscher har inte varit möjliga för arbetsgruppen att göra. Detta utifrån att sådana

[28] Givet antagandet att andelen arbetsgivare som har ett manuellt lönesystem överensstämmer med andelen som inte lämnar arbetsgivardeklarationen elektroniskt är det ca 80 000 arbetsgivare som har en manuell hantering.

beräkningar fordrar uppgifter om korttidssjukfrånvaro och sjuklönekostnader hos de olika arbetsgivarna samt god insyn i de anställdas arbetstidsförläggning och befintliga kollektivavtal, uppgifter och data som arbetsgruppen inte har tillgång till.

5.2.1 Mindre företag

Som framgår ovan kommer ett införande av karensavdrag få olika effekter beroende på företagens branschtillhörighet och anställdas arbetstidsförläggning. Större företag har i regel utvecklade ekonomi- och personaladministrativa system som bör kunna vara till stöd i den närmare beräkningen av karensavdraget. För mindre företag utan stöd av sådana system kan de föreslagna reglerna givetvis innebära ett visst administrativt merarbete. Vissa månader kommer det finnas sjuklönekostnader och karensavdrag att beräkna, andra inte. I likhet med vad som gäller stora företag måste mindre företag redan idag hålla reda på anställdas löner och andra anställningsförmåner för att kunna beräkna och utbetala sjuklöner. Den utökade administrationen består i att göra ytterligare beräkningar på uppgifter som arbetsgivaren redan har som underlag för att betala ut löner på ett korrekt sätt. Förslaget är utformat så att det ger möjligheter att anpassa beräkningen av karensavdraget till de speciella förhållanden som gäller för respektive bransch. Arbetsgivare kan därigenom i viss utsträckning påverka den tekniska beräkningen och den administrativa börda som uppkommer därav.

Med tanke på att korttidssjukfrånvaron bland anställda hos mindre arbetsgivare är förhållandevis låg, bedömer arbetsgruppen att det administrativa merarbetet för mindre företag inte bör bli särskilt omfattande.

För vissa mindre företag i branscher där koncentrerad tjänstgöring är vanligt förekommande kommer förslaget om ett karensavdrag dock kunna innebära ökade kostnader för sjuklön.

5.2.2 Kommuner och landsting

Kommuner och landsting kommer att beröras av förslagen i egenskap av arbetsgivare. Arbetsgivare i kommuner och landsting tillhör den grupp arbetsgivare som relativt andra arbetsgivare i hög grad

kommer att påverkas av ett karensavdrag. I denna sektor förekommer såväl långa arbetspass som att arbetstiden förläggs koncentrerat. Till exempel natt- och deltidsarbete inom vården och äldreomsorgen innebär ofta långa arbetspass. För denna sektor kommer såväl kostnader för sjuklön som vissa kostnader för administration att uppkomma.

5.3 Konsekvenser för Försäkringskassan

År 2015 startade omkring 580 000 sjukfall hos Försäkringskassan, 506 000 av dessa hade först erhållit sjuklön. Bland dem som erhöll sjukpenning under sjukperiodens två första veckor fick den absoluta majoriteten, minst 59 000 av 73 000, kalenderdagsberäknad sjukpenning. Cirka 14 000 sjukfall var föremål för arbetstidsberäknad sjukpenning.

Grunden för förslaget om att införa ett karensavdrag i stället för en karensdag är att åstadkomma en mer rättvis karens. I vissa fall medför förslaget dock en mera komplicerad handläggning.

För Försäkringskassans del innebär förslaget att beräkningen av avdraget från sjukpenningen i vissa delar förändras. För handläggningen av ärenden där sjukpenning kalenderdagsberäknas i början av en sjukperiod innebär förslaget om karensavdrag inga större förändringar i och med att beräkningen av avdraget för karensdag redan i dag kalenderdagsberäknas. Ett visst merarbete uppkommer emellertid i de fall den försäkrade är sjukfrånvarande endast delar av den första dagen. I dessa fall kan inte ett helt avdrag för karens göras utan särskilda beräkningar kommer att behöva göras.

För handläggningen av ärenden där försäkrades sjukpenning arbetstidsberäknas i början av ett sjukfall innebär arbetsgruppens förslag en något mera komplicerad handläggning i och med att arbetstagarens genomsnittliga arbetstid alltid måste beräknas. Handläggningen av dessa ärenden kan redan i dag vara ganska utredningskrävande och sker helt manuellt. Ytterligare utredningsarbete innebär givetvis en viss administrativ pålaga som dock är en nödvändig konsekvens för att komma till rätta med de mindre önskvärda effekterna i det nuvarande systemet, detta även om det i vissa enskilda fall kan tänkas innebära att handläggningstiderna

förlängs något. Arbetsgruppen har beräknat de löpande kostnaderna för handläggningen till ca 3 miljoner kronor per år.

Med förslaget om karensavdrag är det rimligt att förvänta sig att Försäkringskassan med tiden får något fler inrapporterade sjukfall än tidigare. De försäkrade som idag får arbetstidsberäknad sjukpenning och som vid mycket korta sjukfall avstår från att anmäla sjukfrånvaro till Försäkringskassan kan i en framtid ha incitament att istället göra en sådan anmälan i och med att sjukpenning kan utgå även för den första dagen i sjukperioden när avdraget för karens är gjort. Om avdraget från sjukpenningen blir lägre än med dagens regler om karensdag bör det ligga i den enskildes intresse att anmäla sin sjukfrånvaro.

Arbetsgruppens förslag bedöms innebära relativt omfattande behov av it-utveckling på Försäkringskassan. Detta är skattat till en kostnad om totalt ca 64 miljoner kronor. Vidare bedöms det finnas behov av såväl reviderade vägledningar och handläggarstöd till myndighetens handläggare som informationsinsatser till försäkrade. Även om förslaget om karensavdrag för majoriteten försäkrade inte innebär någon skillnad i ersättning från försäkringen är det viktigt att de försäkrade förstår vilket avdrag från sjukpenningen som myndigheten har gjort. Inte minst är detta av betydelse för dem med arbetstidsberäknad sjukpenning där karensavdrag kan göra ekonomisk skillnad.

5.4 De allmänna förvaltningsdomstolarna

Förslagen i denna promemoria syftar till en mer rättvis reglering av de försäkrades karens i sjukförsäkringen. Samtidigt innebär förslagen en mer komplicerad reglering än den nuvarande bestämmelsen om karensdag. Med anledning av detta är det inte osannolikt att det fattas en del beslut som kommer att bli föremål för domstolsprövning.

Den absoluta majoriteten sjukfall hanteras inledningsvis inom sjuklönesystemet. Tvist mellan arbetsgivare och arbetstagare i fråga om rätten till sjuklön prövas av domstol, tingsrätt eller Arbetsdomstolen. De arbetstagare som vänder sig till Försäkringskassan för kompensation under de inledande två veckorna i en sjukperiod kan få sitt beslut prövat i allmän förvaltningsdomstol efter att Försäk-

ringskassans beslut varit föremål för omprövning. Som framgår ovan får majoriteten arbetstagare sin sjukpenning kalenderdagsberäknad under de två första veckorna i sjukperioden. För dessa försäkrade innebär de nya reglerna ingen större förändring. För de försäkrade som istället får arbetstidsberäknad sjukpenning kompliceras Försäkringskassans handläggning i vissa fall ytterligare. I och med att denna grupp försäkrade dock är betydligt mindre i antal bedöms konsekvenserna för de allmänna förvaltningsdomstolarna sammantaget bli begränsade.

5.5 Konsekvenser för jämställdhet

Långa arbetspass och koncentrerade arbetstider förekommer inom flera branscher, såväl inom kvinnodominerade som mansdominerade branscher. Vård och omsorg är en sådan bransch som är kvinnodominerad och som sysselsätter många kvinnor. Skiftarbete är vanligare bland kvinnor än bland män, totalt sett beräknas dock en något större andel män än kvinnor ha långa arbetstider. På ett antal områden, t.ex. inom industrin och i transportsektorn, har arbetsmarknadens parter i kollektivavtal kommit överens om olika varianter av ett karensavdrag. Mot bakgrund av att det saknas en heltäckande och detaljerad bild av hur arbetstider är förlagda och förekomsten av koncentrerade arbetstider i olika branscher är det svårt att göra en ingående jämställdhetsanalys av förslaget om karensavdrag. Utifrån att kvinnors sjukfrånvaro under sjuklöneperioden är betydligt högre än männens, liksom utifrån att en stor andel av alla kvinnliga arbetstagare verkar inom just sektorn vård och omsorg där sjukfrånvaron är särskilt hög, torde dock förslaget om karensavdrag vara av större betydelse för kvinnliga arbetstagare än för manliga[29]. Att frångå karensdagen och övergå till ett karensavdrag är en fråga om större rättvisa arbetstagare emellan, som framgår ovan inbegriper den emellertid även aspekter av betydelse i ett jämställdhetsperspektiv.

[29] Enligt konjunkturlönestatistiken hade kvinnor under 2016 kvartal 4 i medeltal 2,05 sjukdagar per anställd och männen 1,47 sjukdagar.

5.6 Konsekvenser för statens budget och korttidssjukfrånvarons utveckling

Ett införande av karensavdrag kan innebära kostnader på sjukpenninganslaget. Majoriteten försäkrade som får sjukpenning under sjukperiodens första fjorton dagar får, såsom framgår ovan, kalenderdagsberäknad ersättning. För denna grupp försäkrade innebär förslaget om karensavdrag i princip inga förändringar jämfört med dagens regler. De sjukpenningkostnader som kan uppstå är framförallt att hänföra till gruppen försäkrade som erhåller arbetstidsberäknad sjukpenning. Arbetsgruppen har låtit göra en beräkning som indikerar att belastningen på sjukpenninganslaget torde uppgå till ca 12 miljoner kronor per år.

Som redovisats tidigare kommer förslag om karensavdrag att påverka olika grupper arbetstagare olika mycket. För dem som arbetar få men långa arbetspass kommer den enskildes kostnad vid sjukfrånvaro att kunna bli lägre relativt dagens regler och tröskeln till korttidssjukfrånvaro sänks därmed. Det kan påverka dessa individers benägenhet att stanna hemma vid sjukdom. I de fall sjukfrånvaron blir mera kostsam för den enskilde relativt dagens regler kommer det omvända bli gällande. Det är svårt att närmare uttala sig om de exakta konsekvenserna gällande drivkrafter till arbete och påverkan på korttidssjukfrånvaron och sysselsättningen utifrån de föreslagna bestämmelserna. Det ska dock i detta sammanhang påminnas om att många av dem som t.ex. arbetar koncentrerade arbetspass i vården eller i handeln inte är högavlönade arbetstagare. För många av dem torde incitamenten att gå och arbeta kvarstå trots att sjukfrånvaro under ett långt arbetspass blir mindre kostsamt. Även om regler om karensavdrag innebär att karensavdraget i regel kommer att motsvara en hel dagersättning kommer även de som i dag sjukanmäler sig sent på dagen att ha incitament att gå till arbetet och arbeta delar av dagen i och med att lön alltid är att föredra framför sjuklön och den enskilde givetvis får lön för alla de timmar som den arbetar.

5.7 Alternativa lösningar avseende karensavdragets konstruktion

Arbetsgruppen har övervägt olika lösningar för hur ett karensavdrag kan konstrueras. Utifrån ambitionen att mildra de mindre önskvärda konsekvenser som dagens regler kan ge upphov till är den nu föreslagna konstruktionen enligt arbetsgruppens bedömning den mest fördelaktiga. Det är svårt att utforma en karens som är optimal - fullt rättvis och helt träffsäker - för alla försäkrade på en diversifierad arbetsmarknad. En del skillnader uppkommer. Det är dock angeläget att så långt möjligt minska alltför stora sådana skillnader/risker försäkrade emellan för att försäkringen ska uppfattas som acceptabel. Självrisken syftar till att motverka omotiverad korttidsfrånvaro eller att försäkringen överutnyttjas. En förändrad självrisk kan skapa incitament hos den enskilde att agera på ett särskilt vis. I utformningen av den konstruktion som här föreslås har arbetsgruppen därför haft drivkrafter till arbete i åtanke.

En förekommande avtalslösning är att begränsa avdraget för karensdagen till maximalt åtta timmar. Det är en enkel och tydlig konstruktion. En motsvarande reglering av detta slag i SjLL och i SFB skulle dock inte omöjliggöra ett kringgående av självrisken genom en sjukanmälan sent på arbetsdagen.

Med utgångspunkt i dagens regel om karensdag, som är mycket enkel till sin konstruktion, är det näst intill ofrånkomligt att regelverket blir mera komplicerat och därmed i vissa avseenden mera administrativt krävande när reglerna ändras. En viss administration kommer att tillkomma till följd av det förslag som finns i denna promemoria, vilket dock är en nödvändig konsekvens.

Om den föreslagna regleringen inte kommer till stånd kommer de mindre önskvärda effekterna, som regleringen syftar till att mildra, sannolikt att kvarstå.

6 Författningskommentar

6.1 Förslaget till lag om ändring i socialförsäkringsbalken

10 kap.
11 §
En följdändring görs i *andra strecksatsen* med anledning av att det införs ett karensavdrag i stället för avdrag för en karensdag. Dessutom görs en hänvisning till den nya 27 kap. 27 a § dit bestämmelsen om karensdagar har flyttats.

13 kap.
33 §
En följdändring görs i *första strecksatsen* med anledning av att det införs ett karensavdrag i stället för avdrag för en karensdag. Dessutom görs en hänvisning till den nya 27 kap. 27 a § dit bestämmelsen om karensdagar har flyttats.

27 kap.
1 §
En följdändring görs i *sjätte strecksatsen* med anledning av att det införs ett karensavdrag i stället för avdrag för en karensdag.

21 §
En ny *andra mening* läggs till i paragrafen som anger att om sjukperioden inleds med sjukpenning ska den första dagen inte räknas in i ramtiden på 450 dagar eller i de 364 dagarna med sjukpenning på normalnivån som sjukpenning får lämnas för under ramtiden. Ändringen är en följdändring med anledning av att sjukpenning vid karensavdrag lämnas även för den första dagen i sjukperioden.

Inleds sjukperioden med sjuklön ska som tidigare enbart 13 av 14 dagar med sjuklön räknas in i förmånstiden, detta framgår av 22 §.

22 §

En redaktionell ändring görs i *första stycket* eftersom sjukpenning genom förslaget om karensavdrag lämnas även för den första dagen i sjukperioden.

23 §

En redaktionell ändring görs i *första stycket* eftersom sjukpenning genom förslaget om karensavdrag lämnas även för den första dagen i sjukperioden.

27 §

Ändringen i paragrafen innebär att ett karensavdrag införs i stället för avdrag för en karensdag för den som får sjukpenning som svarar mot inkomst av anställning. I paragrafens *första stycke* anges att ett karensavdrag ska göras vid sjukperiodens början. Karensavdraget ska alltså göras vid sjukperiodens start och enbart en gång i varje sjukperiod. Om sjukperioden inleds med sjuklön ska karensavdraget göras under sjuklöneperioden enligt 6 § lagen (1991:1047) om sjuklön. Ett karensavdrag från sjukpenningen ska således inte göras i de fall ett karensavdrag redan har gjorts under sjuklöneperioden, i likhet med hur enbart ett avdrag för en karensdag görs idag. Vad som utgör en sjukperiod i socialförsäkringsbalkens mening anges i 26 §. Med uttrycket ”sjukperiodens början” avses att karensavdraget ska göras på den inledande sjukpenningen. Eftersom omfattningen av sjukfrånvaron påverkar sjukpenningens storlek kan karensavdraget komma att göras från ett antal sjukpenningdagar, t.ex. vid en längre sjukskrivning på en fjärdedels omfattning kan karensavdraget komma att göras från ett flertal sjukpenningdagar. Införandet av ett karensavdrag innebär att avdrag för en karensdag inte längre ska göras, den försäkrade kommer därmed att få sjukpenning redan från och med den första dagen i sjukperioden. Innan sjukpenning lämnas ska karensavdraget göras.

I paragrafens *andra stycke* anges att om sjukpenningen ska kalenderdagsberäknas görs ett karensavdrag som motsvarar ersättningen för en hel dag med sjukpenning. Vid en hel karensdag går den försäkrade i dag också miste om en hel dag med sjukpenning. I

de flesta fall kommer därför införandet av ett karensavdrag inte att innebära någon skillnad i ersättning för den vars sjukpenning kalenderdagsberäknas.

Av paragrafens *tredje stycke* framgår att om sjukpenningen ska arbetstidsberäknas görs ett avdrag som motsvarar 20 procent av den sjukpenning som den försäkrade genomsnittligen skulle kunnat få för en vecka. Med uttrycket en vecka avses veckans alla sju dagar. För den vars sjukpenning ska arbetstidsberäknas kan införandet av ett karensavdrag innebära en skillnad i ersättning jämfört med dagens karensdag. Den som har en arbetstidsberäknad sjukpenning har många gånger inte ett arbete som innebär att han eller hon arbetar lika många timmar varje dag. Ett avdrag för en karensdag kan därför slå väldigt olika beroende på vilken dag den försäkrade blir sjuk. Genom att i stället räkna fram hur en genomsnittlig vecka ser ut och från detta göra ett avdrag på 20 procent av den sjukpenning som den försäkrade skulle kunna få kommer avdragets storlek vid ett karensavdrag att jämnas ut för den försäkrade och dessutom bli mer förutsägbart.

Eftersom karensavdraget enligt bestämmelsen ska göras från sjukpenningen kommer avdraget aldrig att kunna bli större än vad som skulle kunna utges i sjukpenning för sjukperioden. Om ett fullt karensavdrag inte kan göras, därför att karensavdraget överstiger det belopp som kan betalas ut i sjukpenning ska och kan således ytterligare belopp inte dras. Karensavdraget kommer i det fall en försäkrad t.ex. blir sjuk och går hem efter lunch, men som sedan är åter i arbete dagen efter, att motsvara sjukpenningen för den halva dagen med sjukfrånvaro. För den som däremot inte är åter i arbete nästföljande dag kommer karensavdrag att göras även från den ersättning som den försäkrade skulle ha fått i sjukpenning för den nästföljande dagen. Detsamma gäller för den som visserligen går tillbaka i arbete nästföljande dag men som åter blir sjuk inom fem dagar och vars nya sjukperiod ska ses som en fortsättning på den tidigare sjukperioden enligt 32 §. Detta följer av att karensavdraget ska motsvara en hel sjukpenningdag respektive 20 procent av den sjukpenning som den försäkrade skulle kunna få för en genomsnittlig vecka. Om ett fullt karensavdrag inte kan dras från ersättningen för den första sjukpenningdagen ska således avdrag också göras från de nästföljande dagarna med sjukpenning till dess att ett helt karensavdrag har gjorts.

Bestämmelsen om karensdagar som tidigare återfanns i första stycket 1 har flyttats till en egen paragraf. Upplysningen i sista stycket har tagits bort.

Övervägandena finns i avsnitt 4.3 och 4.4.

27 a §

Paragrafen är ny. Bestämmelsen är dock densamma som tidigare återfanns i 27 § första stycket 1. För att tydliggöra skillnaden mellan karensavdrag och karensdagar har bestämmelsen om karensdagar flyttats till en egen paragraf. Ingen materiell ändring är härmed avsedd.

28 §

En följdändring görs i paragrafens *första stycke* med anledning av att det införs ett karensavdrag i stället för avdrag för en karensdag. Dessutom görs en hänvisning till den nya 27 a § dit bestämmelsen om karensdagar har flyttats.

28 a §

En följdändring görs i paragrafens *första stycke* med anledning av att det införs ett karensavdrag i stället för avdrag för en karensdag. Dessutom görs i första stycket en hänvisning till den nya 27 a § dit bestämmelsen om karensdagar har flyttats.

28 b §

Följdändringar görs i paragrafens *första och andra stycke* med anledning av att det införs ett karensavdrag i stället för avdrag för en karensdag. Dessutom görs i första stycket en hänvisning till den nya 27 a § dit bestämmelsen om karensdagar har flyttats.

29 §

En följdändring görs i paragrafens *andra stycke* som innebär att det görs en hänvisning till den nya 27 a § dit bestämmelsen om karensdagar har flyttats.

31 §

En följdändring görs i paragrafens *andra stycke* som innebär att det görs en hänvisning till den nya 27 a § dit bestämmelsen om karensdagar har flyttats.

32 §
En följdändring görs i paragrafen som innebär att det görs en hänvisning till den nya 27 a § dit bestämmelsen om karensdagar har flyttats.

39 §
Följdändringar görs i paragrafens *första stycke* med anledning av att det införs ett karensavdrag i stället för avdrag för en karensdag. Ändringen innebär att om en försäkrad gått miste om sjukpenning som svarar mot inkomst av anställning vid sammanlagt tio tillfällen under de senaste tolv månaderna med anledning av bestämmelsen om karensavdrag ska den försäkrade få ett allmänt högriskskydd och inga ytterligare karensavdrag ska göras under perioden. Dessutom görs hänvisningar både i paragrafens *första och andra stycke* till den nya 27 a § dit bestämmelsen om karensdagar har flyttats.

40 §
En följdändring görs i paragrafens *första stycke* med anledning av att det införs ett karensavdrag i stället för ett avdrag för karensdag. Dessutom görs en hänvisning till den nya 27 a § dit bestämmelsen om karensdagar har flyttats.

28 a kap.
1 §
En följdändring görs i paragrafens *åttonde strecksats* med anledning av att det införs ett karensavdrag i stället för avdrag för en karensdag.

16 §
En följdändring görs i paragrafens *första stycke* med anledning av att det införs ett karensavdrag i stället för avdrag för en karensdag. Dessutom görs en följdändring i *andra stycket* som innebär att en hänvisning görs till den nya 27 kap. 27 a §.

17 §
En följdändring görs i paragrafen med anledning av att det införs ett karensavdrag i stället för avdrag för en karensdag.

40 kap.

En följdändring görs i rubriken före 4 § med anledning av att det införs ett karensavdrag i stället för avdrag för en karensdag. Ändringen innebär att även en försäkrad som fått ett karensavdrag och som beviljats ersättning för inkomstförlust till följd av arbetsskada har rätt till arbetsskadesjukpenning för inkomstförlust enligt 4 och 5 §§.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Enligt den *första punkten* ska lagen träda i kraft den 1 januari 2019.

I den *andra punkten* anges att äldre föreskrifter fortfarande ska gälla för en sjukperiod som har påbörjats före ikraftträdandet. Det innebär att sjukperioder som påbörjades före den 1 januari 2019 inte kommer att beröras av ändringarna.

I *tredje punkten* anges att vid beräkningen av antalet tillfällen med karensavdrag för det allmänna högriskskyddet ska avdrag för en karensdag som har gjorts före ikraftträdandet likställas med ett tillfälle med karensavdrag. Detta innebär att de karensdagar som den försäkrade haft före den 1 januari 2019 ska läggas samman med antalet tillfällen med karensavdrag som den försäkrade får för tid efter ikraftträdandet. Om antalet karensdagar och tillfällen med karensavdrag tillsammans utgör tio stycken, under en tolvmånaders period, ska den försäkrade under återstoden av tolvmånadersperioden inte få ytterligare karensavdrag. Även den som inom en tolvmånadersperiod redan har fått tio karensdagar före ikraftträdandet slipper karensavdrag för återstoden av tolvmånadersperioden eftersom karensdagar ska likställas med tillfällen med karensavdrag. Som en följd av att bestämmelsen om karensdagar flyttas från 27 kap. 27 § första stycket 2 till en ny 27 a § anges i övergångsbestämmelserna att det vid beräkning av det allmänna högriskskyddet enligt 39 § andra stycket ska likställas de antal tillfällen som den försäkrade gått miste om sjukpenning till följd av bestämmelserna i 27 kap. 27 a § med sådana tillfällen som den försäkrade har gått miste om sjukpenning till följd av bestämmelserna i den tidigare 27 § första stycket 2. Vidare likställs karensdag med karensavdrag vid återinsjuknande enligt 27 kap. 32 § och för den som har fått ett beslut om särskilt högrisskydd enligt 40–42 §§.

6.2 Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:1047) om sjuklön

6 §

Ändringen i paragrafen innebär att ett karensavdrag införs i stället för den tidigare karensdagen. En arbetstagare som är sjuk och går miste om lön och andra anställningsförmåner till följd av nedsättningen i arbetsförmågan ska få sjuklön. En ändring införs i *första stycket* i paragrafen som innebär att sjuklönen utgör 80 procent av anställningsförmånerna före avdrag enligt andra stycket. I det fall arbetstagaren har ett allmänt eller särskilt högriskskydd ska dock inget karensavdrag göras och i dessa fall kommer sjuklönen utgöras av 80 procent av anställningsförmånerna.

I paragrafens införs ett nytt *andra stycke* som anger att ett karensavdrag ska göras från sjuklönen. Karensavdraget ska motsvara 20 procent av den sjuklön som arbetstagaren genomsnittligen kan beräknas få för en vecka. Med uttrycket en vecka avses veckans alla sju dagar. Eftersom inget avdrag för en karensdag längre ska göras innebär det att den försäkrade kommer att kunna få sjuklön redan från och med den första dagen i sjuklöneperioden. Innan sjuklön lämnas ska karensavdraget göras. Karensavdraget kommer i de fall den försäkrade arbetar lika många timmar varje dag, fem dagar i veckan att motsvara sjuklöneersättningen för en hel sjukdag. Vid en hel karensdag går den försäkrade i dag också miste om en hel dag med sjuklön. För majoriteten av arbetstagare kommer införandet av ett karensavdrag därför inte att innebära någon skillnad i ersättning jämfört med idag.

Karensavdraget kommer däremot att resultera i en skillnad för den som har ett arbete som innebär att han eller hon inte arbetar lika många timmar per dag. Ett avdrag för en karensdag kan då slå väldigt olika beroende på vilken dag arbetstagaren blir sjuk. Genom att i stället räkna fram hur sjuklönen en genomsnittlig vecka ser ut och därifrån göra ett avdrag om 20 procent av den sjuklön som arbetstagaren skulle kunna få för en sådan vecka kommer karensavdraget att jämnas ut för arbetstagaren och dessutom bli mer förutsägbart.

Eftersom karensavdraget enligt bestämmelsen ska göras från sjuklönen kommer karensavdraget aldrig att kunna bli större än vad som skulle kunna utges i sjuklön för sjuklöneperioden. Det blir

således aldrig aktuellt att göra ett karensavdrag från den lön som arbetstagaren får vid arbete hos arbetsgivaren. Karensavdraget kommer i de fall en arbetstagare t.ex. blir sjuk och går hem efter lunch, men som sedan är åter i arbete dagen efter, att motsvara sjuklönen för den halva dagen med sjukfrånvaro. För den som inte är åter i arbete nästföljande dag kommer dock karensavdrag att göras även från den ersättning som han eller hon skulle ha fått i sjuklön för den nästföljande dagen. Detsamma gäller för den som visserligen går tillbaka i arbete nästföljande dag men som åter blir sjuk inom fem dagar och vars nya sjuklöneperiod ska läggas samman med dagar med sjuklön i den tidigare sjuklöneperioden enligt 7 §. Om ett fullt karensavdrag inte kan göras från ersättningen för den första sjuklönedagen ska således avdrag också göras från de nästföljande dagarna med sjuklön till dess att ett helt karensavdrag gjorts. Detta följer av att karensavdraget ska motsvara 20 procent av den sjuklön som belöper på summan av de anställningsförmåner som arbetstagaren genomsnittligen beräknas få under en vecka.

Den närmare beräkningen av sjuklönens storlek får enligt 2 § bestämmas genom kollektivavtal som på arbetstagarsidan har slutits eller godkänts av en sådan central arbetstagarorganisation som avses i lagen (1976:580) om medbestämmande i arbetslivet.

Det tidigare andra stycket blir nu ett *tredje stycke.* I det stycket görs en ändring som innebär att om avdrag från sjuklönen har gjorts vid tio tillfällen ska avdrag för ytterligare sjuklöneperioder inte göras inom en tolvmånadersperiod. Ändringen innebär att i stället för att räkna antalet karensdagar under en tolvmånadersperiod ska antalet tillfällen med karensavdrag räknas samman.

Det tidigare tredje stycket blir nu ett *fjärde stycke*. Med anledning av att paragrafen har fått nya styckeindelningar görs i stycket en hänvisningsändring så att bestämmelsen nu hänvisar till paragrafens andra stycke i stället för som tidigare till dess första stycke 1.

Övervägandena finns i avsnitt 4.2 och 4.4.

7 §

Sista meningen i *andra stycket* i paragrafen tas bort eftersom sjuklön i och med karensavdraget ska anses utbetalas för alla dagar i sjuklöneperioden.

En följdändring görs i paragrafens *tredje stycke* med anledning av att det införs ett karensavdrag i stället för avdrag för en karensdag. Ändringen innebär att om en sjuklöneperiod börjar inom fem dagar från det att en tidigare sjukperiod har avslutats ska inget nytt avdrag för karens göras i de fall ett karensavdrag gjorts av arbetsgivaren under den tidigare sjukperioden. Dessutom görs en redaktionell ändring.

8 §

Redaktionella ändringar görs i *första stycket*.

I *andra stycket* i paragrafen görs en ändring. Eftersom sjuklön i och med karensavdraget ska anses utbetalas för alla dagar i sjuklöneperioden saknas skäl för att ange att en dag utan ersättning kan utgöra sjukanmälningsdag. Det räcker att reglera att den första ersättningsdagen ska anses som sjukanmälningsdag.

15 §

I *första och andra styckena* i paragrafen görs följdändringar med anledning av att det införs ett karensavdrag och de nya styckeindelningarna i 6 §.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Enligt den *första punkten* ska lagen träda i kraft den 1 januari 2019.

I den *andra punkten* anges att äldre föreskrifter fortfarande ska gälla för en sjuklöneperiod som har påbörjats före ikraftträdandet. Sjuklöneperioder som påbörjats före den 1 januari 2019 kommer därmed inte att beröras av ändringarna.

I *tredje punkten* anges att vid beräkningen av antalet tillfällen med avdrag på sjuklönen enligt 6 § ska avdrag för en karensdag som har gjorts före ikraftträdandet likställas med ett tillfälle med karensavdrag. Detta innebär att de karensdagar som arbetstagaren har haft före den 1 januari 2019 ska läggas samman med antalet tillfällen med karensavdrag som arbetstagaren får för tid efter ikraftträdandet. Om antalet karensdagar och tillfällen med karensavdrag tillsammans utgör tio stycken, under de senaste tolv månaderna, ska arbetstagaren under återstoden av tolvmånadersperioden inte få ytterligare karensavdrag. Även den som inom en tolvmånadersperiod redan har fått tio karensdagar före ikraftträdandet slipper karensavdrag för återstoden av tolvmånadersperioden eftersom

karensdagar ska likställas med tillfällen med karensavdrag. Vidare ska karensdag likställas med karensavdrag vid återinsjuknande enligt 7 § och för den som har fått ett beslut om särskilt högriskskydd enligt 13 §.

Departementsserien 2017

Kronologisk förteckning

1. Elektronisk övervakning av kontaktförbud. Ju.
2. Åldersdifferentierat underhållsstöd och höjt grundavdrag för bidragsskyldiga föräldrar. S.
3. Genomförande av ICT-direktivet. Ju.
4. Sjukpenning i avvaktan på slutligt beslut. S.
5. Effektivare sanktioner i livsmedelskedjan m.m. N.
6. Förslag till lag om ersättning till personer som har fått ändrad könstillhörighet fastställd i vissa fall. S.
7. Kommunikation för vår gemensamma säkerhet. Uppdrag om en utvecklad och säker kommunikationslösning för aktörer inom allmän ordning, säkerhet, hälsa och försvar. Ju.
8. Kultursamverkan för ett Sverige som håller ihop. Framtida inriktning och utvecklingsmöjligheter för kultursamverkansmodellen. Ku.
9. Förstärkt rehabilitering för återgång i arbete. S.
10. ILO:s konvention om anständiga arbetsvillkor för hushållsarbetare. A.
11. Ändrade regler om retroaktivitet avseende efterlevandestöd. S.
12. Om förenklat beslutsfattande och särskilda boendeformer för äldre. S.
13. Skadeståndets bestämmande vid finansiell rådgivning. Fi.
14. Vissa ändringar i läkemedelslagen. S.
15. Ökat konsulärt skydd för unionsmedborgare och deras familjemedlemmar. Genomförande av direktiv (EU) 2015/637. UD.
16. Arbetsplatsinspektioner och höjd särskild avgift. Ju.
17. En ny lag om försäkringsdistribution. Fi.
18. Karensavdrag – en mer rättvis självrisk. S.

Departementsserien 2017

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

ILO:s konvention om anständiga arbetsvillkor för hushållsarbetare. [10]

Finansdepartementet

Skadeståndets bestämmande vid finansiell rådgivning. [13]

En ny lag om försäkringsdistribution. [17]

Justitiedepartementet

Elektronisk övervakning av kontaktförbud. [1]

Genomförande av ICT-direktivet. [3]

Kommunikation för vår gemensamma säkerhet. Uppdrag om en utvecklad och säker kommunikationslösning för aktörer inom allmän ordning, säkerhet, hälsa och försvar. [7]

Arbetsplatsinspektioner och höjd särskild avgift. [16]

Kulturdepartementet

Kultursamverkan för ett Sverige som håller ihop. Framtida inriktning och utvecklingsmöjligheter för kultursamverkansmodellen. [8]

Näringsdepartementet

Effektivare sanktioner i livsmedelskedjan m.m. [5]

Socialdepartementet

Åldersdifferentierat underhållsstöd och höjt grundavdrag för bidragsskyldiga föräldrar. [2]

Sjukpenning i avvaktan på slutligt beslut. [4]

Förslag till lag om ersättning till personer som har fått ändrad könstillhörighet fastställd i vissa fall. [6]

Förstärkt rehabilitering för återgång i arbete. [9]

Ändrade regler om retroaktivitet avseende efterlevandestöd. [11]

Om förenklat beslutsfattande och särskilda boendeformer för äldre. [12]

Vissa ändringar i läkemedelslagen. [14]

Karensavdrag – en mer rättvis självrisk. [18]

Utrikesdepartementet

Ökat konsulärt skydd för unionsmedborgare och deras familjemedlemmar. Genomförande av direktiv (EU) 2015/637. [15]

23

Resultatförbättrande åtgärder 2018-2020 - Utredning om förutsättningarna för ökad samverkan inom administration och teknisk service

RS/1008/2017

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Tjänsteskrivelse
Regionstyrelsen

2017-05-21

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

RS/1008/2017

Resultatförbättrande åtgärder angående administration och teknisk service

Ärendebeskrivning

När regionstyrelsen i januari efterfrågade ytterligare förslag på resultatförbättrande åtgärder svarade regiondirektören i februari med förslag om att ”utreda förutsättningarna till ökad samverkan med länets kommuner inom områdena administration (ffa transaktionstunga funktioner) och olika tekniska servicefunktioner,
såsom hjälpmedelscentral, centralförråd, transport, kostenhet (exkl. produktionskök) samt eventuellt ytterligare något tekniskt serviceområde som under utredningen uppvisar bra förutsättningar att förändra driftsform. Beträffande de tekniska serviceverksamheterna ska även beaktas möjlighet till drift i annan regi (s.k. outsourcing)”. Regionstyrelsen godkände i mars detta förslag och ville till i maj få fördjupning och tidplan för arbetet inom detta område.

Analyser tillsammans med verksamhetsansvariga har nu skett och följande områden föreslås utredas:

- Efterhöra kommunernas intressen för samverkan inom administration enligt förutsättningarna i ”Plan för spridning och omlokalisering av regionens administrativa funktioner”
- Efterhöra kommunernas intressen för att tillsammans utreda samordning inom
  förråd, transport och fastighetsdrift/underhåll mm

Eftersom regionen har ansvar för bussgodsverksamheten och beslutsunderlag kring fortsatt verksamhet tillsammans i ett norrlandsgemensamt bolag bör också analyser göras kring vilka av regionens och kommunernas transporter som kan göras via bussgods.

Hjälpmedelscentralens verksamhet är redan samverkansverksamhet med kommunerna, varför den verksamheten enbart ska analyseras om effektiviseringar kring transporter tillsammans med kommunerna kan göras.

Uppdraget ska genomföras i två faser:
Först kontaktas kommunerna för att analysera samverkansmöjligheter och dessa återredovisas till regionstyrelsen. Om samverkan med kommunerna inte ger någon effektivisering ska eventuell outsourcing analyseras. Det steget ska föregås av dialog med regiondirektören kring formerna för den analysen.

Inga ytterligare utredningar ska ske inom kostenheten utöver de som redan pågår inom ramen för cookchill-utvecklingen.

Regiondirektörens förslag

1. Regiondirektören får i uppdrag att efterhöra kommunernas intressen för samverkan inom administration enligt förutsättningarna i ”Plan för spridning och omlokalisering av regionens administrativa funktioner”.

2. Regiondirektören får i uppdrag att efterhöra kommunernas intressen för att tillsammans utreda samordning inom förråd, transport och fastighetsdrift/underhåll, mm inom teknisk service.

3. Om inget intresse för samverkan finns från kommunerna ska Regiondirektören analysera effekter av outsourcing inom dessa områden.

4. Regiondirektören ska rapportera resultatet till Regionstyrelsen i oktober 2017.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Utdrag till

Chef Område teknik, diagnostik och service

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

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

2017-05-07

RS/1008/2017

Nuläge angående administration och teknisk service

Administration

2014 gjorde Regionförbundet Jämtlands län en utredning om administrativ samverkan mellan länets kommuner, den s.k. supercentrautredningen. Beslutet avseende utredningen togs i primärkommunala nämnden:

§ 29. Samverkan mellan kommunerna, Jämtlands supercenter
Dnr RS/2013-609

Ärendebeskrivning
Efter en motion ifrån Ragunda kommun har primärkommunala nämnden låtit utreda intresset hos länets kommuner om att samverka med olika funktioner. Utredningen som genomförts av G Hedberg visar på flera områden där det finns ett intresse hos flertalet kommuner. Det finns dock inget område där alla åtta kommuner uttrycker ett prioriterat intresse av samverkan. Kommunerna har organiserat sina verksamheter utifrån sina speciella förutsättningar vilket gör att en del kommuner har lite att vinna med en samverkan. Kommunerna framför också arbetsmarknadspolitiska skäl till att man inte prioriterat samverkan högre. Det finns dock anledning att välja ut några av de områden med störst intresse för att göra fördjupade genomgångar. Det kan vara områden som överförmynderi, IT-frågor juridik med flera.

Eftersom regionförbundet förväntas att upphöra i och med en regionbildning 2015, upphör också den primärkommunala nämnden. Efter 2014 finns det således inget tydligt forum för de primärkommunala frågorna. Den fortsatta hanteringen får därför överlämnas till de intresserade kommunerna i avvaktan på ett eventuellt bildande av en ersättning för primärkommunala nämnden.

Beslutsunderlag
Samverkan mellan kommunerna i Jämtlands län - supercentra

Tjänstemannaförslag
Det fortsatta arbetet med en fördjupad samverkan mellan kommunerna överlämnas till de kommuner som prioriterat samverkan.

YRKANDE
Björn Sandal yrkar "Utredningen överlämnas till regionstyrelsen och samtliga kommuner.".
PROPOSITION
Ordförande ställer proposition på B Sandals yrkande och tjänstemannaförslaget och finner att B Sandals yrkande antagits.

Primärkommunala nämndens beslut
Utredningen överlämnas till regionstyrelsen och samtliga kommuner.

Saxat ur protokoll från Primärkommunala nämnden 2014-04-07

20170101 startade Gemensam IT-nämnd mellan Region Jämtland Härjedalen och Åre kommun. Under vintern/våren 2016/2017 har kommuncheferna och regiondirektör/biträdande regiondirektör diskuterat dels samverkan inom IT-området genom projektet KITE och dels samverkan inom andra områden. I bilaga finns en juridisk

utredning kring former för samverkan genom gemensam nämnd och möjligheterna att utvidga den gemensamma IT-nämnden till fler kommuner.
20170503 godkände Regionstyrelsen en plan för Plan för spridning och omlokalisering av regionens administrativa funktioner.

Utifrån ovan beskrivna läge kommer fortsatta diskussioner om samverkan mellan kommunerna och regionen att fortsätta.

Teknisk service
Inom Område diagnostik teknik och service finns följande verksamheter inom rubriken service. Här redovisas också deras synpunkter på samverkan med kommunerna och läget angående outsourcing:

Bas	Kostnadsställe	Nuläge	Åtgärd
Fastighetsenheten	5142 - Personalparkering	0 tjänst.	Se nedan för hela astighetsenheten
	5231 - Fastighetsförvaltare	2 tjänster varav en förvaltartjänst	
	5232 - Vakter	3,8 tjänster.	
	5241 - Byggkonsult	4,5 tjänster.	
	5250 - Fastighetsadministration	1 tjänst. Enhetschef	
	5251 - Fastighetsunderhåll	2 tjänster	
	5252 - Drift VVS	6 tjänster. Resten outsoursat	
	5253 - Drift el	8 tjänster. Resten outsoursat	
	5254 - Miljöstationen	1 tjänst. Resten outsoursat	
	5255 - Bygg närunderhåll	0 tjänst.	
	5257 - Drift yttre område	1 tjänst. Resten outsoursat	
Hjälpmedels/material -enheten	1795 - Hjälpmedelscentralen	20,5 anställda	Avtal med alla kommuner
	5170 – Admin hjälpmedels/ materialenheten	7 anställda + 2 chefer	Kundtjänst servar kommun och Region
	5171 - Förrådet	7 anställda	Servar idag med sjukvårdsnära, ytterligare samverkan med kommun bör finnas
	5191 - Yttre transport fordon	10 anställda	Ytterligare samverkan med kommun bör finnas. Bl a diskuteras schemalägga slingbilen även till kommunala boenden med behov av provhämtning mm.
Medicinsk teknik	1700 - Medicintekniska avdelningen	Avtal med alla kommuner inom vård och omsorg	Samverkan med kommunerna inom skolverksamheterna är önskvärd
Reception och inre service	5132 - Tryckeri och skyltning	2 anställda	Samverkan kommun är absolut ett alternativ. Pensionsavgång i september 2017 ersätts av personal inom enheten . 0,5 tjänst från scanning + effektivisering på tryckerisidan. 500 tkr i besparing 2018. Vi kan även göra den miljon utskrifter och kopiering som behövs för hus 2 med befintlig personal.
	5152 - Scanning och arkiv	4,75 anställda + 1 specialtjänst på personalarkivet.	2010 =24 anställda 2017= 4,75 Journalarkivet flyttat till Vilhelmina 2010. Årskostnad efter flytten ca : 600tkr. Besparing sedan 2010 ungefär 10 miljoner per år + frigjort 2000 kvm
	5153 - Patienthotellet	Inga anställda.	Gått från 21 hotellrum till 9 på

			vardagar och 2 på helg. Besparing ca 800 tkr till 1 miljon.
	5154 - Receptionen huvudentrén	4,5 anställda	Med självbetjäningen införd hösten 2017 ” Cosmic 8.1 kom emellan” 3 tjänster kvar. Besparing 1,5 tjänst.
	5155 - Sjukhusfotografen	1 anställd	
	5156 - Ingång 1 Östersunds sjukhus	2,75 anställda	2 personal som är omplacerade + 1 lönebidrag.
	5172 - Tvätt och textil	2 anställda	Diskussion med tvättleverantör om att ta över vissa delar av hanteringen på regionen. Besparing ? inte riktigt utrett.
	5180 - Enhetsstab för reception och inre service	1 anställd + en timanställd i självbetjäningsprojekt	
	5181 - Inre transporter post o bud	13,25 anställda	Övertagande av vätskeförråd kan göras 2018, vi har rätt personal. Effektivisering post & bud. Se över om postleverantör kan ta övervissa delar av sorteringen och godsleveranser . En till två tjänster beroende på hur mycket de kan göra.
	5184 - Vårdnära service patienttransporter	8 anställda	Med införandet av Patienttransport har vi sparat ca: 8 -9 heltider per år inom vården. Vi gör transporterna med en person, de gick ofta två per transport.
Servicecenter	5106 - Servicecenter	4 anställda - inklusive chef	Nystartad verksamhet - ser möjligheter till framtida samarbeten med kommunerna i länet, men i nuläget är det mer aktuellt att komma igång samt se över vilka delar vi kan arbeta med för att förenkla och förbättra för medarbetarna i Regionen
Sjukreseenheten	5105 - Sjukreseenheten	3 anställda - varav en vakant som beräknas tillsättas till hösten	Nystartad verksamhet behöver finna formerna först
Städenheten	5121 - Städadministration	4 tjänster inkl 2 chefer	Ingen åtgärd
	5123 - Grönt rött och blått team	16 personer	
	5124-26 Orange, cerise, lila team	7+6+9+11=33 personer	
	5127 - Vårdnära service städ	7,5 personer	
Kostenheten	5301 - Sjukhusköket	60 anställda på hela kostenheten	Cookchill-förändring planerad Ingen ytterligare åtgärd
	5309 - Kostadministration		
	5311 - Café Entré		
	5321 - Café Nyfiket		
	5331 - Restaurang Kajutan		
	5341 - Vårdnära service kost och förråd		

Kort beskrivning av fastighetsenheten

När fastighetsenheten bildades till dess nuvarande form var uppdraget att enheten skulle:

1. Minska kostnaderna, se bilaga 1 och 2.
2. Möjliga delar läggas ut på entreprenad. All fastighetsskötsel utanför Östersund sköts nu av entreprenörer samt delar inom Östersundsområdet.
3. Vara strategisk. Oavsett vad som händer i omvärlden, nationellt eller lokalt så skall driften av sjukhuset fungera med egen personal. Där kan jag konstatera att vi ligger rätt i tiden utifrån att regeringen nu ställer ökade krav på exempelvis fungerande el

och kommunikationer vid kris eller krig på regioner, landsting, kommuner och myndigheter.

4. Enheten är inte dimensionerad att klara toppar vid arbetsbelastning. Det innebär att den är underdimensionerad. Arbetstoppar avropas av upphandlade ramavtals-entreprenörer eller upphandlade konsulter. Se bilaga 3.

Personalparkeringen
Överuthyrning av parkeringsplatser till personalen gör att vi får en effektiv parkeringsyta. Uthyrning sköts av assistenten inom DTS som en del av arbetsuppgifterna.

Beskrivning samverkan mot kommuner.

Vakten har av Östersunds kommun uppdrag på vissa gruppboende, samt bistår vid mottagandet, registrering samt avtransport (behjälplig begravningsentreprenör) av avlidna vid Solliden.

Miljöstationen vid Östersunds sjukhus sköts av MICA, därutöver har vi en egen bidragstjänst med anordningsbidrag, årskostnad c:a 50 000 kronor. Se bilaga 4.

Vid Hotings HC anlitas kommunen för den dagliga driften.

Vi ser gärna och arbetar för en utökad samverkan med kommunerna, men de har hittills ställt sig avvisande.

I bilagorna 1-4 redovisas nyckeltal för fastighetsdrift i riksjämförelse, saxat om regionens fastighetsdrift ur två externa skrifter, organisationsbild,

Uppdragets utformning

Ovan beskriver de verksamhetsansvariga sina tankar kring samverkan med kommunerna.

Vid kommunchefsträffar har diskussioner kort handlat om möjligheter att samordna kommunernas och regionens förrådsverksamheter och transportorganisationer. Effekterna skulle kunna bli dels effektiviseringar av själva verksamheterna men också effekter på upphandlingar av förrådsvaror om färre leveranspunkter för inköpen kan skapas.

Eftersom regionen har ansvar för bussgodsverksamheten och beslutsunderlag kring fortsatt verksamhet tillsammans i ett norrlandsgemensamt bolag bör också analyser göras kring vilka av regionens och kommunernas transporter som kan göras via bussgods.

Hjälpmedelscentralens verksamhet är redan samverkansverksamhet med kommunerna, varför den verksamheten enbart ska analyseras om effektiviseringar kring transporter tillsammans med kommunerna kan göras.

Uppdraget genomförs i två faser:

- Först kontaktas kommunerna för att analysera samverkansmöjligheter och dessa återredovisas till Regionstyrelsen
- Om samverkan med kommunerna inte ger någon effektivisering ska eventuell outsorcing analyseras. Det steget ska föregås av dialog med Regiondirektören kring formerna för den analysen.

I tjänsten
Ingela Jönsson

Plan för spridning och omlokalisering av regionens administrativa funktioner

Bakgrund

Regionfullmäktige beslutade 2015-10-20—21 § 109 som svar på en motion:

Motionen bifalls genom att regionstyrelsen får följande uppdrag:

a. Regionstyrelsen ska aktivt söka efter möjligheter att sprida och lokalisera Region Jämtland Härjedalens administrativa funktioner geografiskt inom hela regionen med beaktande av kostnadseffektivitet.

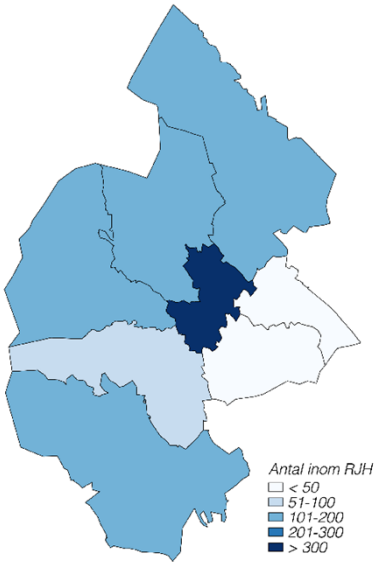
b. Regionstyrelsen ska kontakta kommunerna och driva på samverkan rörande gemensam drift av administrativa funktioner, med beaktande av kostnads-effektivitet för alla parter.

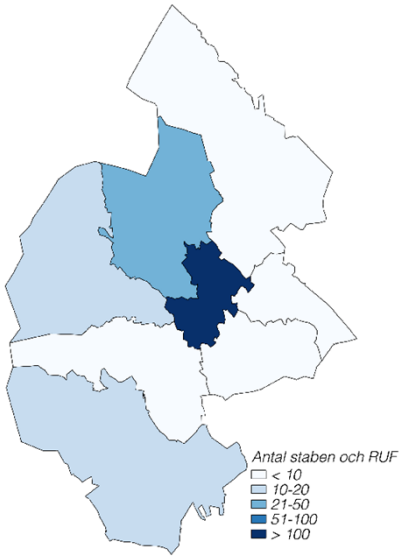
Under 2016 har omorganisation och besparingar på totalt 10 miljoner inom Regionstaben inneburit att arbete med uppdraget från fullmäktige inte hunnit hanteras. När nu organisationsförändringen hittat sina former och besparingen är avklarad föreslås följande arbetssätt för att verkställa regionfullmäktiges uppdrag.

Nuläge

Regionens totala antal anställda dvs var verksamheterna är förlagda ser ut så här:

Regional utvecklingsförvaltningens och Regionstabens anställda har hemadresser (dvs skattar) som har denna spridning:





Regiondirektören tolkar fullmäktiges beslut så att med administration avses i detta avseende både regionstabens verksamhet och regionala utvecklingsförvaltningens verksamhet.

Regiondirektören föreslår fem strategier för att arbeta med uppdraget från fullmäktige:

1. Underlätta för distansarbete
2. Aktiv rekrytering för distansarbete
3. Utflyttning av arbetsplatser del av veckan
4. Omlokalisering av verksamheter under förutsättning av kostnadseffektivitet
5. Hälso- och sjukvårdens arbete med mobila verksamheter och distansarbete

I kommande kapitel fördjupas innehållet i var och en av dessa strategier.

1. Underlätta för distansarbete

Följande regelverk har tagits fram för att ge stöd till cheferna i att uppmuntra till distansarbete. Under våren 2017 kommer en intresseförfrågan att göras för att efterhöra hur många som är intresserade av att arbeta på detta sätt.

Inledning

För att främja en långsiktig kompetensförsörjning ska Region Jämtland Härjedalen ha en positiv inställning vid rekrytering till distansarbete och särskilt se över möjligheterna till distansarbete i glesbygd. Vilka arbeten som är aktuella för distansarbete är utifrån arbetets art. Principen är att medarbetare ska utföra arbete hos arbetsgivaren och i dennes lokaler. I första hand ska man se över möjligheten till att arbeta på distans på de befintliga arbetsplatser som finns inom hela Region Jämtland Härjedalen. Tjänsteställe är ordinarie arbetsplats hos arbetsgivaren.

Distansarbete

Distansarbete är en arbetsform som får användas när det gagnar såväl verksamhetens som arbetstagarens intressen. Arbete på distans ska emellertid tillämpas restriktivt mot bakgrund av de arbetsrättsliga komplikationerna, framför allt svårigheterna för Region Jämtland Härjedalen att motsvara det långtgående ansvar för arbetsmiljön, som åvilar arbetsgivaren. Vid arbete på distans mer regelbundet krävs en skriftlig överenskommelse mellan arbetstagaren och närmaste chef, i förekommande fall inkluderande överenskommelse om utrustning. Endast kostnader direkt förbundna med tjänsteutövningen, normalt endast telefonkostnader, ersätts. Kostnader vid tillfälligt distansarbete ersätts enligt samma princip. Distansarbete kan ske på tre olika ställen i första hand i Region Jämtland Härjedalens befintliga arbetsplatser, i andra hand i hyrda lokaler och i sista hand i hemmet.

Nyttjande av utrustning

För att nyttja Region Jämtland Härjedalens utrustning på distans krävs arbetsgivarens tillstånd. I de fall utrustning behöver nyanskaffas ska Region Jämtland Härjedalens upphandlingsavtal användas. Även utrustning som används på distans ska finnas med i arbetsplatsens inventarieförteckning. Utrustning som används på distans ska vara märkt enligt de regler som gäller för Region Jämtland Härjedalen i övrigt. Arbetsgivaren beslutar om vilken utrustning och uppkoppling som ska användas. Region Jämtland Härjedalen ska tillhandhålla dator vid distansarbete när det gäller hantering av patientuppgifter eller annan sekretessbelagd information.

Försäkringar

Medarbetaren bör ha en hemförsäkring vid distansarbete hemifrån. Arbetsgivarens kollektivavtalade försäkringar gäller enligt försäkringsvillkoren även vid distansarbete.

Arbetsmiljölagen

Arbetsgivaren är enligt arbetsmiljölagen (AML) ansvarig för de anställdas arbetsmiljö, oavsett var arbetet utförs. Vid arbete på annan plats än huvudarbetsplatsen är det svårare för arbetsgivaren att se till att kraven på en säker arbetsmiljö är uppfyllda. Det är emellertid också anställdas skyldighet att medverka i arbetsmiljöarbetet och bidra till en god arbetsmiljö och att noga följa de instruktioner som arbetsgivaren ger avseende arbetsmiljön. Dessa krav blir särskilt uttalade när arbetet utförs i arbetstagarens eget hem. Arbetsgivaren skall ta hänsyn till de risker för ohälsa och olycksfall som är förenade med ensamarbete. Ensamarbete bör undvikas, inte bara på grund av risker för fysisk skada utan även för att arbetskamrater och arbetsgemenskap är viktiga faktorer för trivseln och därigenom motverkar ohälsa. Enligt AML skall det eftersträvas att arbetet ger möjlighet till variation, social kontakt och samarbete samt sammanhang mellan enskilda arbetsuppgifter.
För att kontrollera arbetsmiljön skall arbetsgivaren medges tillträde till arbetstagarens distansarbetsplats.

Distansarbetsplatsens utformning vid hantering av patientuppgifter eller annan sekretessbelagd information

Distansarbetsplatsen skall uppfylla de juridiska krav som finns för att hantera de lagar som medarbetare genom sin anställning och sitt anställningsavtal förpliktigar sig att uppfylla. Distansarbetsplatsen skall exempelvis vara ett väl skyddat kontor som är väl avskilt från allmänna utrymmen. Datorskärmen ska vara väl skyddad för insyn från exempelvis ett fönster eller liknande och ingen direktåtkomst till arbetsplatsen skall kunna ske för en obehörig person som inte omfattas av Region Jämtland Härjedalens sekretess.

Avtal om distansarbete bör innehålla följande:

- Namn, personnummer och arbetsplats/område
- Tidsperiod och omfattning
- Arbetstider, tillgänglighet och frånvarorutiner
- Delta på arbetsplatsträffar och andra möten regelbundet på ordinarie arbetsplatsen
- Viss del av arbetstiden (minst 1 dag/v) bör regelbundet utföras på ordinarie arbetsplatsen
- Arbetsuppgifter
- Kontinuerlig uppföljning av arbetsresultat
- Utrustning och uppkoppling
- Uppsägningstid av avtalet
- Uppföljning årligen av avtalet.
- Underskrift av medarbetaren och chefen

2. Aktiv rekrytering för distansarbete

För aktuella yrkesgrupper där distansarbete kan vara möjligt ska det redan i annonsering framgå att vi arbetar aktivt för en sådan lösning. Det ska också ingår i anställningsintervjuerna information om denna möjlighet.

Regiondirektören har lagt ett uppdrag till kommunikationschefen och personaldirektören att ta fram ett rekryteringskoncept med detta budskap för att ge stöd till organisationens chefer vid annonsering och rekrytering.

3. Utflyttning av arbetsplatser del av veckan

De verksamheter som arbetar inom regional utveckling ska analysera vilka verksamheter som är lämpliga att förlägga sitt arbete ut till kommunerna en eller flera dagar i veckan. Tex har näringslivsenheten redan idag en medarbetare i Strömsund, kanske kan flera verksamheter som har anknytningar till likartade verksamheter i kommunerna lägga del av sin tid vid en arbetsplats placerad i kommunhusen.

Denna analys ska genomföras under 2017 tillsammans med kommunerna.

4. Omlokalisering av verksamheter under förutsättning av kostnadseffektivitet

Regiondirektören tolkar motionen och beslutet främst som att det var ett uttryck för att rena administrativa verksamheter skulle kunna omlokaliseras från Östersund till övriga kommuner. Beslutet innehåller tillägget att det ska ske kostnadseffektivt.

Regionstabens verksamheter arbetar som stöd till framför allt chefer inom de två förvaltningarna. 1 mars 2017 finns det 161 chefer Av dessa chefer finns 134 chefer i Östersund med nära omkrets (Frösön, Odensala, Lugnvik) och 27 chefer i de övriga kommunerna inkl Brunflo och Lit. Utöver detta arbetar regionstaben också mot regionledningen i form av direktör och politiker.

Regiondirektören ser inte att en omlokalisering av delar ur regionstaben kan ske med kostnadseffektivitet med mindre än att någon eller några av kommunerna ser möjligheter att samordna sina motsvarade funktioner med regionens. Om sådant intresse finns från någon eller några kommuner och att det då går göra personalminskningar genom samverkan är regionen beredd att lägga den verksamheten i någon av de kommuner som vill samverka med regionen.

Tidplan för verkställighet kan inte fastställas eftersom den förutsätter agerande från någon eller några av kommunerna.

5. Hälso- och sjukvårdens arbete med mobila verksamheter och distansarbete

Utöver ovanstående åtgärder vill regiondirektören redovisa att även hälso- och sjukvårdsförvaltningen arbetar utifrån politiska krav på att flytta vården närmare medborgarna och till viss del kan det också sägas vara i motionens anda.

Distansarbete förkommer t ex för medicinska sekreterare som sitter i hemmet och skriver journalanteckningar. Det kommer också att erbjudas i högre utsträckning enligt punkt 1.

Utlokalisering av arbetsplatser pågår bl a inom ungdomsmottagningen som nyligen öppnade verksamhet i Strömsund och sedan några år i Härjedalen.
Sjukvårdsrådgivningen 1177 arbetar också just nu med att rekrytera sjuksköterskor som kan sitta i anslutning till hälsocentralerna ute i kommunerna, eller med distansarbetsplats i hemmet.

Slutligen utvecklas mobila verksamheter med uppsökande verksamhet hela tiden. För närvarande ser listan på mobila verksamheter ut så här:

Strokerehabteam	För specialistrehabilitering i hemmet finns ett mobilt strokerehabteam med sjukgymnaster och arbetsterapeuter som åker hem till strokepatienter kort efter utskrivning. Medicinska frågor hanteras av läkare på strokeavdelningen. Hembesök samt bedömning/uppföljning i hemmet i syfte att minska slutenvårddagar. Även hjärntumörspatienter ingår i patientunderlaget. Utvärdering ska här ske under våren 2017.
Pacemakerkontroll	Sjuksköterska och ibland läkare åker ut till hälsocentraler och utför kontroll av alla patienter med pacemaker på orten.
Syrgassjuksköterska	Lungsjuksköterska som åker runt till patienter med syrgas i hemmet och stödjer dem på olika sätt; genom at kontrollera utrustning, optimera behandling osv.
Palliativa teamet Storsjögläntan	Team bestående av läkare och sjuksköterskor behandlar människor i livets slutskede i hemmet, på särskilda boenden eller på sjukhuset.
Mammografibuss	Mammografibuss åker runt i länet och utför mammografiundersökningar.
Ögonmottagning mobilt team	Sjuksköterskor med utbildning och delegering att bedöma bilder åker ut till hälsocentraler i glesbygd. De fotograferar ögonbotten med hjälp av en särskild kamera.
BUP (barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen)	BUP åker ut till varje kommun enligt ett rullande schema och har konsultverksamhet för kommunerna.
Beroendeenheten	Har personal som åker ut till varje kommun.
PFSN (enheten för psykisk funktionsnedsättning)	Har personal som åker ut till boenden etc.
FHB (föräldra- barnhälsan)	Föräldra-barnhälsans psykologer åker till förskolor m.m. när de gör barnutredningar.
BUM (barn- och ungdomsmottagning)	När barn ska över i hemsjukvårdens regi åker barn- och ungdomsmottagningens personal ut för konsultinsatser.
Mobilt socialpsykiatriskt team	Stöttar barn som mår psykiskt dåligt och deras närstående i barnets hemmiljö. Detta sker tillsammans med Östersunds kommun.
Tandsköterskor/tandhygienister	Tandsköterskor/tandhygienister från folktandvården besöker BVC och utför en screening på barn under 2 år. Barnen riskgrupperas och barn med risk kallas sedan vi 2 års ålders till kliniken, främst för motiverande samtal och stöd.
Distriktsläkare primärvård	I primärvården i Östersund finns en mobil distriktsläkare som gör hembesök hos äldre

	multisjuka, främst de som har svårt att ta sig till sjukvården.
SÄBO (särskilda boenden)	I stort sett samtliga hälsocentraler och filialer har särskilda boenden som de ansvarar för. Där har man besök varje vecka för sittrond och hembesök när det behövs. Primärvården ansvarar för ca 1 800 vårdplatser i form av SÄBO.
Distriktssköterska BVC	Distriktssköterskan på BVC gör hembesök till alla nyblivna föräldrar; främst vid första barnet. De kan också göra besök på förskolor vid utbrott av vissa sjukdomar (t.ex. vinterkräksjuka, streptokocker etc).
Kommunala boenden för alkoholberoende	Vid kommunens boenden Skogsgläntan och Björkebo görs ronder av läkare med vissa mellanrum.
Asylhälsan	Asylhälsan åker runt i länet och gör hälsokontroller för asylboende.
Sjuksköterskor vårdhygien	Sjuksköterskor på vårdhygien åker runt och informerar på kommuner och boenden.
Mobila närvårdsteamet	Team med läkare och sjuksköterskor från specialistsjukvården som arbetar mobilt för att stötta vården i hemmet av de mest sjuka äldre.
IKB (intensiv kontextuell behandling)	IKB team BUP tillsammans med Östersunds kommun. En målstyrd behandlingsmodell med målgrupp ungdomar 12 – 18 år och deras familjer. Sammansatt psykiatrisk- och socialproblematik, självskade- och destruktivt-, utagerande beteende. Ungdomen riskerar placering på barnpsykiatrisk slutenvård eller annan placering utanför hemmet.
Läkarmottagning Rötviken	Distriktssköterska och läkare i Rötviken. Planer finns på att besöka andra byar utifrån hur åldersfördelningen ser ut i upptagningsområdet. Mobil hälsocentral kommer planeras starta 1 oktober 2017.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Regionförbundet
Jämtlands län

2014

SAMVERKAN MELLAN KOMMUNERNA I JÄMTLANDS LÄN – SUPERCENTRA

Gunnar Hedberg
REGIONFÖRBUNDET I jämtlands LÄN
2014-03-21

Innehåll

1 Uppdraget 4

2 Överväganden och förslag 5

3 Inventering av nuläget - intressanta områden att samverka kring. 7

3.1 Metod 7

3.2 Nulägesbeskrivning av intressanta samverkansområden 7

3.2.1 Intern service stöd till verksamheterna 7

3.2.2 Specialistfunktioner 12

3.2.3 Myndighetsutövning 15

3.2.4 Verksamhet mot medborgarna 17

3.2.5 Andra intressant samverkansområden 18

4 Översiktlig analys och slutsatser utifrån nulägesbeskrivningen. 18

5 Befintlig samverkan – kort beskrivning 20

7 Remiss till kommunerna 20

7.1 Remissunderlag 20

7.2 Remissvaren 21

7.2.1 Allmänna synpunkter på remissunderlaget 21

7.2.2 Kommunernas prioriteringar – fråga 1 22

7.2.3 Övriga frågor i remissvaren. 22

Bilagor 25

1 Uppdraget

Under 2012 lämnades en motion in till regionförbundet med förslag om att utreda om samarbetet mellan kommunerna i länet ytterligare skulle kunna utvecklas. Efter remiss till kommunerna beslöt primärkommunala nämnden i april 2013 att en förstudie ska göras som ska kartlägga inom vilka områden kommunerna vill samarbeta kring innan man gör en fördjupad utredning i frågan. Förstudien ska kartlägga nuläget inom intressanta områden vad gäller organisation, kompetens, köpta tjänster, intressanta nyckeltal, problem mm.

I förstudien ska ingå att:

- belysa de områden som respektive kommun i länet kan se som väsentliga att samverka kring
- beskriva nuvarande samverkan och samverkansformer
- analysera kartläggningen och prioritera inom vilka områden man kan gå vidare med.

Syftet är att åstadkomma utveckling, ökad kompetens och effektivt resursutnyttjande i länets kommuner.

2 Överväganden och förslag

Den nulägesbeskrivning och de faktaunderlag som tagits fram samt de remissvar kommunerna lämnat visar att det nu finns ett samlat underlag som översiktligt visar vilken samarbetspotential som föreligger. Rapporten bör därför kunna ligga till grund för ett ställningstagande om fortsatt arbete på detta område.

Samtliga kommuner ställer sig med viss gradskillnad positiv till en ökad samverkan. Speciellt de mindre kommunerna är dock tydliga med att ett mer formaliserat samarbete kräver en betydligt noggrannare och djupare analys än vad som framkommit så här långt i förstudien. I sammanhanget är det viktigt att påpeka att syftet med den här förstudien är att kunna bedöma om det är intressant att gå vidare och då fördjupa analysen inom de områden som prioriteras av kommunerna. Det som efterfrågas är dessutom de arbetsmarknadspolitiska effekterna i respektive kommun av ett formaliserat samarbete. Var hamnar arbetsplatserna och hur påverkas kompetensen i den egna kommunen om vissa tjänster och då speciellt de akademiska försvinner? Denna analys hör också hemma i det fortsatta utredningsarbetet.

Om vi tittar lite närmare på de sex områden som enligt remissvaren är högst prioriterade så berörs 145 årstjänster till en kostnad på 137 Mkr. Det är en mycket liten del av den kommunala verksamheten i länet. Totalt i länet finns i den kommunala verksamheten minst 10 500 årsarbetare[1]. Ställer vi det i relation till de 150 tjänster som skulle kunna vara aktuella för ett formaliserat samarbete (supercentra) i någon form så motsvarar det mindre än 1,5 % av helheten. En sammanställning redovisas i bilaga 6.

Ett effektivare resursutnyttjande inom de områden som behandlats i denna utredning skulle kunna öka utrymmet för kärnverksamheten och de resursbehov som finns där. I det här läget går det emellertid inte att säkert bedöma vilka ekonomiska vinster som skulle kunna göras vid ett ökat formaliserat samarbete. Det kräver som tidigare påpekats djupare analyser i det fortsatta utredningsarbetet. Att det finns en potential är dock helt klart. Även om geografin i länet med stora avstånd m.m. delvis arbetar emot oss så finns det idag tekniska förutsättningar som helt eller delvis kan eliminera den problematiken. Närhet idag har inte samma innebörd som igår. För många av de verksamheter som beskrivs i denna utredning handlar det om att få tillgång till rätt information och kunna kommunicera, vilket i dag och framför allt i morgon till stor del kan skötas distansoberoende med bra IT-stöd.

En annan viktig faktor i sammanhanget är kompetens – och kvalitetsaspekterna. Även om läget idag i huvudsak upplevs tillfredsställande är kommunernas verksamhet sårbar på flera områden. Problematiken att i framtiden kunna rekrytera rätt kompetens när vakanser uppstår måste därför noga beaktas. Kommunerna måste höja blicken och inse att ett långsiktigt agerande är nödvändigt. Genom att samla kompetens och resurser inom ett visst område kan länets kommuner i framtiden öka sin attraktionskraft vid rekrytering av ny personal samt bättre och säkrare utveckla kompetensen inom dessa områden. Med alltför kortsiktigt tänkande/handlande finns det en risk att kommunerna hittar lösningar, där den bristande kompetensen och sårbarheten kvarstår.

[1] I det här underlaget ingår inte de kommunala bolagen, kommunalförbunden eller den verksamhet som är utlagd på entreprenad.

Till detta ska också föras de områden där kommunerna är beredda att genom ett ökat "nätverkande" samverka för att ta vara på den samlade kompetensen. Om det nätverkandet/samarbetet ska ge önskad effekt måste kommunledningarna formulera tydliga och konkreta uppdrag till de grupper som finns eller kommer att bildas med tydliga mål om vilka effekter som ska uppnås med samarbetet. Det kan också vara ett första steg till ett mer formaliserat samarbete längre fram.

Ett annat område som kan utvecklas, men som också kräver en samsyn, är att genom den gemensamma nämnden för upphandling uppnå en ökad effektivisering vid köp av vissa tjänster.

Om kommunerna verkligen är beredda att långsiktigt se möjligheterna med en ökad och mer formaliserad samverkan finns nu goda förutsättningar att komma vidare i det arbetet. Det handlar om att initialt vara öppen för andra lösningar, ändrade arbetsformer och samtidigt vara beredd på att det krävs tålamod innan de positiva effekterna fullt ut uppstår.

Förslag

- **Kommunerna enas om att med denna utredning som underlag gå vidare inom 3-4 högst prioriterade områdena, där en djupare analys av förutsättningarna för en formaliserad samverkan och formerna därför utreds. För det krävs att kommunerna är beredda att avsätta resurser i form av tid för att genomföra det arbetet. En projektplan ska utarbetas snarast och projektledare för arbetet utses. Kommunchefsgruppen kan vara styrgrupp och en politisk referensgrupp bör bildas.**

- **Kommunerna enas vidare om att inom ytterligare 3-4 områden utveckla ett ökat nätverkande med klara direktiv och mål från kommunledningarna om vilka effekter som ska uppnås i det samarbetet. Ansvaret för det arbetet inom respektive område bör ledas av någon från de medverkande kommunerna som man gemensamt kan enas kring.**

- **Den gemensamma nämnden för upphandling får i uppdrag att utreda inom vilka ytterligare områden som gemensam upphandling kan tillämpas.**

3 Inventering av nuläget - intressanta områden att samverka kring.

3.1 Metod

För att kunna ta ställning inom vilka områden en ökad samverkan mellan kommunerna i Jämtlands län ska kunna utvecklas har underlag om förutsättningarna för det samlats in. Till grund för insamlingen av fakta mm och samtal utarbetades ett frågeformulär/diskussionsunderlag som i förväg skickades ut respektive kommun. I det materialet fanns en lista på intressanta samverkansområden utifrån de svar kommunerna lämnade på den motion som ligger till grund för uppdraget samt en diskussion med kommuncheferna i juni 2013. Genom besök och samtal med kommunledningarna (kommunchefer och deras ledningsgrupper) dels per telefon och dels genom besök på plats under perioden september-oktober 2013 har synpunkter och fakta samlats in. Dessa samtal och de svar som kommit in från kommunerna ligger till grund för redovisningen av fakta, organisation, bemanning, problemområden, kostnader i den nulägesbeskrivning som redovisas i detta avsnitt.

För att kvalitetssäkra underlaget har en preliminär sammanställning av insamlade fakta skickats ut till kommuncheferna under november månad för en avstämning. Efter den avstämningen bedömer utredaren att underlaget ger en bra bild av nuläget och kan utgöra underlag för en analys och bedömning av vilka områden det kan vara intressant att arbeta vidare med. Alla fakta om antal tjänster, kostnader mm avser 2012 års verksamhet (bokslut). Om och när man går vidare är det nödvändigt att ytterligare stämma av uppgifterna och säkerställa att det finns en gemensam uppfattning om vad som ingår i de uppgifter som lämnats[2]. Det har i den här förstudien inte varit möjligt att till 100 % garantera att kommunerna har uppfattat utredarens frågeställningar exakt lika och därför kan det finnas diskrepanser mellan kommunerna i det redovisade materialet. Hela det insamlade faktamaterialet redovisa i bilaga 1-3 samt delvis också i den löpande texten nedan.

Under varje område anges en första preliminär sammanvägd bedömning från kommunerna (utredarens tolkning) hur angeläget det känns/upplevs att hitta ett sätt samordna resurser, kompetens mellan länets kommuner (supercentra). Det sker på en skala **1-5** där **1** står för inte intressant och **5** för mycket intressant/angeläget. Några kommuner har tydligt uttryckt sin uppfattning medan andra i det här läget är lite vagare i sin uppfattning och har inte gjort någon politisk förankring av sina svar.

Områdena har delats i följande kategorier

1. Intern service och stöd till kärnverksamheterna
2. Specialistfunktioner (expert)
3. Myndighetsutövning
4. Kärnverksamhet

3.2 Nulägesbeskrivning av intressanta samverkansområden

3.2.1 Intern service stöd till verksamheterna

<u>Löneadministration</u>

[2] Det saknas fortfarande några uppgifter, men det påverkar inte helheten. Uppgifterna får kompletteras underhand.

Totalt har kommunerna drygt 10 500 årsarbetare och det genererar drygt 16 600 löneutbetalningar per månad till sin personal (inkl arvoden till förtroendevalda). För det arbetet finns drygt 37 löneadministratörer. Sex av kommunerna använder samma IT-system (Aditro) och de två andra - Krokom och Östersund - har ett annat IT-system (Heroma) för att hantera löneadministrationen. I dessa system igår också andra funktioner inom det personaladministrativa området. Kostnaden uppgår till totalt 25 000 Tkr exkl. lokalkostnader.

Tabell 1 Löneadministration

Kommun	Löner/ månad	Ant tj	Löner/tj	Årsarb	IT-system	Kostnad Tkr
Berg	1 055	3,75	281	651	Aditro	1802
Bräcke	969	2,5	388	649	Aditro	1385
Härjedalen	1 613	5,0	323	850	Aditro	3220
Krokom	1 773	4,5	394	1 266	Heroma	[3]
Ragunda	750	1,3	577	532	Aditro	510
Strömsund	2 190	5,0	438	1 264	Aditro	3 152
Åre	1 415	2,0	708	830	Aditro	1600
Östersund	6 845	13,5	507	4501	Heroma	9 800
Totalt	16 610	37,55	464	10 553		

Östersund och Krokom samarbetar idag genom att Östersund "driftar" systemet åt Krokom medan lönehandläggare/förrättare finns i båda kommunerna. Samarbetet föregicks av en förstudie angående gemensamt lönekontor vilket resulterade i denna lösning. På liknande sätt samarbetar Strömsunds kommun med Sollefteå kommun.

Kommunernas avtal med respektive systemleverantör löper ut vid olika tidpunkter under perioden 2014-2016. Vid en vidgad samverkan inom detta område måste kommunerna naturligtvis enas om ett gemensamt lönesystem och klara ut när det är möjligt att gå över till sådant utifrån det avtal kommunerna har idag med respektive leverantör.

Bedömning/analys

Vid en granskning av effektiviteten utifrån måttet löner/tjänst så finns det ett ganska stort spann från 280 till drygt 700. Snittet i länet ligger på ca 440. Det tyder på att det finns möjligheter till en effektivare organisation *i storleksordningen 2-5 tjänster* vid en samverkan genom t.ex. ett gemensamt lönekontor för länets kommuner. Ett problem som föreligger med den här jämförelsen är att i de mindre kommunerna har löneförrättarna i många fall inte enbart med löneadministrativt arbete (löneproduktion) utan även andra uppgifter inom det personaladministrativa området. Lönefunktionen ingår i regel i en personalavdelning (motsvarande) med en personalchef. Att i det här läget exakt dra en gräns vad som är det ena och det andra har inte varit möjligt att göra, men behöver givetvis klarläggas om det finns intresse från kommunerna att utveckla samverkan inom detta område.

Samtliga kommuner (kommunchefer/ledningsgrupper) uttrycker stort intresse av att hitta en utvidgad formaliserad samverkan inom detta område.

[3] Uppgift saknas från Krokom

Angelägenhetsgrad: 4-5

Personaladministration

Samtliga kommuner har egen personal/kompetens för de personaladministrativa frågorna (HR-funktion), men köper företagshälsovård av externa företag till en kostnad av ca 12 000 Tkr. Därutöver köper man i viss omfattning rekryteringsstöd framförallt vad gäller chefstjänster och för vissa specialister/svårrekryterad personal. Det finns ett gemensamt upphandlat avtal med ett rekryterings-/bemanningsföretag, där kommunerna kan avropa stöd vid rekrytering av personal. Den centrala PA-funktionen ger i samtliga kommuner internstöd till förvaltningarna inom detta område. När det gäller utbildning av personal använder kommunerna sig av det utbud som finns på marknaden (kurser, konferenser etc.) men ordnar även egna internutbildningar både med egen personal och/eller med upphandlade konsulter. Det område där det är svårast att hålla kompetensen är arbetsrätten, där kommunerna genom kollegial samverkan löser vissa problem och/eller samråder med eller anlitar SKL.

Kommunerna samverkar idag genom träffar på tjänstemannanivå inom ramen för nätverket Björnligan. Det är en tjänstemannagrupp med personaladministratörer från kommunerna i länet som oregelbundet träffas för att utbyta erfarenheter mm. Ett utvidgat samarbete inom ramen för "nätverket Björnligan" är samtliga intresserade av för att kunna ta vara på den kompetens som finns samlad i kommunerna. Inom arbetsrätten finns behov av att kunna "köpa" tjänster/få rådgivning främst vid svårare fall. Pensionsfrågorna är också ett område där flera kommuner upplever bristande egen kompetens och kan behöva hjälp. Flera kommuner köper viss administration angående pensionshantering från KPA (pensionshjälpen). Företagshälsovården är en del av PA-stödet och samtliga kommuner upphandlar det av externa leverantörer till en total summa av drygt 12 000 Tkr – här kanske en gemensam upphandling kan vara aktuell? Kommunerna har egen personal motsvarande drygt 40 årstjänster inom PA-området och personalkostnaderna för det uppgår till ca 20 000 Tkr.

Tabell 2 Personaladministration[4]

Kommun	Antal tjänster	Kostn FH Tkr	Total kostnad Tkr
Berg	2,0	1600	3 418
Bräcke	3,0	250	1 411
Härjedalen	4,0	1 200	3 060
Krokom	4,5		
Ragunda	2,0	900	3 700
Strömsund	4,0	2300	5 300
Åre	4,8	500	2 000
Östersund	16,0	4 000	10 000
Totalt	40,3		

[4] Uppgift saknas från Krokom

Bedömning/analys

De personaladministrativa frågorna betraktas av samtliga kommuner som strategiska och resurser och kompetens bör därför finnas inom respektive kommun. Det är personalavdelningarna som tillsammans med kommunledningen utarbetar underlag för respektive kommuns arbetsgivarpolicy.

Kommunerna är stora arbetsgivare – i regel den störste inom respektive kommun – och har en väl utbyggd organisation med tillräcklig kompetens inom detta område. I de mindre kommunerna kan det dock vara svårt att rekrytera kompetent personal och det finns i regel ingen back-up i den egna organisationen vid sjukdom, ledigheter mm. En utveckling av samarbetet mellan kommunerna kan dock bidra till att denna sårbarhet minimeras.

Angelägenhetsgraden för ett mer formaliserat samarbete uppskattar utredaren till 1-2 d.v.s. mindre intressant.

Telefoni - växelfunktion - kundcenter

Inom detta område finns idag en väl etablerat tekniksamverkan inom ramen för Jamtnet, där även landstinget ingår. Östersund deltar inte i denna samverkan. Jamtnet innebär att kommunerna har upphandlat den tekniska lösningen för telefoni och har möjlighet att rent tekniskt sköta varandras växelfunktioner. Det sker också men inte i någon större utsträckning. Bräcke och Berg har inom ramen för Jamtnet ett eget avtal om en gemensam växel som sköts av personal från Bergs kommun.

Östersund införde under november 2013 ett kundcentrum, vilket i princip innebär att den traditionella växeln försvinner. Istället omvandlas växeln till ett kundcenter och bemannas med kommunvägledare som medborgarna kommer att möta vid telefonkontakt med och besök hos kommunen. Flera andra kommuner har också kundcenterfunktioner i mer eller mindre grad och som då samtidigt sköter telefonväxeln. Kundcenterfunktionen är ett område som är under utveckling i länets kommuner, men man har kommit olika långt. För att klara sina uppgifter som både telefonist och kundcenterfunktionen krävs att personalen inom detta område har tillgång till de olika verksamhetssystemen samt god kunskap om kommunens olika verksamheter.

Tabell 3 Telefoni/Växel - Kundcenter[5]

Kommun	Berg	Bräcke	Härje-dalen	Krokom	Ragunda	Ström-sund	Åre	Öster-sund
Antal tjänster	2,75	1,25	2,0	2,8	2,14	3,75	3,0	15,0

[5] Uppgift saknas från Strömsund

Kostnad	1 538	1 325	2 155	2 926	1 994	Uppgift saknas	1 300	9 800

Analys/bedömning

Det finns ett stort intresse av att inom ramen för Jamtnet utveckla tekniksamarbetet inom telefonin. Däremot är det inte lika enkelt att samverka kring kundcenterfunktionen.

Angelägenhetsgrad: 3-4

Hantering av fakturor – egna fakturor och leverantörsfakturor samt krav och inkasso

Inom detta område har den tekniska utvecklingen med skanning av inkommande fakturor och e-fakturor kommit relativt långt även om det finns skillnader mellan kommunerna.

Inskanning av fakturor tillämpas i alla kommuner antingen via entreprenör eller i egen regi. Bräcke, Krokom och Strömsund sköter skanningen i egen regi medan övriga kommuner köper den tjänsten. Här borde det finnas goda möjligheter till en samordning. En komplexitet är förmodligen att kommunerna har olika ekonomisystem som elektroniskt ska ta hand om de inskannade fakturorna. Tre kommuner Bräcke, Strömsund och Östersund får ca 30 % av sina leverantörsfakturor som e-faktura. Totalt hanterar kommunerna i länet över 300 000 leverantörsfakturor varav drygt 170 000 skannas in i kommunernas ekonomisystem och hanteras digitalt ute i organisationen.

När det gäller de fakturor kommunerna själva skickar ut till "kund" för de tjänster kommunen tillhandahåller går merparten ut som pappersfakturor. E-faktura finns till viss del i Östersund (ca 15 %), Berg och Härjedalen (ca 10 %) och i Strömsund (ca 60 %). Övriga kommuner har inte kommit igång med den tjänsten. Här finns en stor utvecklingspotential som kanske skulle kunna snabbas på genom ett samverkansprojekt där kommunernas olika erfarenheter kan bidra. Autogiro är en annan form och den tjänsten erbjuds av några kommuner, men utnyttjas mycket varierat.

Totalt skickar kommunerna ut ca 445 000 fakturor för de avgifter kommunerna tar ut för olika verksamheter främst VA, renhållning, barnomsorg, äldreomsorg. Krav och inkassoverksamheten sköts på olika sätt i kommunerna både i egen regi och genom anlitande av inkassoföretag. Totalt hanterar kommunerna knappt 11 000 ärenden. Inom det här området har det varit svårt att få fram kostnader och hur mycket egen personal som arbetar detta eftersom de är utspridda i hela organisationen.

I bilaga 1 redovisas statistik över omfattning på egna fakturor, leverantörsfakturor och krav-verksamheten i respektive kommun.

Analys/bedömning

När det gäller inskanning av leverantörsfakturor är det en verksamhet som mycket väl lämpar sig för en formaliserad samverkan alternativt en gemensam upphandling, där verksamheten kan förläggas var som helst i länet. Samma sak gäller krav och inkassoverksamheten.

Angelägenhetsgrad för samarbete: 3-4

IT-frågor

Samtliga kommuner har en IT-avdelning (motsvarande) med en IT-chef samt tekniker med olika kompetenser. Åre och Ragunda saknar idag en renodlad IT-chef utan där fungerar respektive ekonomichef som IT-chef. I samtliga kommuner utom Östersund ingår både driftansvaret och de strategiska frågorna i IT-chefens uppdrag. I Östersund är driften och strategin organisatoriskt separerade.

Samtliga kommuner upplever att man har tillräcklig kompetens i sin organisation, men att den är mycket sårbar t.ex. vid frånvaro. Teknikerna är ofta specialiserad på vissa system och kan inte alltid rycka in för varandra. Ett annat område som är problematiskt är support utanför kontorstid då det i alla kommuner finns verksamheter som arbetar dygnet runt och året runt (vardag som helgdag). Den snabba tillväxten av IT-stöd till verksamheterna är snabbare än kompetens- och resursutveckling inom IT-avdelningarna även om teknikutveckling idag gör det möjligt att arbeta på distans (digitalt) för att supporta verksamheterna vid problem. Flera kommuner anser att den djupa kompetensen som behövs för att underhålla och utveckla verksamhetsstödet inte finns idag inom den egna organisationen. Behovet av externa konsulter är stort och kommunerna upplever det är svårt att skapa en effektiv systemförvaltning i samspel med verksamheterna.

Totalt finns det idag knappt 60 årstjänster inom IT-området och den totala kostnaden för verksamheten (exkl. förvaltningarnas kostnader för eventuella egna IT-tjänster) uppgår till ca 80 000 Tkr. Investeringsvolymen är ca 12 500 Tkr/år, men varierar av naturliga skäl över tiden. Samtliga kommuner har en IT-strategi/ADB-plan, men de har några år på nacken och de föreligger stora behov att revidera dessa strategidokument.

I bilaga 1 redovisas ytterligare fakta om IT-verksamheten i kommunerna. Faktainsamlingen är dock inte komplett då varit svårt hitta gemensamma definitioner på vissa nyckeltal. I det här läget av utredning har det inte bedömts meningsfullt att ägna mera tid åt detta utan det får klaras ut i det fortsatta arbetet.

Analys/bedömning

Samtliga kommuner uttrycker ett stort intresse att finna samverkanslösningar framförallt när det gäller drift och support. Dagens teknik inom detta område medger också att många problem och frågor - support- kan lösas på distans.

Angelägenhetsgrad för samarbete: 4-5

3.2.2 Specialistfunktioner

Kommunal juridik

Idag är det enbart Östersunds kommun som har egna jurister i sin organisation. Östersund har tre tjänster som arbetar mot de egna förvaltningarna, de kommunala bolagen och förbunden (gymnasie- och räddningstjänstförbunden). Vid behov anlitar även Östersund externt juridiskt biträde vilket varierar över åren beroende på antal ärenden och dess komplexitet. Bräcke och Strömsund köper juristtjänster från Östersunds kommun och Ragunda har avtal med en advokatbyrå . Övriga

kommuner har ingen egen "kommunjurist" (juristkompetens) i sin organisation, förutom den kompetens som finns bland chefer och tjänstemän, som kan sin speciallagstiftning. Kommunerna använder sig även av SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) som rådgivare och SKL anlitas även som biträde i juridiska spörsmål. Tjänster köps/upphandlas vid behov även från olika specialister. Totalt uppskattas kostnaderna i länet för "juridiskt stöd" till ca 600 Tkr.

Analys/bedömning

Samtliga kommuner uttrycker ett stort behov av utveckla en samverkan för att få en säker tillgång till juridisk kompetens och för att åstadkomma detta måste nog kommunernas resurser samordnas

Angelägenhetsgrad för samarbete: 5

Arkivfrågor

Arkivfrågorna är ett område där främst de mindre kommunerna har svårt att rekrytera personal med rätt kompetens (arkivarie). Det ser dock idag bättre ut idag än för ett antal år sedan. Tre kommuner anser sig inte ha tillräcklig kompetens för att hantera dessa frågor. Totalt finns idag 7,15 tjänster varav 4,6 tjänster med arkivariekompetens. Kostnaderna för arkivhanteringen i länets kommuner vad gäller personal och diverse kringkostnader uppgår till ca 3 100 Tkr. De stora kostnaderna för arkiven är förmodligen lokalkostnaderna, men dessa uppgifter har inte tagits fram i den här utredningen och kommer i närtid inte att påverkas av ett utvecklat samarbete. När det gäller den fysiska förvaringen av arkiverade handlingar i befintliga arkivlokaler finns det i vissa kommuner stora brister gentemot gällande kvalitetskrav. Ett gemensamt slutarkiv för länets kommuner skulle förmodligen i framtiden ge utrymme för en effektivare hantering. Det upplevs dock inte som prioriterad fråga i nuläget.

Tabell 4 Arkiv

Kommun	Berg	Bräcke	Härje-dalen	Krokom	Ragunda	Ström-sund	Åre	Öster-sund
Antal tjänster	0,75	0,3	1,0	1,0	0,5	0,6	1,0	2,0
Arkivarie	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja
Kostnad Tkr	300	115	450	280	206	60	3500	1200

Analys/bedömning

Problemet idag är mera att arkivfunktionen ska kunna leva upp till sitt uppdrag som arkivmyndighet och effektivt kunna använda den samlade kompetens som finns i länet. Inom den personalgrupp som arbetar med arkivfrågor i länets kommuner har olika samverkansfrågor diskuterats och det finns idéer om hur en vidgat samverkan skull kunna se ut. En mer formaliserad samverkan skulle kunna bidra till att ökad kompetens, utveckling och effektivare resursutnyttjande.

Angelägenhetsgrad för samarbete: 4-5

Finansieringsfrågor

Samtliga kommuner utom Berg har en av fullmäktige antagen finanspolicy där likviditetshantering och skuldförvaltning regleras. Ekonomichefen i de små kommunerna ansvarar för detta. I Östersund handlägger finans/redovisningschef dessa frågor. Samtliga kommuner har avtal med bank för de löpande av utbetalningar. Östersund köper dessutom tjänster för strategisk finansiell rådgivning för förvaltning av kommunens pensionsportfölj. Några kommuner är medlem i Kommuninvest – Berg, Bräcke och Åre - och använder ibland Kommuninvest som stöd och rådgivning vid upplåning.

Analys/bedömning

Några kommuner uttrycker att det finns behov av expertkompetens (nätverk) inom detta område, men visar inget intresse för ett formaliserat samarbete.

Angelägenhetsgrad för samarbete: 1

Säkerhetsfrågor – krisberedskap

Samtliga kommuner har en säkerhetsansvarig som helt eller delvis finansieras med det statsbidrag som utgår till kommunerna för denna verksamhet. Totalt finns det 5.85 tjänster.
Statsbidrag utgår med 280 Tkr per kommun, vilket ska täcka kostnaderna för en halvtidstjänst. Dessutom utgår ett invånarrelaterat verksamhetsbidrag. Kommunerna har med andra ord begränsade kostnader för denna verksamhet förutom kringkostnaderna till de tjänster som finns (lokaler, overhead mm). Här finns det en överenskommelse mellan staten och SKL om vad kommunerna ska göra med detta "öronmärkta" statsbidrag.
Inom länets säkerhetssamordnargrupp (SäksamZ) håller en fördjupad samverkan om hur säkerhetsarbetet kan utvecklas på att växa fram. Det gäller främst hur arbetet med risk – och sårbarhetsanalyser, planering och utbildning kan göras mera i samverkan.

Tabell 5 Säkerhetsfrågor

Kommun	Berg	Bräcke	Härje-dalen	Krokom	Ragunda	Ström-sund	Åre	Öster-sund
Antal tjänster	0,6	0,75	1,0	1,0	0,5	0,5	0,5	1,0

Analys/bedömning

För att utveckla kvaliteten inom detta område torde ett förstärkt samarbete inom befintligt nätverk kunna ge positiva effekter.

Angelägenhetsgrad för samarbete: 2-3

Försäkringsfrågor

Fyra kommuner – Bräcke, Berg, Härjedalen och Krokom – är medlemmar i FSF AB (Förenade Småkommuners Försäkring AB). Samtliga kommuner använder sig av försäkringsmäklare. Östersund

och Strömsund har upphandlat tjänsten gemensamt, övriga var för sig. Inom respektive kommun finns en "försäkringsansvarig", som med en liten del i sin tjänst, sköter dessa frågor inom kommunen.

Mäklararvodet baseras på den totala försäkringspremien och ligger i storleksordningen 10 % - i Östersund 5 % - och då handlägger fastighetsmäklaren all hantering i samband med skador. Förutom den stora kommunförsäkringen avseende egendom, ansvar mm finns de ett stort antal andra typer av försäkringar som kommunerna tecknar.

Till försäkringsfrågorna hör också det förebyggande arbetet, vilket beroende på omfattning och kvalitet påverkar premiekostnaden. Här ställer försäkringsbolagen också krav som måste uppfyllas. Totalt betalar kommunerna en försäkringspremie på drygt 14 000 Tkr.

Tabell 6 Försäkringsfrågor

Kommun	Berg	Bräcke	Härje-dalen	Krokom	Ragunda	Ström-sund	Åre	Öster-sund
Antal tjänster	0,05	0,25	0,05	0,05	0,05	0,1	0,1	0,8
Försäkrings mäklare	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Kostnad (Tkr)	30	112	72	82		39	60	120
Försäkrings-Premie (Tkr)	550	784	1925	1300	1127	1424	1000	6 000

Analys/bedömning

Det förebyggande arbetet kan bara utföras inom respektive kommun, men ett mer utvecklat erfarenhetsutbyte skulle kunna vara till gagn. Arbetet med försäkringar är ett kvalificerat arbete där det krävs kunskaper inom såväl ekonomi, juridik men också kunskap om skadeförebyggande arbete och framförallt en god kunskap om den egna kommunala verksamheten. En utveckling av samarbetet genom ökat nätverkande och erfarenhetsutbyte mellan kommunerna torde vara en framkomlig väg som kan leda till önskade effekter. Gemensam upphandling av t.ex. försäkringsmäklare och de olika försäkringar som kommunerna har kan också bidra.

Angelägenhetsgrad för samarbete: 2-3

3.2.3 Myndighetsutövning

Samhällsbyggnad

Under denna rubrik avses stads- och planarkitektfunktionen samt mark - och exploateringsfrågor.

Egen anställd stads/planarkitekt finns i Östersund, Åre och Krokom. Övriga kommuner köper denna tjänst. Mellan Härjedalen och Berg pågår för närvarande diskussioner om att dela en tjänst som stads/planarkitekt.
Inom mark – och exploateringsområdet upplever kommunerna att erforderlig kompetens finns i den egna organisation, men att det är sårbart. Behov av expertstöd/rådgivning finns för t.ex. upprättande av exploateringsavtal samt tolkning och tillämpning vid eventuella tvister.

Analys/bedömning
Kartläggningen visar att kompetensläget är gott och det samarbete som finns/planeras tillgodoser kommunernas behov inom detta område
Angelägenhetsgrad för samarbete: 1-2

Överförmyndare

Berg och Bräcke samarbetar inom detta område, där Bräcke sköter handläggningen inom överförmyndarverksamheten. Berg köper den tjänsten motsvarande 0,75 tjänst. Totalt finns 2, 0 tjänster i den organisationen. Båda kommunerna har en varsin överförmyndarnämnd.

Kommunerna köper även juristtjänster från Östersunds kommun (75 timmar per år). Det gör också Krokoms kommun.

Övriga kommuner har 0,5-1,0 tjänster för denna verksamhet medan Östersund har 4,0 tjänster + 0,25 juriststöd (internstöd). Totalt finns drygt 10 tjänster inom denna verksamhet i länet exkl. de förtroendevalda. Strömsund, Åre och Östersund har en övermyndare med en ersättare medan övriga kommuner har en varsin överförmyndarnämnd med tre förtroendevalda.

Detta är en juridiskt komplicerad verksamhet och tillgång till juridisk kompetens är viktig, något som saknas i dag i flera kommuner. De personer som arbetar med dessa frågor har över tid har förvärvat en god kunskap men ärendenas komplexitet har också över tid ökat.

Tabell 7 Överförmyndare

Kommun	Berg	Bräcke	Härje-dalen	Krokom	Ragunda	Ström-sund	Åre	Öster-sund
Antal tjänster	0,75	1,25	0,5	0,9	0,5	1,6	0,5	4,0
Kostnad Tkr	800	1000	571	1400	746	1328	1087	2400

Analys/bedömning

Den allmänna känslan är att detta är en verksamhet där det finns vinster att göra inte minst utifrån den komplexitet som finns och då inte minst vad gäller rättsäkerhet. Samtidigt är det viktigt att det finns lokal kunskap om de människor som behöver stöd inom detta område

Vid kommunchefsmötet den 1 nov beslöt Östersund, Härjedalen, Krokom och Ragunda att omedelbart utreda förutsättningarna för samverkan på detta område. Övriga avvaktar denna utrednings resultat.

Angelägenhetsgrad för samarbete: 5

Miljö- och livsmedelsinspektion

Samtliga bedömer idag att det finns tillräcklig kompetens för detta område i kommunerna. Några kommuner upplever dock att det under vissa tider kan vara svårt att rekrytera personal med rätt kompetens. Personalomsättningen är också ett litet bekymmer i några kommuner.

Verksamhetens omfattning varierar mellan kommunerna. Totalt finns knappt 50 årstjänster inom denna verksamhet som har relativt hög finansieringsgrad och nettokostnaden uppgår till knappt 22 000 Tkr.

Analys/bedömning

Kartläggningen visar att kompetensläget är gott och det samarbete som finns tillgodoser kommunernas behov inom detta område

Angelägenhetsgrad för samarbete: 1-2

3.2.4 Verksamhet mot medborgarna

Energirådgivning

Här finns redan idag ett samarbete mellan kommunerna genom energikontoret som administreras av regionförbundet. Verksamheten finansieras av energimyndigheten, landstinget och länets kommuner.

Statsbidrag utgår med 250-315 Tkr per kommun för energirådgivning och vissa kommuner har valt att använda dessa pengar för finansiering av energikontorets verksamhet.

Några kommuner hanterar dessa frågor själva nämligen Bräcke (delad tjänst med Ånge), Härjedalen, Åre och Östersund. Övriga kommuner lägger sitt statsbidrag till energikontorets förfogande. Berg har dock för avsikt att sköta verksamheten i egen regi med 0,5 tjänst från 2014 då kommunen inte anser sig "äga frågan" i nuvarande form genom energikontoret.

Analys/bedömning

Flera kommuner upplever att samarbetet/ordningen med energikontoret är bra men kan utvecklas.

Angelägenhetsgrad för samarbete: 4-5

Elevhälsa och SYV

Inom detta område finns resurser och kompetens inom kommunerna när det gäller skolsköterskor, kuratorer, specialpedagoger. Beträffande skolläkare är det enbart Östersund som har egna tjänster medan övriga kommuner köper läkartjänster. De läkartjänster som kan köpas är i regel distriktsläkare och mera sällsynt barnläkare vilket naturligtvis kan vara en brist eftersom det är barn det handlar om. Skolpsykologer är svårrekryterade även om kompetensen finns i några kommuner. Övriga kommuner köper in denna kompetens från externa konsulter. Östersunds kommun som är relativt stor har här liksom inom andra områden kompetens som saknas i de andra kommunerna.

Analys/bedömning

Det finns således olika kompetenser i kommunerna och de skulle kunna användas gemensamt vid en vidgad samverkan.

Angelägenhetsgrad för samarbete: 1-2 men större vad gäller skolläkare och psykolog.

3.2.5 Andra intressant samverkansområden

Under besök och vid samtal med kommunledningarna (kommunchefer, ledningsgrupper) har det kommit fram ytterligare områden där kommunerna upplever att det kan finnas behov av ökat samarbete.

- LSS (ensamtjänster och mycket tolkningsfrågor),
- alkoholhandläggning (sårbart),
- upphandling behandlingshem, sydsamiska (översättare),
- lärartjänster (legitimationsproblematiken i småskolor),
- modersmål (hemspråk),
- konsumentvägledning (finns redan),
- PUL-ombud,
- skuldsanering/rådgivning,
- socialjour i beredskap,
- samarbete i utredningsfrågor.
- expertstöd inom VA/Renhållning, GIS, bibliotek, produktion av detaljplaner och miljökonsekvensbeskrivningar,
- kvalificerad byggprojektledning,
- bostadsanpassningsbidrag mm

Biblioteken samverkar idag kring webbplattformen www.bibliotekmitt.se, men skulle även kunna samverka mer kring de olika spetskompetenser, som finns i vissa kommuner.

Någon fördjupad inventering av nuläge mm har inte genomförts i den här delen av förstudien.

4 Översiktlig analys och slutsatser utifrån nulägesbeskrivningen.

Den här inventeringen och genomgången av intressanta samverkansområden mellan länets kommuner visar att det finns en potential till utveckling av samverkan inom flera områden. Räknar vi

samman de totala kostnaderna och det totala antalet tjänster (årsarbetare) för de verksamheter som beskrivits ovan uppgår de till knappt 275 Mkr respektive ca 345 årstjänster. Östersund är befolkningsmässigt den klart största kommunen och har 47 % av länets invånare och 43 % av antalet årsarbetare som arbetar i den kommunala verksamheten. (Här är inte de båda kommunalförbunden medräknade.) 34 % av de kommunala tjänsterna finns i Östersund och resterande 66 % i övriga kommuner. Vad gäller kostnaderna står Östersund för 43 % och övriga kommuner för 57 %.

I bilaga 3 redovisas några nyckeltal som ytterligare belyser skillnaderna mellan kommunerna i relation till storlek - t.ex. kostnaderna per invånare för de verksamheter som ingår i den här kartläggningen.

Det visar om man sätter kostnaderna i relation till folkmängden att de mindre kommunerna har relativt sett högre kostnader än Östersund. Det mindre kommunerna saknar också kompetens inom flera områden. Det tyder på att det genom en ökad samverkan finns möjligheter till en effektivisering av dessa verksamheter och ett säkerställande av kvaliteten. Det kräver dock att kommunerna är beredda att konstruktivt hitta samarbetsformer för att åstadkomma detta.

Andra faktorer som har betydelse i detta sammanhang är givetvis de arbetsmarknadspolitiska effekterna av en ökad samverkan mellan kommunerna. Det är också beroende av i vilken form det sker. De mindre kommunernas andel av den lokala arbetsmarknaden är givetvis större än i Östersund och en minskning av antalet kommunala tjänster märks därför tydligare i t.ex. i Ragunda än i Östersund.

Utifrån den genomgång av intressanta områden som redovisas ovan kan man skönja att följande områden tycks vara mest intressanta att gå vidare med (utan inbördes rangordning) för en formaliserad samverkan t.ex. i en gemensam nämnd och/eller kommunalförbund;

- Löneadministration
- Telefoni (teknisk drift) exkl. kundcenter
- Fakturahantering (alt gemensam upphandling)
- IT-frågor
- Kommunal Juridik
- Arkiv
- Överförmyndare
- Energirådgivning
- Skuldsanering[6]

Områden där en ökad samverkan kan genom ökat "nätverkande" eller på annat sätt kan vara;

- Personaladministration
- Säkerhetsfrågor
- Samhällsbyggnad
- Försäkringsfrågor
- Miljö – och livsmedelsinspektion
- Elevhälsa, delar av (psykolog, skolläkare)
- De områden som redovisas under kap 2.2.5 "andra intressanta områden"

[6] Bland de områden som redovisas i kapitel 2.2.5 kan utifrån de som framkommit under utredningen skuldsanering hänföras till denna grupp

Det här är utredarens bedömning utifrån de underlag som samlats in och utifrån de diskussioner som förts på tjänstemannanivå med kommunerna. Det är endast Bräcke kommun som tydligt i samband med kvalitetssäkringen har redovisat en samlad syn på vilka områden som är intressanta att samverka kring - bilaga 4.

5 Befintlig samverkan – kort beskrivning

I dag samverkar kommunerna på olika sätt bl.a. inom följande områden[7]

Gymnasieskolan	Kommunalförbund (Bräcke, Krokom, Ragunda och Östersund)
Räddningstjänst	Kommunalförbund(Berg, Bräcke, Härjedalen?, Krokom, Ragunda, Strömsund och Östersund)
Upphandling	Gemensam nämnd samtliga kommuner
Energirådgivning	Regionförbundet genom energikontoret
Telefoni	Jamtnet, gemensamt avtal med Telia (exkl. Östersund)

6 Möjliga samverkansformer

De samverkansformer som idag finns tillgängliga inom gällande lag är;

- Kommunalförbund
- Gemensam nämnd
- Avtal mellan kommuner
- Regionförbundet
- "Formaliserade" nätverk
- Gemensam upphandling av tjänster
- Övrigt

7 Remiss till kommunerna

7.1 Remissunderlag

Kapitel 2-6 i den här rapporten (Förstudierapport supercentra – remissunderlag med bilagor) remitterades till kommunerna i början av 2014. I samband med remissen ställdes följande frågor till kommunerna att besvara i samband med remissbehandlingen.

1. Vad är mest angeläget? Använd skalan 1-5 där 5 är mest angeläget[8]!
2. Vad är möjligt?
3. När är det möjligt, hur snabbt kan man gå fram?
4. Hur stort grepp ska tas – allt på en gång eller successivt?

[7] Det kan finnas flera
[8] Se definition på sid 5

5. Hur ser infrastrukturen ut – vilka möjligheter finns det för kommunikation mm beroende av var i länet en verksamhet placeras?
6. Kan befintliga kommunalförbund och gemensam nämnd användas i befintlig form och/eller ombildas? Om ja, vilka områden kan då tillföras?
7. Tidplan och form för det fortsatta arbetet?
8. Övriga synpunkter

7.2 Remissvaren

Samtliga kommuner har inkommit med yttrande över remissunderlaget - bilaga 4. Nedan följer en sammanfattning av remissvaren inklusive de prioriteringar kommunerna gjort.

7.2.1 Allmänna synpunkter på remissunderlaget

Samtliga kommuner är överens med utredaren att de fakta som finns i nulägesbeskrivningen ytterligare måste bearbetas för att kommunerna slutligen ska kunna bedöma vilka effektiviseringar som kan göras vid en utvecklad samverkan. De frågor som ställs måste definieras tydligare i flera fall.

Flera kommuner betonar vikten av att hänsyn måste tas till de arbetsmarknadspolitiska effekterna vid en eventuell samordning och att arbetstillfällena fördelats rättvist mellan kommunerna.

Bräcke kommun tar också upp frågan om att kommunen har få arbetstillfällen för akademiker och att en radikal minskning av dessa tjänster riskerar att få märkbara negativa konsekvenser för kommunens utveckling. Om länets övriga kommuner inte upplever den problematiken föreslår Bräcke att "supercentrat" lokaliseras till Pilgrimstad. Bräcke kommun ser även en risk att den kvarvarande personalens kompetens urholkas om tjänster/kompetens försvinner från kommunen in i en annan organisation – supercentra. Kommunen ställer sig också tveksam till att ett supercentra leder till ett effektivare resursutnyttjande. Erfarenheterna från upphandlingskontoret tyder på det även om de skett en kvalitetshöjning. Även Ragunda och Härjedalens kommuner understryker vikten av kompetensen inte samlas på ett ställe utan sprids geografiskt över ytan.

Krokoms kommun framhåller i sitt yttrande att det redovisade faktaunderlaget inte har så stor betydelse för bedömningen av samverkansmöjligheter i dagsläget men kommer givetvis att vara avgörande i det fortsatta utredningsarbetet.

Strömsunds kommun resonerar i sitt yttrande kring vilka funktioner/verksamheter som bör vara lokalt placerade och vilka som är mer distansoberoende. Kommunen konstaterar också att den i nulägesbeskrivningen angivna volymen i årstjänster och kronor endast omfattar ca 2 % av det totala antalet tjänster i den kommunala verksamheten i länet.

Åre kommun diskuterar i sitt yttrande vilka organisationsformer som kan vara lämplig plattform för en samverkan och menar att Region Jämtland kan vara ett lämpligt organ för samverkan och de frågor som inte är "akuta" för samverkan bör därför hänskjutas tills Region Jämtland etablerats.

Östersunds kommun lyfter fram vikten av att kommunerna är beredda att initialt satsa resurser och förändra arbetssätt för att en utvecklad samverkan ska vara möjlig. Kommunen pekar också på att erfarenheterna från länet visar att det inom flera områden är möjligt att samarbeta och att en samordning har goda effekter.

7.2.2 Kommunernas prioriteringar – fråga 1

I remissen uppmanades kommunerna att prioritera utifrån följande frågeställning: Vad är mest angeläget? Använd skalan 1-5 där 5 är mest angeläget![9] Resultatet av den prioriteringen redovisas i bilaga 4.

Svaren från kommunerna följer i alla delar in den mallen så utredaren har i flera fall gjort en tolkning av kommunernas prioriteringar. De områden som kommunerna inte visat något intresse/inte angett någon prioriteringsnivå för har fått prioritet 1 d.v.s. lägsta prioritet. Ibland anger kommunerna ett intervall och då har t.ex. 3-4 blivit 3,5 i den sammanställning som gjorts. Detta för att få fram ett sammanvägt underlag som någorlunda speglar kommunernas prioriteringar.

Sammanställningen av kommunernas olika prioriteringar visar att följande sex områden bedöms mest intressanta att samverka kring:

	Område	Prioriteras inte av
1.	Överförmyndare	Strömsund
2.	Löneadministration	Bräcke och Krokom
3.	IT-frågor/drift	Berg och Bräcke
4.	Telefoni/växel mm	Ragunda
5.	Kommunal juridik	Bräcke och Krokom
6.	Arkiv	Bräcke och Härjedalen

De områden som därefter är intressanta är energirådgivning och skuldsanering, men där är hälften eller mindre än hälften av kommunerna intresserade. Sammanställningen visar också att det inte finns något område där samtliga kommuner är prioriterar en samverkan. Några kommuner lyfter också fram områden, där övriga kommuner är mindre eller inte alls intresserade.

Av yttrande framgår dock att det "nätverkande" samarbetet som redan nu förekommer inom flera områden ytterligare kan utvecklas för att kunna ta vara på den samlade kompetensen som finns i kommunerna.

En samlad uppfattning från kommunerna för det fortsatta arbetet är att välja ut tre-fyra områden att gå vidare med. Det finns dessutom givetvis möjligheter för några kommuner (2-3 stycken) att hitta andra områden att samverka kring.

7.2.3 Övriga frågor i remissvaren.

[9] Se definition på sid 7

Kommunerna har svarat på de frågeställningar som ställdes i remissunderlaget på lite olika sätt och tyvärr har alla inte svarat direkt på frågorna utan vävt in "svaren" i ett allmänt resonemang. Det är därför svårt att få en fullständig uppfattning om var kommunerna står. Nedan redovisas svaren på fråga 2-7.

2 Vad är möjligt?

Allt är möjligt. Det gäller bara att komma överens om tagen. (Berg, Härjedalen)
Växel och överförmyndare (Bräcke)
Samarbete är möjligt men det måste utredas mer i detalj för att verkligen kunna säga att det är effektivt. Det måste ledas och drivas av "någon" i varje område. (Ragunda)

3 När är det möjligt?

Det ska göras i år. (Berg)
Innan formaliserade samarbeten kan startas behöver en kvalitetssäkring av underlagen göras. Innan ett samarbete kan etableras är det viktigt med ett ordentligt förarbete där medarbetare som berörs är delaktiga (Bräcke).
Det krävs en djupare och noggrannare analys (Härjedalen, Ragunda)
Efterhand (Strömsund)

4 Hur stort grepp ska tas – allt på en gång eller successivt?

Max tre områden och utse arbetsgrupp snarast (Berg)
Bedömningen är att det är bäst att låta ett formaliserat samarbete växa fram på ett område i taget (Bräcke)
Förslagsvis successivt (Härjedalen, Strömsund)
Tre till fyra områden bör prioriteras och väljas ut för vidare utredning om de framtida förutsättningarna för samverkan och samordning (Östersund)

5 Hur ser infrastrukturen ut – vilka möjligheter finns det för kommunikation mm beroende av var i länet en verksamhet placeras?

Beror på vad det blir för områden (Berg)
I Bräcke kommun finns goda kommunikationer med tre orter – Pilgrimstad, Gällö och Bräcke. I Pilgrimstad finns även lokaler att tillgå (Bräcke)
Samtliga områden kan lösas med hjälp av IT-teknik (Härjedalen)
Det bör kunna fungera och om behov finns så får vi se till att fungerar. (Ragunda)
Beträffande IT inga begränsningar. I övrigt försvåras mycket av de stora avstånden. (Strömsund)

6 Kan befintliga kommunalförbund och gemensam nämnd användas i befintlig form och/eller ombildas? Om ja, vilka områden kan då tillföras?

Nej (Berg)
Detta måste utredas ytterligare (Härjedalen)

Ja gemensam nämnd för upphandling finns redan och kan utvecklas. Om samverkan bara sker mellan vissa kommuner får organisationsformen regleras då. (Strömsund)

7 Tidplan och form för det fortsatta arbetet?

Prioritera tre områden och utse en arbetsgrupp snarast (Berg)
Fortsatt arbete bör ske i projektform med en tidplan som utarbetas inom projektet.
Kommunchefsgruppen = styrgrupp och en politisk referensgrupp bör utses (Härjedalen)
Styrgrupp från respektive kommun och arbetsområde utses. Processledare anställs under våren 2014 och personer inom varje kommun som skall driva processerna utses. (Ragunda).
Tre till fyra områden bör prioriteras och väljas ut för vidare utredning om förutsättningar för framtida samverkan och samordning (Östersund)

Bilagor

1. Faktamaterial per kommun
2. Faktamaterial – sammandrag
3. Nyckeltal
4. Kommunernas remissvar
5. Kommunernas prioriteringar – sammanfattning
6. Fakta kring prioriterade områden

FAKTAUNDERLAG "SUPERCENTRA"

BILAGA 1

2014-01-08

Löneadministration

Kommun	Berg	Bräcke	Härjedalen	Krokom	Ragunda	Strömsund	Åre	Östersund	Summa
Antal utbetalda löner	1 055	969	1 613	1 773	750	2 190	1 415	6 845	16 610
Antal tjänster	3,75	2,5	5,0	4,5	1,3	5,0	2,0	13,5	37,55
Antal löner per tjänst	281	388	323	394	577	438	708	507	442
Antal årsarbetare	661	649	850	1 266	532	1 264	830	4 501	10 553
Kostnad Tkr	1 802	1 385	3 220		510	3 152	1 600	9 800	21 469
IT-system	Aditro	Aditro	Aditro	Herona	Aditro	Aditro	Aditro	Herona	

Personaladministration

Kommun	Berg	Bräcke	Härjedalen	Krokom	Ragunda	Strömsund	Åre	Östersund	Summa
Antal tjänster	2,0	3,0	4,0	4,5	2,0	4,0	4,8	16,0	40,3
Kostnader FH	1 600	250	1 200		900	2 300	500	4 000	10 750
Total kostnad PA Tkr	3 413	1 640	3 060		3 700	5 300	2 000	10 000	29 113

Telefoni-växel-kundcentra/tjänst

Kommun	Berg	Bräcke	Härjedalen	Krokom	Ragunda	Strömsund	Åre	Östersund	Summa
Antal tjänster	1,50	1,25	2,00	2,80	2,14	3,75	3,00	15,00	31,44
Kostnad Tkr	1 538	1 325	2 155	2 926	1 994		1 300	9 800	21038,00
IT-system	Jamtnet	Jamtnet	Jamtnet	Jamtnet	Jamtnet	Jamtnet	Jamtnet		

Fakturahantering- statistk

Kommun	Berg	Bräcke	Härjedalen	Krokom	Ragunda	Strömsund	Åre	Östersund	Summa
Leverantörsfakturor	14 700	18 862	43 255	27 900	14 300	30 000	23 700	130 000	**302 717**
* varav e-fakt	0	7 167	22 652	2 400	0	11 000	0	45 000	**88 219**
* scanning	14 700	10 500	16 000	25 500	14 300	22 000	23 700	85 000	**211 700**
* egen regiER/entreprenadE	E	ER	ER	ER	E	ER	E	E	
Egna fakturor	29 000	23 144	88 522	22 000	36 500	50 000	45 400	150 000	**444 566**
varav e-faktura	2 900	0	9 000	1 300	0	30 000	0	23 000	**66 200**
Antal inkasso/krav	1 200	492	258	649	650	1 800	877	5 000	**10 926**

IT-frågor

Antal tjänster	6,0	5,5	9,0	6,0	5,3	7,0	6,8	12,0	57,6
Personalkostnad	2 145	3 102	4 200	3 900	2 400	3 170	3 212		22 129
Driftkostnad Tkr	2 751	3 286	3 200	9 100	2 200	1 427	3 371	33 000	58 335
Totalt	**4 896**	**6 388**	**7 400**	**13 000**	**4 600**	**4 597**	**6 583**	**33 000**	80 464
Datorarbetsplatser adm	400	645	300		150	502	486		2 483
Datorarbetsplatser övrigt	400	400	600		600	929	1 322		4 251
Antal servrar	**36**	**114**	**60**	**72**	**60**	**43**	**73**	**150**	**608**
*varav virituella	24	62	50		45	29	48		258
Antal system	60	34	60	23	27	66	61	80	411
Investeringsvolym per år Tkr	400	1 441	900	4 000	1 500	570	700	3 000	12 511
Köpta tjänster Tkr	140	180	265	1 165		300	265		2 315
IT-strategi, ADB-plan	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	
IT-strateg	it-chef	it-chef	it-chef	it-chef	ekonchef	it-chef	ekonch	it-strateg	
Support/helpdesk		ja	ja		ja	ja	ja	ja	

Kommunal juridik

Kommun	Berg	Bräcke	Härjedalen	Krokom	Ragunda	Strömsund	Åre	Östersund	
Antal tjänster	köp	köp	köp	köp	köp	köp	köp	3,0	3
Kostnad Tkr (exkl externa tjänster)								2 000	2 000
Externa tjänster Tkr	150	49		45		184		208	636

Arkiv

Kommun	Berg	Bräcke	Härjedalen	Krokom	Ragunda	Strömsund	Åre	Östersund	Summa
Antal tjänster	0,75	0,30	1,00	1,00	0,50	0,60	1,00	2,00	7,15
Arkivarie	ja	nej	nej	ja	nej	ja	ja	ja	
Kostnad Tkr	300	115	450	280	206	60	500	1 200	3 111

Finansieringsfrågor

Kommun	Berg	Bräcke	Härjedalen	Krokom	Ragunda	Strömsund	Åre	Östersund	Summa
Antal tjänster						0,1			
Kostnad Tkr						60			

Säkerhetsfrågor- krisberedskap

Kommun	Berg	Bräcke	Härjedalen	Krokom	Ragunda	Strömsund	Åre	Östersund	Summa
Antal tjänster	0,60	0,75	1,00	1,00	0,50	0,50	0,50	1,00	5,85

Försäkringsfrågor

Kommun	Berg	Bräcke	Härjedalen	Krokom	Ragunda	Strömsund	Åre	Östersund	Summa
Antal tjänster	0,05	0,25	0,05	0,05	0,05	0,1	0,1	0,8	1,45
Försäkringsmäklare	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	
Kostnad Tkr	30	112	72	82		39	60	120	515
Försäkringspremie	550	784	1 925	1 300	1 127	1 424	1 000	6 000	14 110

Samhällsbyggnad

Kommun	Berg	Bräcke	Härjedalen	Krokom	Ragunda	Strömsund	Åre	Östersund	Summa
Stads/planarkitekt	köp	köp	köp	ja	köp	köp	ja	ja	
Mark/exploateringskompetens	ja	?	ja	ja	?	?	ja	ja	

Överförmyndare

Kommun	Berg	Bräcke	Härjedalen	Krokom	Ragunda	Strömsund	Åre	Östersund	Summa
Antal tjänster	0,75	1,25	0,5	0,9	0,5	1,6	0,5	4,0	10,0
Antal Gode män	134	159	85		81	122	71		652
Antal huvudmmän	173	197	103		57	233	116		879
Överförmyndarnämnd	ja	ja	ja	ja	ja	nej	nej	nej	
Kostnad Tkr	800	1 000	571	1 400	746	1 328	1 087	2 400	9 332

Miljö- och livsmedelsinspektion

Kommun	Berg	Bräcke	Härjedalen	Krokom	Ragunda	Strömsund	Åre	Östersund	Summa
Antal tjänster	4,5	1,5	5,5	5,5	3,0	4,00	8,5	16,0	48,5
Tillsynsobjekt - Hälso	130	267	200	206	16	30	150		999
Miljöskydd	100	81	200	585	241	140	260		1 607
Livsmedel	185	141	300	240	92	216	350		1 524
Kostnad netto Tkr	340	1 362	2 425	1 068	2 685	1 640	2 130	10 200	21 850

Energirådgivning

Kommun	Berg	Bräcke	Härjedalen	Krokom	Ragunda	Strömsund	Åre	Östersund	Summa
Antal egna tjänster	0,5	0,5	0,5				0,4	0,5	2,4
Energikontoret	ja	nej	ja	ja	ja	ja	ja		
Kostnad Tkr	280		35				280		

Elevhälsa

Kommun	Berg	Bräcke	Härjedalen	Krokom	Ragunda	Strömsund	Åre	Östersund	Summa
Skolläkare	0,1	Köp	Köp	Köp	Köp	Köp	Köp	1,5	1,6
Skolsköterska	2,0	1,8	2,5	4,55	1,5	3,4	3,7	20,0	39,45
Kurator	1,0	1,0	1,75	2,95	1,0	3,0	3,0	14,0	27,7
Psykolog	köp	0,8	köp	1,0	Köp	Köp	1	5,5	8,3
Specialpedagog	2,5	1,0	4,0	3,6	2,8	7,0		5,5	26,4
Resursteam						13,4	2,6		16
S.a tjänster	**5,6**	**4,6**	**8,25**	**12,1**	**5,3**	**26,8**	**10,3**	**46,5**	**119,45**
Antal elever F-9	680	630	889	1870	500	1101	1118	5600	12388
Antal elever gymnasium	115	gymnförb	184	gymnförb	gymnförb	560	320	gymnförb	1179
Kostnad TKr	3 381		5 300	6 350	2 700	7 099	6 400	32 000	63230
Antal tj per 100 elever	8,5								
elever per pers gymn									

Studio och yrkesvägledning

Kommun	Berg	Bräcke	Härjedalen	Krokom	Ragunda	Strömsund	Åre	Östersund	Summa
SYV-konsulenter	1,7	1,3	2,0	3,0	0,4	1,5	2,2	3,0	15,1
Kostnad Tkr	453	750	1 050	1 280	200	630	1 019	1 800	7 182

Kommunernas prioritering

Bilaga 5

Kommun	Berg	Bräcke	Härjedalen	Krokom	Ragunda	Strömsund	Åre	Östersund	Totalt
Överförmyndare	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	1,0	5,0	5,0	**36,0**
Löneadministration	3,5	1,0	5,0	3,0	5,0	5,0	4,5	5,0	**32,0**
IT-frågor/drift	1,0	1,0	5,0	4,5	5,0	5,0	4,5	5,0	**31,0**
Telefoni-växel mm	5,0	5,0	5,0	3,5	1,0	3,0	3,5	3,0	**29,0**
Kommunal juridik	5,0	1,0	5,0	2,5	5,0	5,0	5,0	0,0	**28,5**
Arkiv	3,5	1,0	1,0	4,5	5,0	4,0	4,5	5,0	**28,5**
Energirådgivning	4,5	1,0	1,0	4,5	1,0	5,0	4,5	1,0	**22,5**
Skuldsanering	3,0	1,0	1,0	1,0	5,0	5,0	5,0	1,0	**22,0**
Fakturahantering	4,5	1,0	1,0	3,5	1,0	4,5	1,0	3,0	**19,5**
Skolpsykolog, läkare	4,5	1,0	1,0	5,0	1,0	4,0	1,5	1,0	**19,0**
Säkerhetsfrågor	1,0	1,0	1,0	4,5	1,0	4,0	2,5	1,0	**16,0**
Socialjour	1,0	1,0	1,0	1,0	5,0	1,0	5,0	1,0	**16,0**
Försäkringsfrågor	1,0	1,0	1,0	2,5	1,0	4,5	2,5	1,0	**14,5**
PUL-ombud	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	5,0	1,0	1,0	**12,0**
Samiska frågor	1,0	1,0	5,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	**12,0**
Upphandling behandlhem	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	5,0	1,0	1,0	**12,0**
Spetskompetens EU-frågor	1,0	1,0	5,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	**12,0**
VA/Rnehållning	1,0	1,0	1,0	5,0	1,0	1,0	1,0	1,0	**12,0**
Modersmål (hemspråk)	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	5,0	1,0	1,0	**12,0**
PUL-ombud	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	5,0	1,0	1,0	**12,0**
Upphandlingsfrågor	1,0	5,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	**12,0**
Samhällsbyggnad	3,5	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,5	1,0	**11,0**
Lärartjänster legitimationsproblematiken	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	4,0	1,0	1,0	**11,0**
Konsumentvägledning	3,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	**10,0**
Alkoholhandläggning	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	3,0	1,0	1,0	**10,0**
Miljö- och livsmedelsinsp	1,0	1,0	1,0	1,5	1,0	1,0	1,5	1,0	**9,0**
Personaladministration	1,0	1,0	1,0	1,5	1,0	1,0	1,5	1,0	**9,0**
Studie- och yrkkesv.	1,0	1,0	1,0	1,5	1,0	1,0	1,0	1,0	**8,5**
Finansieringsfrågor	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	**8,0**

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

2017-02-21

PM Gemensam nämnd

Regelverk

Gemensam nämnd

Gemensam nämnd reglera i kommunallagen (KL).

Enligt 3 kap. 3 § KL ska fullmäktige tillsätta de nämnder som utöver styrelsen behövs för att fullgöra kommunens eller landstingets uppgifter enligt särskilda författningar och för verksamheten i övrigt.

Enligt 3 kap. 3 a § KL får kommuner och landsting genom en gemensam nämnd fullgöra uppgifter enligt 3 §.

En gemensam nämnd får fullgöra uppgifter för vilka det enligt särskilda författningar skall finnas en eller flera nämnder i varje kommun eller landsting. Sådana uppgifter som kommun- eller landstingsstyrelsen har vid höjd beredskap enligt lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap får dock inte fullgöras av en gemensam nämnd. Särskilda bestämmelser om gemensam nämnd finns i lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.

En gemensam nämnd tillsätts i någon av de samverkande kommunerna eller landstingen och ingår i denna kommuns eller detta landstings organisation.

Enligt 3 kap. 3 b § KL gäller vad som gäller för en nämnd enligt kommunallagen, om inget annat sägs, även en gemensam nämnd.

Enligt 3 kap. 3 c § KL ska en gemensam nämnds behörighet och befogenhet närmare preciseras i en överenskommelse mellan de berörda kommunerna och landstingen.

Avtal

Avtal regleras av avtalslagen. Avtalslagen tillämpas i den mån inget annat avtalats. Kommunallagen begränsar kommunernas och landstingens möjligheter till att använda avtal full ut.

Frågeställningar

Hur uppnå

1. En gemensam nämnd med alla åtta kommuner och RJH för IT-samarbete inom de tre områden som Kite-projektet specificerat (Kompetens, IT-drift, e-förvaltning), som ska vara sån att varje medlem själv väljer vilka delar man vill ha hjälp av den gemensamma nämnden med – d v s plocka russin ur kakan,
   och vara laglig ur konkurrenssynpunkt vilket kanske innebär att den gemensamma nämnden inte själv utför utan upphandlar å sina medlemmars vägnar och
   det ska vara möjligt att börja med bara någon enstaka del, men successivt "köpa in sig" på mer och mer stöd från den gemensamma nämnden

Gemensam nämnd

Gemensam nämnd kan användas för samarbeten mellan kommuner och landsting. En förutsättning är att nämndens verksamhet är kompetensenlig för samtliga kommuner och landsting som ingår i nämnden. Kompetensfrågan avgörs utifrån de uppgifter som nämnden har.

Nämndens uppgifter formuleras av fullmäktigena i de kommuner och landsting som är medlemmar i nämnden. Uppdraget måste formuleras på ett så tydligt sätt att nämnden vet vad den har för uppdrag.

Nämnden ska bedriva sin verksamhet utifrån det uppdrag som den fått av fullmäktigena och som har beskrivits i nämndens reglemente. Nämnden fattar beslut om sin verksamhet inom ramen för detta. Medlemmarna och värdkommunen kan inte påverka detta på annat sätt än vad gäller en vanlig nämnd, d v s med fullmäktigebeslut om ändringar i regementet. Nämnden och nämndens ledamöter ansvarsprövas av var och en av medlemmarnas fullmäktige.

Nämndens uppdrag och omfattning preciseras i ett avtal mellan de kommuner och landsting som ingår i nämnden. I avtalet ska också regleras hur nämndens verksamhet ska finansieras. Där ska också regleras vilken kommun eller landsting som ska vara värd för nämnden.

Att tillhandahålla kompetens, IT-drift, e-förvaltningstjänster till den egna verksamheten (interna tjänster) är kompetensenligt för var och en av kommunerna och för landstinget och det är, enligt min bedömning, fråga om samma kompetens. Det är därför möjligt att lägga det i en gemensam nämnd.

När det gäller tjänster som tillhandahålls kommunmedlemmarna för man bedöma kompetensen utifrån den aktuella tjänsten.

Nämndens uppdrag måste preciseras i avtalet och reglementet på ett sådant sätt att det går att utläsa omfattningen och gränserna för nämndens verksamhet. Det går att formulera uppdraget så att medlemmarna kan ”köpa” tjänster av nämnden inom nämndens uppdrag.

Varje ändring i nämndens uppdrag kräver fullmäktigebeslut i alla medlemskommunerna. Det är därför viktigt att beskriva nämndens uppdrag så förutseende som möjligt för att undvika en nya beslutsomgångar.

Finansieringen av nämndens kan ske på olika sätt och ska regleras i avtalet. Det är stor frihet att bestämma formerna för detta och det går bra att finansiering sker genom betalning för utförda tjänster.

Avtal

2. Samverkan inom andra områden - helst utan att behöva gå via gemensam nämndkonstruktion. Kan det göras med avtal mellan de som t ex vill samarbeta kring lönehantering eller fakturahantering - jfr tjänsteköp hemsjukvård.

Alternativa samverkansformer är s k interkommunala avtal. Avtalet har den begränsningen att det är avtalet som reglerar förhållandet mellan kommunerna och det är den utförande partens beslutsapparat som används. Delegering av beslutsrätt mellan avtalsparterna är inte möjligt. Däremot kan avtalsparterna personal användas om det avtalats.
Lokaliseringsprincipen kan ställa till hinder då kommuner är begränsade till att verka inom sitt område.

I en gemensam nämnd är det nämndens verksamhet som utövas. Den kan utövas med personal från medlemmarna och den kan verka med personal mellan medlemmarna. Det är sammantaget mer fördelaktigt att bedriva verksamheten i gemensam nämnd.

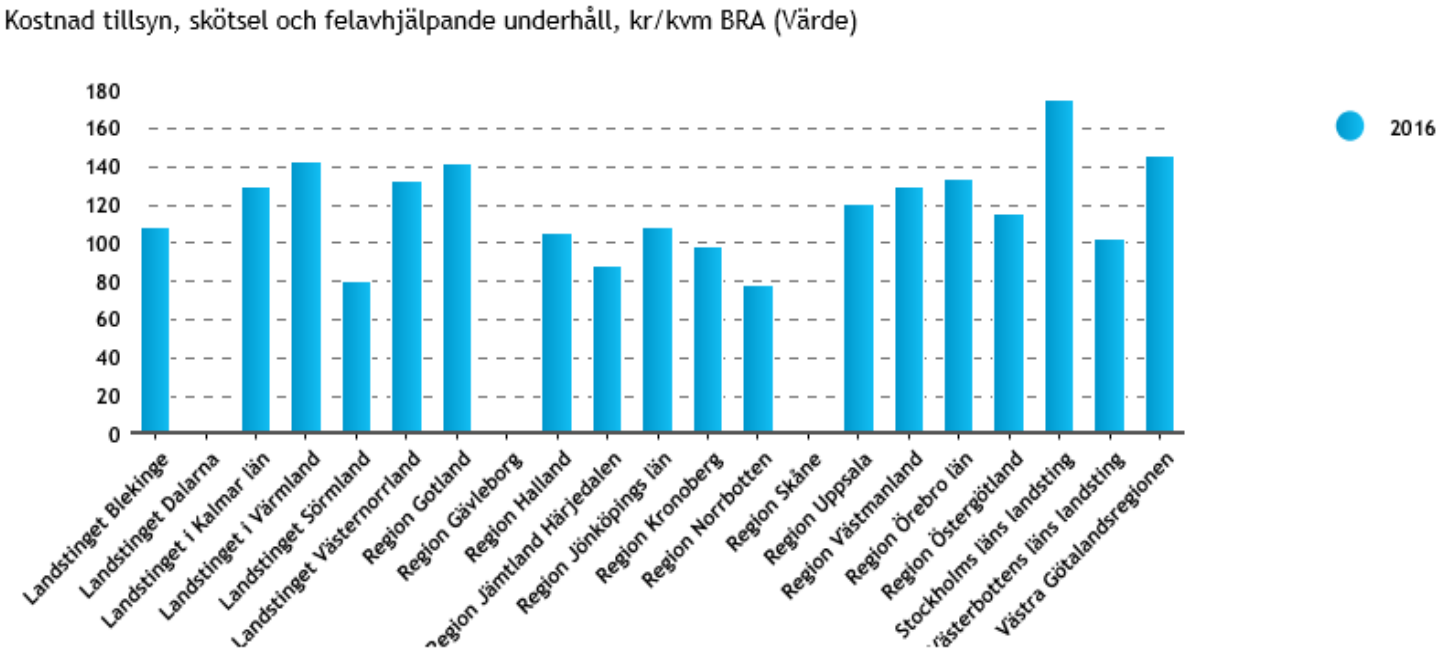
Antal nämnder

3. En eller flera nämnder. Hur bör man tänka - utöka IT-nämnden eller egen gemensam nämnd för samverkan?

Varje ny nämnd är förenade med grundkostnader för administration. Det är därför en fördel med få nämnder. Med tanke på att det är samverkan kring interna funktioner bör det inte vara någon nackdel med en nämnd.

Hämtat från Kommun- och landstingsdatabasen KOLADA

Avser år 2016. Fastighetsdriften har den 3e lägsta kostanden för alla landsting och regioner. Att betänka är att Region Jämtland Härjedalens mesta fastighetsbestånd är från slutet av 70-talet med de låga krav på energiprestanda som gällde då.



Decentralisering ger Sveriges mest effektiva drift

Jämtlands läns landsting har den lägsta driftskostnaden av alla landsting i Sverige. Anledningen till detta är lika enkel som genial. Snabba ledtider och hög grad av självbestämmanderätt gör att landstingets egen teknikgrupp har järnkoll på hur driften ska organiseras.

Enligt en färsk utredning från SKL (Sveriges kommuner och landsting) så ligger Jämtlands län i topp när det gäller effektiv fastighetsdrift. Det framgångsrika arbetssättet har till och med gett upphov till epitetet "Jämtlandsmodellen". Anledningen till detta är enligt SKL "en pragmatisk och lokalt anpassad syn på hur driften ska organiseras och ledas, och på vad som ska göras i egen regi respektive köpas." Bakgrunden till att Jämtland sticker ut i statistiken stavas stark decentralisering. Här finns ingen daglig chef i formell mening, istället bedömer teknikerna själva när och hur ett arbete ska utföras, och man har också eget kostnadsställeansvar genom sina gruppsamordnare.

De två teknikgrupperna jobbar aktivt på golvet, personalen känner fastigheterna utan och innan - de flesta av de sex elteknikerna och de sju vvs-teknikerna har arbetat länge på Östersunds sjukhus.

Vid arbetstoppar kallas avtalsentreprenörer in för att täcka upp, och här kan en enskild tekniker själv göra avrop direkt till entreprenören. Detta medför korta beställningstider, enkel kommunikation och nästintill omedelbar uppföljning av utfört arbete.

Landstingets egen fastighetsenhet anser att modellen skapar ett bra arbetsklimat, både för tekniker och avtalsentreprenörer. Det leder bland annat till att teknikerna känner ansvar för "sina fastigheter", de arbetar hela tiden preventivt för att säkra driften och förebygga fel.

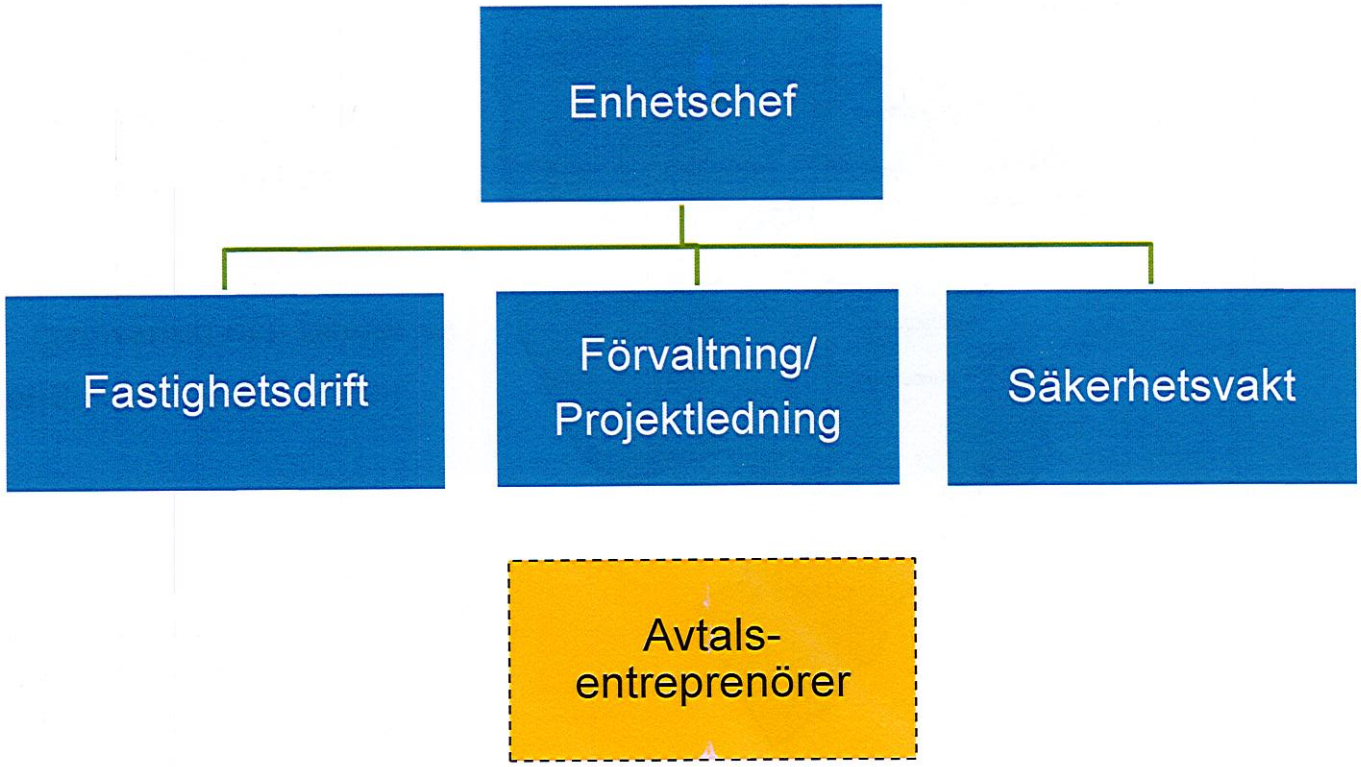
- Sedan vi skapade den här organisationen för fem, sex år sedan så har den varit både hållbar och framgångsrik. Nyckeln i den här modellen är uppföljning samt konkreta och nåbara mål — det får inte vara för abstrakt. Samt att teknikerna, det vill säga experterna själva, avropar tjänster direkt av avtalsentreprenörerna, utan några mellanhänder. De kan direkt bedöma om fakturan de får är rimlig eller ej — både tekniskt och tidsmässigt. Sedan har vi ju oerhört mycket kreativitet och vilja till eget ansvar i gruppen, det har vi tagit tillvara på, säger Keneth Westlund, driftchef vid Landstingsservice.

- En av fallgroparna som jag kan se med modellen är att du slår dig till ro och bara blir beställare, därför är det viktigt med uppföljningen, att hålla koll på om beställningarna ökar. Vi har inte sett några sådana tendenser här — vi ser tvärtom att våra grupper har en stor kostnadsmedvetenhet, säger Keneth Westlund.

- Och vi ska fortsätta att ligga bland de bästa i landet när det gäller kostnadseffektivitet, avslutar Marlene Brännlund, Ekonom för bland annat Landstingsservice.

Här kan du läsa mer, samt beställa skriften.

Fastighetsenheten



Fastighetsdrift och avfallshantering i topp

Personalen på Östersunds sjukhus är mycket nöjda med fastighetsskötseln och avfallshanteringen. Det visar en stor undersökning som gjorts för att jämföra kvaliteten på den interna servicen i landstingen.

I undersökningen deltog 17 landsting med sammanlagt 45 sjukhus. Totalt jämfördes åtta kategorier. Östersunds sjukhus deltog i avfallshantering, fastighetsdrift, lokalvård och textilhantering. Övriga kategorier var materialförsörjning, patientkost, patienttransporter och posthantering. I jämförelserna vägdes kostnadseffektivitet, brukarnas nöjdhet samt servicenivån samman.

– Förutsättningarna och resurserna skiljer sig ju mellan landstingen, men det här är ändå ett bra riktmärke på hur vi ligger till och om vi är på rätt väg. Resultatet ska vi använda som en del i vårt löpande arbete med att förbättra servicen, säger Jonas Törngren som är chef för Centrum för diagnostik, teknik och service.

Effektivitet och nöjdhet hand i hand

I fastighetsdrift fick Östersunds sjukhus högst totalsumma och rankas alltså på första plats. Frågorna gällde hur nöjda personalen är med bemötandet från driftpersonalen, kontaktvägar för felanmälningar, inställelsetider, kvaliteten på arbetet och den återkoppling man fick.

– Sedan några år jobbar vi utifrån ”Jämtlandsmodellen” som vi har skapat. Den grundar sig på decentralisering i och med att de flesta besluten om när och hur fastighetsarbeten ska utföras fattas direkt av teknikerna ute i verksamheten. De har också eget budgetansvar. Dessutom är noggrann uppföljning och förbättring viktiga framgångsfaktorer, säger Keneth Westlund, driftchef på Fastighetsenheten.

– Även i andra undersökningar har vår fastighetsdrift fått goda betyg. I resultatet från den aktuella jämförelsen ser vi nu ytterligare en bekräftelse på att vi har ett hållbart, framgångsrikt, arbetssätt. Det ska vi så klart måna om och fortsätta utveckla, säger Keneth Westlund.

– För övrigt är fastighetsdriften på sjukhuset kostnadseffektiv. Vi har cirka 8,5 miljoner kronor mindre i kostnader per år jämfört med snittlandstingets sjukhus räknat i kr/m2, säger Jonas Törngren och tillägger:

– De siffrorna kommer visserligen också från en annan undersökning, men tillsammans med resultatet av den här senaste jämförelsen kan vi dra slutsatsen att nöjda kunder inte behöver innebära högre kostnader, utan tvärtom att effektivitet och nöjda kunder kan gå hand i hand.

Ständiga förbättringar i tankarna

Dessutom var Östersunds sjukhus, i jämförelsen, näst bäst på avfallshantering. Personalen är mycket nöjd med tillgången till miljörum/uppsamlingsplatser och även med den vårdnära källsorteringen på sin egen avdelning/mottagning.

– Resultatet visar att vi har en hög servicenivå. Det beror på att vaktmästarna i stor utsträckning hämtar avfallet direkt på avdelningarna, och i praktiken har vi visserligen inget alternativ eftersom sjukhuset inte har inbyggda sopnedkast, säger Fredrik Eriksson, enhetschef inom Reception och inre service

– När det gäller kostnaderna för hanteringen ligger vi på en godtagbar medelnivå, men vi ska så klart ändå se över vårt arbetssätt för att undersöka om vi kan effektivisera och förbättra det, säger Fredrik Eriksson.

I kategorin lokalvård placerade sig Östersunds sjukhus i mellanskiktet medan det för textilhantering blev en bottenplacering i undersökningen.

– Personalen är missnöjd över att det inte finns tillräckligt mycket arbetskläder. Det beror dels på leveransproblem och dels att en av de två utlämningsautomaterna har varit trasig en tid. Det är snart dags för en ny upphandling och då tar vi med oss det här i tankarna, konstaterar Jonas Törngren.

Om undersökningen

Den genomfördes av Ernst & Young på uppdrag av nätverket Best Service som består av servicecheferna vid 17 av Sveriges 20 landsting/regioner. Liknande undersökningar har gjorts sedan hösten 2010 och detta har blivit det troligen största så kallade benchmarking-programmet för servicetjänster i Sverige. Resultaten i 2013 års rapport baserar sig på uppgifter som samlades in under år 2012.

Mer om Jämtlandsmodellen finns att läsa här:

Decentralisering ger Sveriges mest effektiva drift

Text: Linda Henriksson

Dela:

- Dela på Facebook
- Dela på LinkedIn
- Dela på Google+
- Dela via email

24

Resultatförbättrande åtgärder 2018-2020 – Uppdrag att skapa samverkansmöjligheter inom den laboratoriemedicinska verksamheten

RS/1009/2017

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Tjänsteskrivelse
(Regionstyrelsen)

2017-05-10

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

RS/1009/2017

Resultatförbättrande åtgärder 2018-2020 – Uppdrag att skapa samverkansmöjligheter inom den laboratoriemedicinska verksamheten

Ärendebeskrivning

Samverkan inom laboratorieområdet mellan norrlandstingen startade 2011. En rapport presenterades 2012 som visar på vilka utmaningar laboratoriemedicin har och vilka samverkansmöjligheter som finns. Dock var inte alla fyra landstingen intresserade av en fortsättning inom hela det laboratoriemedicinska området då, utan samarbetet inom patologi prioriterades.

2015-06-10 presenterades en rapport om patologisamarbetet och då beslutades också att fortsatt arbetet inom patologin sker inom ramen för RCC Norr.

Hösten 2015 diskuterades åter samverkan inom laboratoriemedicin. Chefssamrådet ser vissa möjligheter till samverkan, men ser inget behov av strukturerat samverkansprojekt utan vill arbeta vidare med styckefrågor.

När regionstyrelsen i januari efterfrågade ytterligare förslag på resultatförbättrande åtgärder svarade regiondirektören i februari med förslag om fördjupad samverkan inom laboratoriemedicin. Regionstyrelsen godkände i mars detta förslag och ville till i maj få fördjupning och tidplan för arbetet inom detta område.

Fråga om samverkan med de andra norrlandstingen är ställd specifikt till Västerbottens läns landsting som svarat positivt på samverkan. Frågan har också ställts till alla fyra inom ramen för samarbetet inom NRF där är svaret är att bjuda in chefssamråden för laboratoriemedicin för ett sonderande samtal.

Tidplan för arbetet är svår att uppskatta eftersom det kommer att påverkas av intresset från de andra landstingen. Återrapportering till regionstyrelsen i december 2017 är därmed lämpligt.

Regiondirektörens förslag

1. Vidtagna åtgärder och förslag om att fortsätta fördjupa samverkan med ett eller flera av norrlandstingen inom laboratoriemedicin godkänns.

2. Återrapportering ska ske till regionstyrelsen i december 2017.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Örjan Strömqvist
Chef Område teknik, diagnostik och service

Utdrag till

Chef Område teknik, diagnostik och service

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

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

2017-05-07

RS/1009/2017

Bakgrund och nuläge angående laboratoriemedicin i Norr

Chefssamrådet för laboratoriemedicin redovisade juni 2012 en rapport (se särskild bilaga). I rapporten står bl a ” Alla ansvariga för den laboratoriemedicinska verksamheten i Norra regionen, förutom verksamhetschefen för laboratoriemedicin i Västernorrland, är i dag övertygade om att vi måste skapa en gemensam laboratoriemedicinsk organisation för norra regionen för att klara vårt framtida uppdrag avseende infrastruktur för likvärdig vård, kompetensförsörjning inklusive behov av medicinsk subspecialisering, utveckling av nya analyser/diagnostik och övriga tjänster, volymökning, konkurrens och infrastruktur för forskning.”

Vidare presenteras i rapporten följande:

”5.3.1 ”Vinster” i ett första steg

Driftsättning av ”laboratoriemedicin Norr” möjliggör i ett första steg gemensamt nyttjande och/eller gemensam hantering av ett antal parametrar/funktioner som totalt medför minskade kostnader. Vår bedömning är att dessa kostnadsfrigörande aktiviteter kan ske under den första 3-årsperioden. De representeras av:

- TBK (teknisk biokemisk funktion) för produktion av medier, in-housereagenser etc.
- Stabsfunktioner (HR, administration, ekonomi, IT, kvalitet, transport etc.)
- Upphandling av standardiserad utrustning och reagenser
- Upphandling/utveckling och support av LIMS-system (laboratory information management system = laboratoriedatasystem)
- Gemensam hantering av externa kontroller (regionala masterinstrument)
- Upphandling av analyser/diagnostik som inte görs i Norra regionen.
- Hemtagning ur ett regionperspektiv (krav på elektronisk hantering med RoS ((Remiss och Svar))
- Gemensam hantering av icke akuta analyser där svarstider tydligt kan kortas (sällananalyser i batch)
- Instrument som kan konsolideras till en regionpunkt (exempelviss allergidiagnostik)
- Administration och drift av biobanker och vävnadsinrättningar

5.3.2 Möjligheter i ett längre perspektiv

Långsiktigt är det ett antal faktorer som styr i vilken utsträckning kostnadsutrymme kan frigöras för att utveckla verksamheten med avsikt att möta expanderande behov av laboratoriemedicinska tjänster. Grundläggande faktorer är:

- Principstruktur för hur ett ”laboratoriemedicin Norr” är organiserat
- Förmåga att förstå vårdprocesser och hur de utvecklas med avseende på att öka värdet för patienthandläggning och hur analyser/diagnostik/övriga tjänster som produceras av laboratoriemedicin bidrar till denna värdeökning
- Förmåga att designa preanalys-, analys- och postanalytiska processer följt av förmåga att utveckla effektiva laboratorieprocesser
- Förmåga att nyttja och utveckla goda idéer/resultat i utveckling av laboratorieprocesserna och att bredda/generalisera/standardisera effektiva, säkra, kvalitets- och värdehöjande arbetssätt.
- Förmåga att nyttja ny teknik för att effektivisera laboratorieprocesserna
- Kompetenstillgång (främst BMA och medicinska specialister)
- Förmåga att samordna analyser/diagnostik/övriga tjänster till regiongemensamma funktioner ur perspektiven ökat värde och/eller lägre kostnad.

Betydelsen att skapa ”laboratoriemedicin Norr” ligger dels i möjligheten att ta till vara och generalisera/standardisera effektiva arbetssätt ur ett regionperspektiv (bilaga 14), dels i möjligheten att samordna analyser/diagnostik/övriga tjänster till regiongemensamma funktioner. Båda dessa kommer att vara ett måste för att klara morgondagens åtagande med lägre tillgång av BMA. ”

Norrlandstingens Regionförbunds direktion beslutade 2012-12-05

§ 70 Samverkan inom området laboratoriemedicin

Bemanningssituationen inom laboratoriemedicin i regionen har under flera år varit ytterst ansträngd. Såväl pensionsavgångar som den snabba medicinska utvecklingen inom området diagnostik gör situationen bekymmersam. Chefsamrådet för laboratoriemedicin har rapporterat om den besvärliga situationen och representanterna för tre av landstingen har föreslagit att man skulle belysa möjligheter att lösningar. Västernorrlands representant för laboratoriemedicin förordar inte ett samarbete. Västernorrland är dock intresserade av samarbete inom patologidelen. Beredningsgruppen har bett chefsamrådet göra en första utredning av möjligheterna till samverkan vad gäller laboratoriemedicin i norra regionen.

Det underlag chefsamrådet hittills har presenterat för beredningsgruppen visar på vissa möjligheter att genom samordning förbättra situationen. Flera frågor återstår dock att belysa.

Förbundsdirektionen beslutade 2012-05-22 § 33 att ge förbundsdirektören i uppdrag att återkomma med ett bearbetat förslag till Förbundsdirektionen i september. Förslaget var vid det tillfället inte färdigberett, men eftersom samarbete brådskar framför allt vad gäller patologi har landstingsdirektörerna tillstyrkt att en förstudie genomförs, enligt bilagt förslag. Förstudien skall visa på de mest omedelbara åtgärder som behövs i form av samverkan. Förslaget framgår av bilaga 70.

Förbundsdirektionen beslutar

att godkänna informationen.

2015-03-20 diskuterade NRFs beredningsgrupp åter samverkan inom laboratoriemedicin:

§ 76 Samverkan inom laboratoriemedicin

Förbundsdirektionen har utifrån en rapport från chefsamrådet för laboratoriemedicin (bilaga 76) om behovet av samverkan för att klara kvalitet och kompetensförsörjning, gett i uppdrag att gå vidare med samverkan inom laboratoriemedicin. För denna samverkan bildades i mars 2013 en styrgrupp med två representanter vardera från respektive landsting. Styrgruppen beslöt att inleda arbetet inom området patologi.

Styrgruppen har nu konstaterat att det är lämpligt att ta upp andra områden inom laboratoriemedicin för samverkansdikussioner och menar att chefsamrådet i laboratoriemedicin bör få i uppdrag att föreslå inom vilka områden samverkan är mest angelägen.

Beredningsgruppen beslutar

att ge chefsamrådet i laboratoriemedicin i uppdrag att med beaktande av rapporten från 2012 ge förslag på inom vilka områden samverkan bör fördjupas i första hand. Förslaget bör lämnas till 2015-05-30.

2015-06-10 återrapporteras till NRFs beredningsgrupp angående samverkan för patologiverksamheten (se särskild bilaga):

§ 148 Redovisning av samverkansprojekt inom laboratoriemedicin patologi
(Dnr 101/15)

Chefsamrådet för laboratoriemedicin presenterade hösten 2012 en rapport som pekade på en uttalad kapacitetsbrist och allvarliga problem med kompetensförsörjningen inom Laboratoriemedicin vilket, förutom en hög arbetsbelastning, ger konsekvenser för remitterande kliniker i form av långa svarstider och därmed fördröjningar i diagnossättning och vård.
Förbundsdirektionen för Norrlandstingens regionförbund beslutade 2012-12-05 § 70, om ett uppdrag att samverka inom regionen för bättre kompetensförsörjning inom Laboratoriemedicin med syfte att uppnå:

- Likvärdig vård (med hög kvalité och hög patientsäkerhet)
- Kompetensutveckling
- Produktionsmål – ökade krav på större produktionsvolymer, tillkomst av nya metoder, ökad komplexitet, oförändrat kostnadsutrymme och ökad konkurrensutsättning
- Bättre förutsättningar för klinisk forskning

En styrgrupp med företrädare för ledningen i landstingen/regionen bildades 2013. I arbetets inledning beslutade styrgruppen att en avgränsning av samverkansområdet laboratoriemedicin var nödvändig och valde då att börja med området patologi, eftersom kompetensförsörjnings-läget där kunde bedömas som särskilt allvarlig. Styrgruppen angav också tidigt i projektet att pilotområden lämpligen valdes inom cancervården för att ta tillvara de underlag/analyser som gjorts inom RCC Norr.

Ett utkast till delredovisning av projektet framgår av bilaga 148. Styrgruppen för projektet behandlar den 2015-06-16.

Beredningsgruppen beslutar

att notera informationen.

I denna rapport om patologin sägs följande om fortsatt arbetet:

Samverkansprojektets fortsatta organisering
Det fortsatta samverkansarbetet sker fr.o.m. 1 september 2015 som ett projekt inom ramen för RCC Norr. Detta motiveras av att utvecklingen av arbetsprocesser inom patologin i första hand ska ske inom de områden som är valda för standardiserade vårdförlopp inom cancervården. Med en sådan organisering kan också andra synergier tillvaratas.
RCC Norr styrgrupp blir styrgrupp för projektet. Projektkoordinator blir liksom tidigare, memeolog Helena Teglund. Projektgruppen utgörs av verksamhetschefer för patologi.

NRFs beredningsgruppen har åter laboratoriemedicin uppe till diskussion 2015-11-05

§ 218 Fortsatt samverkan inom laboratoriemedicin (Dnr 150/14)

Förbundsdirektionen har utifrån en rapport från chefsamrådet för laboratoriemedicin om behovet av samverkan för att klara kvalitet och kompetensförsörjning, gett i uppdrag att gå vidare med samverkan inom laboratoriemedicin. För denna samverkan bildades i mars 2013 en styrgrupp med två representanter vardera från respektive landsting. Styrgruppen beslöt att inleda arbetet inom området patologi. En delrapport har för denna del av samverksamprojektet presenterats för förbundsdirektionen 2015-08-28.

Styrgruppen för patologidelen av projektet konstaterade i mars 2015 att det är lämpligt att ta upp andra områden inom laboratoriemedicin för samverkansdiskussioner och menade att chefsamrådet i laboratoriemedicin borde få i uppdrag att föreslå inom vilka områden samverkan är mest angelägen.

Beredningsgruppen beslöt vid sitt sammanträde 2015-03-20 §76, att ge chefsamrådet i laboratoriemedicin i uppdrag att med beaktande av rapporten från 2012 ge förslag på inom vilka områden samverkan bör fördjupas i första hand. Förslaget borde lämnas till 2015-05-30.

Chefsamrådet i labratoriemedicin har sedan dess blivit inställt vid två tillfällen till följd av sjukdom. Förbundsdirektören informerar från chefsamrådets möte 2015-11-03 att chefsamrådet ser vissa möjliga konkreta samverkansområden som skulle kunna diskuteras vidare. Man ser inte behov av något strukturerat samverkansprojekt utan vill arbeta med styckefrågor. Chefsamrådet lyfter också behovet av att på regional nivå skapa en samsyn från remittenter om hur diagnostik ska genomföras, bl a med hänsyn tagen till vilken bemanning som finns i laboratorierna vissa tider på dygnet. Förbundsdirektören stämmer av den slutliga summeringen av mötet med sammankallande för chefsamrådet.

Beredningsgruppen beslutar

att notera informationen.

Efter detta har NRFs beredningsgrupp inte diskuterat frågan vidare – förrän nu våren 2017 när Region Jämtland Härjedalens representant fråga om intresse att se om samverkan återigen skulle kunna aktualiseras med fördjupad intensitet. Detta skedde vid beredningsgruppens möte 20170425:

§ 118 Övriga frågor

Samverkansmöjligheter laboratoriemedicin i norra sjukvårdsregionen
Ingela Jönsson lyfte ett ärende att hon fått i uppdrag att komma med åtgärdsförslag vad gäller samverkansmöjligheter inom laboratoriemedicin. Det förslag som föreligger är att fortsatt driva och framför allt intensifiera arbetet med att tillskapa samverkansmöjligheter inom den laboratoriemedicinska verksamheten med övriga landsting/regioner i norr. Detta kan ske såväl med samtliga som inledningsvis med ett landsting/region.

Detta skulle innebära en önskan om att antingen skaka liv i labmedicin Norr-projektet som vi har sovande och bara agerat delvis på eller att Region Jämtland Härjedalen går vidare i bilateral form i en diskussion/utredning tillsammans med Västerbotten som RJH redan har samarbetsavtal inom labområdet med.

Under överläggningarna framkommer att Ingela Jönsson varit i kontakt med Jan Eriksson och ställt frågan om VLL är intresserade av ett gemensamt samtal och bjuda in LVN och NLL. De har överenskommit att på initiativ från Region Jämtland Härjedalen bjuda in chefsamråden för laboratoriemedicin för ett sonderande samtal.

Beredningsgruppen beslutade

att avvakta utfallet utifrån dessa diskussioner; samt

att i övrigt notera informationen.

I tjänsten
Ingela Jönsson

LABORATORIEMEDICIN NORR ?

Norrlandstingens regionförbund

2012 06 01

Innehållsförteckning

1. Bakgrund
   - 1.1. Infrastruktur för direkt patienthandläggande verksamhet
   - 1.2. Kompetensförsörjning
   - 1.3. Produktion/kostnad (produktivitet) och konkurrens
   - 1.4. Klinisk forskning
2. Uppdrag
3. Syfte
   - 3.1. Likvärdig vård
     - 3.1.1. Utveckla/säkra infrastruktur för likvärdig beställning, tillgänglighet och säkerhet av diagnostik för all patienthandläggning i Norra regionen
   - 3.2. Kompetensförsörjning
     - 3.2.1. Utveckla/säkra medicinsk kompetens inklusive behov av subspecialisering
     - 3.2.2. Förbättra kompetensförsörjning av biomedicinska analytiker (BMA)
     - 3.2.3. Utveckla laboratoriehantering/processer för att säkra verksamheten vid minskad tillgång på biomedicinska analytiker
   - 3.3. Ekonomi
     - 3.3.1. Förbättra produktivitet och konkurrensförmåga
   - 3.4. Forskning
     - 3.4.1. Utveckla möjligheterna till klinisk forskning
4. Förutsättningar
   - 4.1. Grundläggande inställning
   - 4.2. Ekonomi (produktion/kostnader)
   - 4.3. Kompetensförsörjning/bemanning
   - 4.4. Organisation
   - 4.5. IT-infrastruktur
   - 4.6. Transporter
5. Aktiviteter/steg/effekter
   - 5.1. Infrastruktur för patienthandläggning (vård och behandling)
     - 5.1.1. Öka förståelse för vårdkedjor/vårdprocesser
     - 5.1.2. Utveckla standardisering
     - 5.1.3. Driftsätt gemensam analys- och tjänstekatalog
     - 5.1.4. Driftsätt gemensamt elektroniskt remiss- och svarssystem (RoS)
     - 5.1.5. Utveckla nödvändig IT-infrastruktur
     - 5.1.6. Utveckla nödvändiga transportfunktioner
   - 5.2. Kompetensförsörjning
     - 5.2.1. Medicinsk kompetens
       - 5.2.1.1.Kliniska patologer
       - 5.2.1.2.Övriga medicinska specialiteter
     - 5.2.2. Teknisk kompetens
       - 5.2.2.1.Biomedicinska analytiker
       - 5.2.2.2.Övriga personalkategorier
   - 5.3. Ekonomi
     - 5.3.1. ”Vinster” i ett första steg
     - 5.3.2. Möjligheter i ett längre perspektiv
   - 5.4. Forskning
     - 5.4.1. Klinisk biologisk och mikrobiologisk forskning
     - 5.4.2. Infrastruktur för direkt patientrelaterad forskning
6. Organisation
7. Fortsättning

1 Bakgrund

Laboratoriemedicin inom Norra sjukvårdsregionen omfattar de medicinska specialiteterna klinisk genetik, klinisk kemi, klinisk mikrobiologi, klinisk patologi samt klinisk immunologi och transfusionsmedicin. Verksamheten bedrivs patientnära (exempelvis vid vård/hälsocentraler), vid länsdelssjukhusen (främst klinisk kemi och transfusionsmedicin), vid länssjukhusen (samtliga specialiteter utom klinisk genetik) och vid universitetssjukhuset i Umeå (utöver länsfunktion även klinisk genetik och specialfunktioner för samtliga medicinska specialiteter). Se även bilaga 1 och bilaga 2.
Verksamheten är idag länsvis organiserad utifrån perspektivet laboratoriemedicin förutom inom LVN där klinisk patologi ligger utanför övriga funktioner inom Laboratoriemedicin.
Samverkan inom Norra regionen har ägt rum under lång tid, främst mellan VLL och NLL samt JLL för en bred del av laboratoriemedicins verksamhet och LVN för patologi. Samverkan har tydligt ökat under 2000-talet och behöver utvidgas ytterligare.

Vi står nu inför ett vägval för att hantera morgondagens laboratoriediagnostik inom Norra regionen med fokus på följande områden:

1.1 Infrastruktur för direkt patienthandläggande verksamhet

Resultat av laboratoriemedicinska analyser/diagnostik är i dag avgörande för mer än 80 % av de beslut som fattas för hur patienter ska handläggas (bilaga 3). Andelen ökar! Patienter med komplexa sjukdomstillstånd, exempelvis många cancersjukdomar, är föremål för vård och behandling vid den egna vårdcentralen över det egna närsjukhuset och länssjukhuset till universitetssjukhuset i vår region. Vi ska kunna erbjuda alla patienter i norra regionen likvärdig vård från primärvård till högspecialiserad vård. För att det ska kunna ske är en av grundstenarna att alla som har ansvar för patienthandläggning enhetligt kan beställa samma analyser/diagnostik och övriga tjänster från laboratoriemedicin och ha tillgång till svar som uppfattas lika, är kvalitets- och patientsäkra och som är likvärdigt tillgängliga över allt.

1.2 Kompetensförsörjning

Laboratoriemedicins betydelse för beslut vid patienthandläggning ökar. De diagnostiska möjligheterna ökar också i allt snabbare takt vilka eskalerar kraven på laboratoriemedicin att hantera både ökad komplexitet och ökad produktion. Som konsekvens ställer framtiden krav på ökad medicinsk subspecialisering och därmed även på patient-/provunderlagets storlek för att klara en mer specialiserad kompetens till rimlig kostnad. Det gäller samtliga medicinska specialiteter inom laboratoriemedicin, även om behovet just nu fokuseras tydligast på klinisk patologi.

För laboratorieteknisk kompetens är försörjningen inom laboratoriemedicin alarmerande under den kommande 10-års-perioden. Fram t.o.m. 2021 kommer drygt hälften av våra BMA att gå i pension. Förväntat tillskott via utbildning från Umeå Universitet och via distansutbildning vid Mittuniversitetet i samarbete med Uppsala universitet kommer tydligt att understiga behovet. Antalet tillgängliga biomedicinska analytiker (BMA) kommer därför fram till år 2021 att minska med minst 90 av totalt drygt 500 (knappt 20 % brist) inom hela regionen utifrån tillgängliga uppgifter och med förutsättning att pensioneringen inträffar vid 65 års ålder. Det kommer att ställa stora krav på vår förmåga att optimalt nyttja samtliga laboratorieresurser inom vår region för att klara morgondagens uppdrag.
Aktuell bemanning (februari 2012) och önskvärd bemanning för att hantera vårt nuvarande uppdrag sammanställs i bilaga 4 (under framtagande). Förhållandena fram t.o.m. 2020, inklusive behov av subspecialisering, framgår för de medicinska specialiteterna i bilagorna 5 och 6 och för BMA i bilaga 7)

1.3 Produktion/kostnad (produktivitet) och konkurrens

Ökade krav på att klara större produktionsvolymer, tillkomst av nya metoder för analys/diagnostik och ökad komplexitet inom oförändrad kostnadsram blir allt tydligare inom respektive landsting. Samtidigt ses en ökad konkurrens, delvis aggressiv för analyser/diagnostik som hanterar stora volymer med hjälp av större instrument oberoende av medicinska laboratoriespecialiteter. Konkurrensutsättningen är tydligast idag mot primärvården, hittills främst i Norrbotten och Västerbotten. Dagens ekonomiska förhållanden för produktion och kostnad framgår av bilaga 8. Estimerad kostnadsutveckling t.o.m. 2015 utifrån dagens hantering och laboratoriestruktur i norra regionen och med hänsyn till ökad produktionsvolym och komplexitet framgår av bilaga 9.

1.4 Klinisk forskning

Laboratoriemedicin med motsvarande institutioner och ämnen vid Umeå Universitet är den enskilt största kliniskt biologiska och mikrobiologiska forskningsmotorn inom vår region. För del av basenhets-ALF se bilaga 10. Möjligheten att utveckla och bredda forskningen är viktigt både för att utveckla kunskap och kompetens inom laboratoriemedicins olika delar och för att nyttja forskningen som möjlighet för att långsiktigt förbättra främst den medicinska kompetensförsörjningen.
Den kompetens kring provtagning, preanalytisk hantering, förvaring/biobankning, transporter och analys av prover som finns inom laboratoriemedicin har avgörande betydelse för att utveckla den kliniska, direkt patienthandläggande forskningen inom regionen som exempelvis tydliggörs inom verksamhetsplanen för RCC-Norr.

2 Uppdrag

Beredningsgruppen delar chefssamrådets analys i att utmaningar är stora för serviceverksamheten i Norrland liksom för hälso- och sjukvården generellt. Mot bakgrund av detta samt framfört önskemål om ett fördjupat utredningsuppdrag får företrädarna för laboratoriemedicin i Norrbotten, Jämtland, Västerbotten samt för Patologi i Västernorrland i uppdrag att:

- Utreda och redovisa möjligheter och förutsättningar för att bilda en gemensam laboratoriemedicinsk organisation för sina respektive ansvarsområden för Norra regionen och föreslå möjlig organisationsstruktur och redovisa förväntade effekter.

- Redovisa förväntade effekter för:
    - Patienthandläggning
    - Kompetensförsörjning
    - Ekonomi/kostnader
    - Konkurrenshantering mot externa aktörer
    - Forskning
    - Tillkommande förutsättningar inklusive kostnader

Frågor avseende gjorda kommentarer av länslaboratoriechefen för Laboratoriemedicin Västernorrland kommentarer bör, i berörda delar, beaktas.

3 Syfte

Med hänsyn till de grundläggande behoven redovisat i ”bakgrund” definieras morgondagens syfte med laboratoriemedicin Norr utifrån:

3.1 Likvärdig vård

3.1.1. **Utveckla/säkra infrastruktur för likvärdig beställning, tillgänglighet och säkerhet av all diagnostik för all patienthandläggning i Norra regionen**

3.2 Kompetensförsörjning

3.2.1. **Utveckla/säkra medicinsk kompetens inklusive behov av subspecialisering**
3.2.2. **Förbättra kompetensförsörjningen av BMA**
3.2.3 **Utveckla laboratoriehantering/processer för att säkra verksamheten vid minskad tillgång på biomedicinska analytiker**

3.3 Ekonomi

3.3.1 **Förbättra produktivitet och konkurrensförmåga**

3.4 Forskning

3.4.2 **Utveckla möjligheterna till klinisk forskning**

4 Förutsättningar

4.1 Grundläggande inställning

Alla ansvariga för den laboratoriemedicinska verksamheten i Norra regionen, förutom verksamhetschefen för laboratoriemedicin i Västernorrland, är i dag övertygade om att vi måste skapa en gemensam laboratoriemedicinsk organisation för norra regionen för att klara vårt framtida uppdrag avseende infrastruktur för likvärdig vård, kompetensförsörjning inklusive behov av medicinsk subspecialisering, utveckling av nya analyser/diagnostik och övriga tjänster, volymökning, konkurrens och infrastruktur för forskning.

Det finns en tydlig medvetenhet om att laboratoriemedicin i Västernorrland, förutom klinisk patologi, initialt inte kommer att ingå i ett eventuellt ”laboratoriemedicin Norr”.

4.2 Ekonomi (produktion/kostnader)

Inför ställningstagande om att bilda ett ”laboratoriemedicin Norr” är det viktigt att kostnaderna i nuläget i förhållande till de analyser, den diagnostik och de övriga tjänster som produceras står i överensstämmelse med vad som kan åstadkommas för respektive län vid uppstart av ”laboratoriemedicin Norr”.
Produktion och kostnad måste kunna jämföras likvärdigt. Majoriteten av laboratoriemedicinska tjänster produceras idag i alla län. Övriga regioninterna köps av NLL, JLL och LVN vid NUS. Dessa kostnader är klinikbundna på köparsidan och redovisas som intäkt vid laboratoriemedicin i VLL. Kostnaden för regionexterna analyser är generellt klinikbundna.

Analyser/diagnostik och övriga tjänster som samtliga län producerar kan till viss del jämföras via NYSAM-systemet. Övriga kan inte jämföras. Kostnaderna för produktionen vid NUS är inte separerade vad avser ”NYSAM-produktion” och övrigt. Total produktion, total kostnad och vilken

del av dem som varje län använder kan synliggöras. Hittills tillgängliga uppgifter från NYSAM-sammanställningen, utan hänsyn till övrig produktion, visar på små skillnader i personalkostnader per arbetad timme mellan JLL, NLL och VLL. För klinisk kemi (309 – 313 kr), Mikrobiologi (286 – 301 kr) och Transfusionsmedicin (301 – 366 kr).

4.3 Kompetensförsörjning/bemanning

Inför avstamp mot en ny organisation måste nuvarande bemanning definieras både avseende faktiska förhållanden och vad gäller eventuella brister utifrån dagens uppdrag. Förändringar relaterade till pensionsavgångar och realistiskt tillskott för nyckelgrupper för perioden fram till 2020 måste tydliggöras utifrån dagens situation.

4.4 Organisation

En sammanhållen struktur för all laboratoriemedicinsk verksamhet i Norrbotten, Västerbotten, Jämtland och för klinisk patologi i Västernorrland. Aktiebolag alternativt Kommunalförbund utgör organisationsalternativen. För- och nackdelar har analyserats och diskuterats initialt enligt bilaga 11.

4.5 IT-infrastruktur

Avgörande för att framgångsrikt skapa en för Norra regionen gemensam laboratoriemedicinsk verksamhet är att en adekvat infrastruktur som kan tillgodose behovet av IT-funktion/IT-tjänster existerar. Viktiga parametrar framgår av bilaga 12. Dessa behöver ytterligare utredas, kostnadssättas och tid- och aktivitetsplaneras vad avser införande.

4.6 Transporter

Utökad användning av regiongemensamma funktioner inom ett gemensamt ”laboratoriemedicin Norr” kan kräva snabbare transporter. Utredning kring denna fråga förutsätts hanteras kontinuerligt över tid och eventuell kostnadsökning för transporter ställas i relation till vinst för användning/driftsättning av aktuell regiongemensam funktion.

Adekvat transport av prover är även en väsentlig förutsättning för likvärdig tillgänglighet av provsvar och därmed för likvärdig vård.

5 Aktiviteter/steg/effekter

5.1 Infrastruktur för patienthandläggning (vård och behandling)

Dagens situation bygger på länsperspektivet. Beställning av analyser/diagnostik sker elektroniskt (JLL, NLL, delar av VLL) eller via remiss. Svar erhållas elektroniskt (JLL, NLL, delar av VLL) eller via papper. Det elektroniska remiss- och svarssystemet inom VAS är specialitetsberoende (beställning sker mot respektive laboratoriespecialitet). För RoS-systemet som driftsätts för VLL sker en nödvändig utveckling mot specialitetsoberoende d.v.s. beställning av analyser kan via en gemensam beställningsbild ske mot laboratoriemedicin som en enhet. Tiden för transport av papperssvar kan vara upp till fem dygn.
Analyser/diagnostik görs i dag med till stor del olika utrustning och med olika metoder vilket resulterar i att för patienter som är föremål för handläggning både inom och utanför det egna länet (främst vid NUS) föreligger en bristande patientsäkerhet till följd av skilda värden på samma

analys. Dessutom är samtliga analyssvar för adekvat patienthandläggning inte tillgängliga samtidigt med fördröjning (exempelvis för cytostatikabehandling) som följd.

En infrastruktur som tillgodoser behoven patientsäkra, sammanhållna och effektiva vårdprocesser ur ett regionperspektiv och utgör ett grundläggande stöd för förändrad patienthantering ur ett Norra regionenperspektiv förutsätter:

- Säkrade provsvar, lika och elektroniskt tillgängliga i hela Norra regionen för varje behandlingsinsats var än patienten befinner sig.
- Standardisering av beställningar ur vårdprogramsperspektiv/motsvarande även när patienter förflyttar sig för vård inom olika nivåer.

Viktiga aktiviteter för att åstadkomma adekvat infrastruktur utgöres av:

5.1.1. Öka förståelse för vårdkedjor/vårdprocesser

Analys och förståelse från laboratoriemedicin för hur vårdkedjor/vårdprocesser kommer att utvecklas i norra regionen med inriktning på att skapa en infrastruktur vad avser rätt servicenivåer för leverans av rätt analyssvar inom rätt svarstid, generellt tillgängliga. Sådan förståelse med åtföljande rätta leveranser av laboratoriemedicinska analyser/diagnostik och övriga tjänster (bilaga 13) möjliggör utveckling av morgondagens nivåstruktur och grad av standardisering för vård och behandling inom respektive vårdkedja.

5.1.2. Utveckla standardisering

Standardisering av metoder via användning av enahanda utrustning och styrande regionala MASTER-instrument mot vilka samtliga andra kalibreras. Standardisering av servicenivåer ur ett regionperspektiv och standardisering av arbetsprocesser av betydelse för leveransformat av svar till samtliga kunder.

5.1.3. Driftsätt gemensam analys- och tjänstekatalog

Driftsätta en gemensam analys- och tjänstekatalog för Norra regionen med vilken alla behov av analyser/diagnostik och övriga laboratorietjänster tillgodoses och där allt som kan beställas är säkrat med avseende på lika svar.

5.1.4. Driftsätt gemensam elektroniskt remiss- och svarssystem (RoS)

Utvecklingen av vårdprocesserna med allt tydligare hantering av patienterna utifrån värdeflödeskoncept och ökat beroende av laboratoriemedicinska svar för åtgärdsbeslut kommer att ställa mycket större krav på möjligheterna att enkelt beställa analyser/diagnostik ur ett patientperspektiv och därmed mot laboratoriemedicin som enhet och på säkra, snabba och generellt tillgängliga svar. Ett gemensamt elektroniskt RoS (bilaga 14) med en beställningsbild och möjligheter att presentera svar anpassat till respektive patienthandläggningssituation kommer att vara en av grundförutsättningarna för möjligheten av utveckla patienthandläggningen i Norra regionen ur perspektivet ”likvärdig vård”.

5.1.5. Utveckla nödvändig IT-infrastruktur

För att framgångsrikt driftsätta ett gemensamt RoS med en regiongemensam laboratoriejournal och server behöver IT-infrastruktur med avseende på funktioner som hastighet i nät, tillgänglighet från alla klienter, behörighet, struktur avseende kundträd, MASTER-funktion för reserv-nummerhantering säkras. Säkrad infrastruktur krävs även för nödvändiga gemensamma produktionssystem (laboratoriedatasystem = LIMS) med regiongemensamma databaser och servrar. Kontakt har tagits med IT-cheferna i regionen via IT-chefen i VLL. Förutsättningarna för utveckling av adekvat funktionalitet tydliggörs basalt i bilaga 12.

5.1.6 Utveckla nödvändiga transportfunktioner

Likvärdig vård förutsätter likvärdig tillgänglighet av analysresultat från laboratoriemedicin. En översyn av transporter av prover för att säkra likvärdiga svarstiden kan behöva ske.

5.2 Kompetensförsörjning

Som framgår av bakgrunden utgör utmaningarna för kompetensförsörjning dels av att säkra morgondagens medicinska kompetens inklusive behovet av subspecialisering till följd av ökad komplexitet och volym, dels av att aktivt arbeta för en adekvat tillgång av BMA. Nuvarande situation domineras av en svår brist på kliniska patologer och början av en svår brist på BMA.

5.2.1 Medicinsk kompetens

5. 2.1.1. Kliniska patologer

Brist på kliniska patologer föreligger i hela landet. Nyligen har en rapport med förslag på åtgärder ur ett nationellt perspektiv lagts fram av en av regeringen tillsatt utredare: http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/169541http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/cancervard/omvarldsbevakning_cancer/patologiutredning)
Ökat antal kliniska patologer, utvecklat kvalitetsarbete inklusive satsning på subspecialisering för att klara kompetenskrav för ökad komplexitet av diagnostiken är centrala parametrar. Av bilaga 5 framgår nuvarande bemanningssituation för kliniska patologer i Norra regionen inklusive situationen fram till och med 2020 med förutsättning att det varje år påbörjas utbildning av två nya kliniska patologer vid NUS. I bilagan tydliggörs översiktligt även vilket behov av subspecialisering som finns för att garantera adekvat diagnostisk kvalitet. Följande parametrar är avgörande:

- Gemensam ledning och styrning för hela regionen.
- Utveckla ett grundläggande diagnostiskt nav vid NUS.
- Utveckla och säkra användning av distansöverbryggande teknik för diagnostik för multidisciplinär ronder.
- Öka utbildning av kliniska patologer vid NUS och/eller vid länslaboratorierna med tät koppling mot NUS.
- Standardisera laboratorieprocesser inklusive utskärning av operationspreparat.
- Analysera och kvalitetssäkra svarsinnehåll utifrån behov för patienthandläggningsbeslut.
- Delta aktivt i nationella kvalitets- och standardiseringsgrupper (KVAST).
- RAK (Rätt Använd Kompetens) steg 1 med fokus på utskärning av operationspreparat.
- Starta upp högskoleutbildning av BMA med fokus på att klara utskärning.
- Utveckla diagnostiska team ur ett regionperspektiv vilka sammantaget kan klara behovet av subspecialisering och volym.
- Driftsätt ett gemensamt laboratoriedatasystem (LIMS) med en regiongemensam server.
- Utveckla regionidentitet

För att klara sårbarheten vid enskilda patologlaboratorier på länsnivå och för att säkra behovet av morgondagens kompetens för subspecialisering är tillgång till patient-/provunderlaget för hela Norra regionen och agerande ur ett regionperspektiv helt nödvändigt.

5. 2.1.2. Övriga medicinska specialiteter

Även för övriga medicinska laboratoriespecialiteter föreligger idag en bristsituation. Av bilaga 6 framgår behov och nuvarande tillgång inklusive situationen t.o.m. 2020 utifrån planerad utbildning. Behovet av subspecialisering framgår även i bilagan För att säkra morgondagens kompetens är de grundläggande principer (regionperspektivet, distansöverbryggande teknik, utveckling av RAK, kvalitetssäkring och standardisering av svarsrapporter, gemensamt LIMS etc.) som behövs för klinisk patologi giltigt även för övriga medicinska laboratoriespecialiteter.

5.2.2 **Teknisk kompetens**

5. 2.2.1. Biomedicinska analytiker

Biomedicinska analytiker besitter den tekniska grundkompetens som är avgörande för att processerna inom laboratoriemedicin kan pågå, är säkra och kan utvecklas. Vi står inför en period av accelererande brist på BMA, minst fram till 2020 med nuvarande pensionsavgångar och utexamination. Förhållandena framgår av bilaga 7 (under framtagande). Aktionsplanen är tvådelad enligt:

Mildra förväntad brist: Aktiviteter för att öka studenters benägenhet att söka BMA-utbildning pågår i dag länsvis. Gemensamt försök att etablera distansutbildning vid Umeå Universitet i samverkan med Mittuniversitetet och Luleå Tekniska Universitet har gjorts, hittills utan framgång. En gemensam organisation kan öka trycket mot Umeå Universitet, både för flexibla möjligheter till utbildning och möjligheter att skapa tydliga och realistiska karriärvägar för BMA.

Klara morgondagens verksamhetsuppdrag trots minskad tillgång på BMA: Avgörande för laboratoriemedicin är att kunna hantera den brist av BMA som kommer att uppstå till minst 2020. Det måste ske genom att mycket aktivt arbeta för att effektivt nyttja de resurser som vi kommer att ha tillgång till. Arbetet måste ske på alla plan. Bildandet av laboratoriemedicin Norr kommer att vara avgörande för att:

- Enhetligt optimera laboratorieprocesser på alla plan.
- Skapa regiongemensamma laboratoriefunktioner:
- Säkra nödvändiga processer och resultat i förhållande till behovet för patienthandläggning (likvärdiga, säkra och lika tillgängliga svar) när BMA-kompetens ersätts av annan kompetens (såväl lägre som högre).

5 2.2.2. Övriga medicinska specialiteter

Utgörs av kemister, molekylärbiologer, sjukhusgenetiker och laboratorieingenjörer etc. Här bedömer vi att vårt behov av kompetens kommer att kunna tillgodoses utan större problem.

5.3 Ekonomi

Nuvarande ekonomi vad avser kostnader i förhållande till produktion av analyser/diagnostik och övriga tjänster framgår av bilaga 8, 9 (under framtagande), både totalt för ”laboratoriemedicin Norr” och för enskilda län. Redovisningen baserar sig på kostnadsutfall i enlighet med totalkostnadsbokslut för 2011. Det är inte möjligt att i detalj jämföra kostnader i förhållande till produktion, främst mellan NUS och övriga laboratorier då ett antal analyser etc. utförs bara vid NUS och resurserna som tas i anspråk för dessa inte lätt kan särskiljas (speciellt avseende medicinsk- och annan nyckelkompetens) från den produktion som utförs i samtliga län. (Se även under 4.2).

5.3.1 **”Vinster” i ett första steg**

Driftsättning av ”laboratoriemedicin Norr” möjliggör i ett första steg gemensamt nyttjande och/eller gemensam hantering av ett antal parametrar/funktioner som totalt medför minskade kostnader. Vår bedömning är att dessa kostnadsfrigörande aktiviteter kan ske under den första 3-årsperioden. De representeras av:

- TBK (teknisk biokemisk funktion) för produktion av medier, in-housereagenser etc.
- Stabsfunktioner (HR, administration, ekonomi, IT, kvalitet, transport etc.)
- Upphandling av standardiserad utrustning och reagenser
- Upphandling/utveckling och support av LIMS-system (laboratory information management system = laboratoriedatasystem)

- Gemensam hantering av externa kontroller (regionala masterinstrument)
- Upphandling av analyser/diagnostik som inte görs i Norra regionen.
- Hemtagning ur ett regionperspektiv (krav på elektronisk hantering med RoS ((Remiss och Svar))
- Gemensam hantering av icke akuta analyser där svarstider tydligt kan kortas (sällananalyser i batch)
- Instrument som kan konsolideras till en regionpunkt (exempelviss allergidiagnostik)
- Administration och drift av biobanker och vävnadsinrättningar

5.3.2 **Möjligheter i ett längre perspektiv**

Långsiktigt är det ett antal faktorer som styr i vilken utsträckning kostnadsutrymme kan frigöras för att utveckla verksamheten med avsikt att möta expanderande behov av laboratoriemedicinska tjänster. Grundläggande faktorer är:

- Principstruktur för hur ett ”laboratoriemedicin Norr” är organiserat
- Förmåga att förstå vårdprocesser och hur de utvecklas med avseende på att öka värdet för patienthandläggning och hur analyser/diagnostik/övriga tjänster som produceras av laboratoriemedicin bidrar till denna värdeökning
- Förmåga att designa preanalys-, analys- och postanalytiska processer följt av förmåga att utveckla effektiva laboratorieprocesser
- Förmåga att nyttja och utveckla goda idéer/resultat i utveckling av laboratorieprocesserna och att bredda/generalisera/standardisera effektiva, säkra, kvalitets- och värdehöjande arbetssätt.
- Förmåga att nyttja ny teknik för att effektivisera laboratorieprocesserna
- Kompetenstillgång (främst BMA och medicinska specialister)
- Förmåga att samordna analyser/diagnostik/övriga tjänster till regiongemensamma funktioner ur perspektiven ökat värde och/eller lägre kostnad.

Betydelsen att skapa ”laboratoriemedicin Norr” ligger dels i möjligheten att ta till vara och generalisera/standardisera effektiva arbetssätt ur ett regionperspektiv (bilaga 14), dels i möjligheten att samordna analyser/diagnostik/övriga tjänster till regiongemensamma funktioner. Båda dessa kommer att vara ett måste för att klara morgondagens åtagande med lägre tillgång av BMA.

5. 4 Forskning

5.4.1. **Klinisk biologisk och mikrobiologisk forskning**

Den biologiska och mikrobiologiska forskning som bedrivs inom laboratoriemedicin vid NUS tillsammans med sammankopplade institutioner inom UmU (Institutionerna för klinisk mikrobiologi och medicinsk biovetenskap) är dominerande (se bilaga 10 för del av basenhets-ALF för forskning). I dag deltar främst läkare kemister, molekylärbiologer och sjukhusgenetiker vid NUS aktivt. BMA deltar i dag sparsamt med egen forskning. Närmare knytning av övriga regionen via en gemensam organisation kommer att öka möjligheterna för medarbetarna inom hela norra regionen att själv aktivt bedriva/eller delta i forskning. Vi bedömer dessutom möjligheterna till forskning som framgångsfaktor för kompetensförsörjning, främst avseende läkare, kemister, molekylärbiologer och sjukhusgenetiker men även långsiktigt för BMA. Utvidgade möjligheter till aktiv forskning behöver ingå som en del av morgondagens strategi för kompetensförsörjning av BMA.

5.4.2. **Infrastruktur för direkt patientrelaterad forskning**

Idag ansvarar laboratoriemedicin i Västerbotten för driften av en av världens största populations-baserade biobanker med prover insamlade inom Västerbottensprojektet. Därutöver finns ett stort antal forskningsprovsamlingar, bl.a. via det s.k. UCAN-projektet där ett stort antal prover och registerdata samlas in från flera tumöromräden. Inom ramen för RCC Norr pågår ett arbete för att utvidga UCAN ur ett regionperspektiv. Infrastruktur och kompetens inom laboratoriemedicin är en

basförutsättning för sen sådan utvidgning. Skapande av ett laboratoriemedicin Norr gör det lättare för hela regionens räkning att standardisera och utveckla säkra och effektiva processer från provtagning över transport till förvaring och därefter för uttag, bearbetning, analys och återförande av resultat. Gemensam analys- och tjänstekatalog, gemensamt RoS och enhetliga samkalibrerade instrument där resultat av analyser är säkrade och direkt jämförbara/lika är avgörande för att utveckla klinisk patientnära forskning med norra regionen som bas.

6 Organisation

Bilaga 15 beskriver den principiella strukturen för organisation av ”laboratoriemedicin Norr”. Principstrukturen utgår från definierade processer med utgångspunkt från inkommande typ av material och möjligheter till laborativ hantering. Den är oberoende av medicinska laboratorie-discipliner.
Vår uppfattning är att denna princip är avgörande för att så långt möjligt fokusera på värde för patienthandläggning efter behov och att undvika särintressen som ej utgår från denna förutsättning. Vad gäller möjlig organisationsform har vi kommit fram till att aktiebolag och kommunalförbund utgör de två som är tänkbara. Resultatet av den initiala genomlysning som vi gjort under ledning av affärsutvecklare Camilla Svensson, Luleå, framgår av bilaga 11 och utredningen talar för att aktiebolag som organisationsform kan ha många fördelar men med hänsyn till t.ex. ökad kostnad p.g.a. momsregler behöver frågan utredas ytterligare.

7 Fortsättning

Innehållet i bilagorna behöver kontrolleras ytterligare och kompletteras samt eventuellt presenteras på annorlunda sätt. Ett flertal obesvarade frågor finns, vilka kan behöva utredas i ett/flera fortsättningssteg under förutsättning att ett initialt beslut fattas om att gå vidare enligt inriktning mot ”laboratoriemedicin Norr”. Som exempel:

- Underlaget avseende produktion och kostnad. Ej fullständigt i alla delar.
- Eventuell konsekvensanalys av att bilda ”laboratoriemedicin Norr” jämfört med dagens struktur.
- Vidare utredning av organisationsstruktur och konsekvenser för exvis personal, IT-hantering, gemensamma resurser etc.

Ove Kastebo
NLL

Jonas Törngren
JLL

Lena Karlsson
LVN

Jens Boman
VLL

Roger Stenling
VLL

SAMVERKANSPROJEKT FÖR PATOLOGIVERKSAMHET I NORRA SJUKVÅRDSREGIONEN

Norrlandstingens REGIONFÖRBUND

Samverkansprojekt Patologi i Norra sjukvårdsregionen

- Delrapport

Senast ändrad 2015-05-28
Version 0.9 upprättad av Sara Ekström /Helena Teglund

Innehållsförteckning

BAKGRUND **3**

TVÅ PRIORITERADE UPPDRAGSOMRÅDEN **5**

1 ETT REGIONALT SYSTEM FÖR VIDARE- OCH FORTBILDNING INOM PATOLOGI 5
2 PROCESSKARTLÄGGNING SAMT BEHOVS-/KAPACITETSKARTLÄGGNING 5

REDOVISNINGAR OCH BESLUT I STYRGRUPPEN **6**

Anpassning till pågående upphandlingar *8*
AUTOMATISERAD MÄTNING AV SVARS- OCH LEDTIDER 8
Rekommendation *9*
ENKEL FUNKTIONALITET FÖR ARBETE I DIGITALA NÄTVERK 10
Redovisning *10*
Rekommendation *11*
ARBETSSÄTT OCH STANDARDISERING 12
Rekommendation *12*
MOLEKYLÄRPATOLOGI 12

SAMVERKANSPROJEKTETS SLUTSATSER I DENNA DELRAPPORT **13**

Digitalisering av patologiverksamheten i respektive landsting *13*
Mätning av svars- och ledtider *13*
Enkel funktionalitet för arbete i digitala nätverk *13*
Arbetssätt och standardisering *13*
Fortsatt utveckling *13*
Samverkansprojektets fortsatta organisering *14*
PLAN FÖR FORTSÄTTNINGEN 2015-2016 15

Norrlandstingens REGIONFÖRBUND

Samverkansprojekt Patologi i Norra sjukvårdsregionen

- Delrapport

Senast ändrad 2015-05-28
Version 0.9 upprättad av Sara Ekström /Helena Teglund

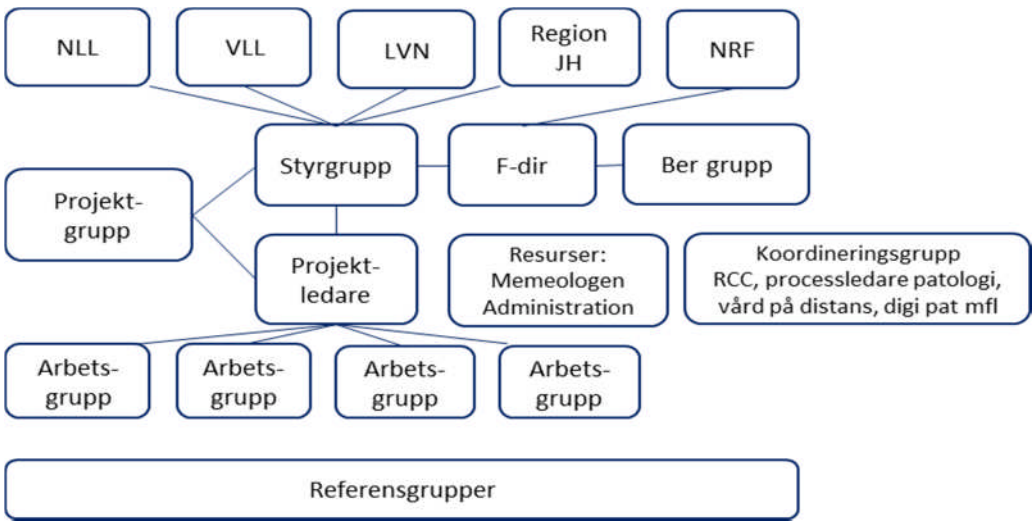
BAKGRUND

Chefsamrådet för laboratoriemedicin presenterade hösten 2012 en rapport som pekade på en uttalad kapacitetsbrist och allvarliga problem med kompetensförsörjningen inom Laboratoriemedicin vilket, förutom en hög arbetsbelastning, ger konsekvenser för remitterande kliniker i form av långa svarstider och därmed fördröjningar i diagnossättning och vård.

Förbundsdirektionen för Norrlandstingens regionförbund beslutade 2012-12-05 § 70, om ett uppdrag att samverka inom regionen för bättre kompetensförsörjning inom Laboratoriemedicin med syfte att uppnå:

- Likvärdig vård (med hög kvalité och hög patientsäkerhet)
- Kompetensutveckling
- Produktionsmål – ökade krav på större produktionsvolymer, tillkomst av nya metoder, ökad komplexitet, oförändrat kostnadsutrymme och ökad konkurrensutsättning
- Bättre förutsättningar för klinisk forskning

Projektet organiserades enligt nedanstående bild:



NRFs del i uppdraget har varit att tillhandahålla en mötesplats där landstingen kan föra sina diskussioner om samarbete, samt koordinera och stödja uppdraget. En styrgrupp för samarbetet bildades med två representanter från respektive norrlandsting. Avsikten var initialt att tillsätta en projektledare. På grund av svårigheter att lösa den frågan, har NRFs förbundsdirektör fram till sommaren 2014 fungerat som projektledare. Kompetens i processanalys och förbättringsarbete har erhållits från memeolog Helena Teglund, Västerbottens läns landsting. Extern konsultativ kompetens kring laboratoriemedicin anlitades också i arbetets inledning.

Styrgruppen sammanträdde första gången i mars 2013. I arbetets inledning beslutade styrgruppen att en avgränsning av samverkansområdet laboratoriemedicin var nödvändig och valde då att börja med området patologi, eftersom kompetensförsörjningsläget där kunde bedömas som särskilt allvarlig. Detta problem hade också beskrivits i en nationell utredning av Marie Beckman Suurkula 2012-03-29. Enligt regeringsbeslut (S2011/5140/FS). Styrgruppen angav också tidigt i projektet att pilotområden lämpligen valdes inom cancervården för att ta tillvara de underlag/analyser som gjorts inom RCC Norr.

Styrgruppen beslöt att devisen för samverkansprojektets arbete skulle vara:

”Rätt diagnos i rätt tid till rätt kostnad”

I projektets inledning ställdes frågor om klinikernas behov av- och synpunkter på patologiverksamhet, till remitterande kliniker i alla fyra landstingen. Svaren från dessa har varit en viktig del av de kartläggningar som legat till grund för framtagna förslag. Det remittenter och processledare inom RCC Norr identifierat som särskilt viktigt handlar förstås om korta svarstider och god kvalité på svaren, men de är också i stort behov av minskade variationer när det gäller svarstider. Den stora variation som finns idag påverkar deras möjligheter att planera och ge en god vård med bra information till patienterna.

Kontinuerlig kontakt och koordinering med RCC Norr och de regionala processledarna har funnits under hela projekttiden och varit av stort värde för att t.ex. ta fram underlag för målnivåer vad gäller svarstider och skapa samsyn mellan remittenter och patologiverksamheten kring dessa. Fortsättningsvis blir det sannolikt ett ännu större behov av samordning med anledning av arbetet med standardiserade vårdförlopp.

Kontakt har också regelbundet funnits med arbetet kring patologi på SKL. Regionen deltog under 2013/14 via RCC Norr i ett Vinnova-projekt ”Digipat” nivå A-B, kring digitalisering av patologiverksamheten, men man valde sommaren 2014 att avsluta detta och att tacka nej till deltagande i nivå C.

TVÅ PRIORITERADE UPPDRAGSOMRÅDEN

För att skapa faktabaserade underlag för beslut om vilka förbättringar som är viktigast att satsa på, beslöt styrgruppen 2013-06-04 att utse arbetsgrupper med uppdrag inom två områden:

- Regionalt system för vidare- och fortbildning inom Patologi
- Kartläggning och processanalys av arbetet i patologiverksamheten

1 Ett regionalt system för vidare- och fortbildning inom patologi

Uppdraget för arbetsgruppen var att ta fram förslag till regionalt system för vidare- och fortbildning, ringa in utbildningsbehov och beskriva på vilket sätt regionens landsting kan samverka för att detta ska fungera. Beskrivningen skulle även ge besked om såväl resurser som ansvarsfördelning och ersättningar.

Detta arbete utmynnade så småningom i tre mindre grupper som tog fram beskrivningar för de tre största yrkeskategorierna: patologer/ST, biomedicinska analytiker (BMA) samt cytodiagnostiker. Dessa underlag framgår i bilagedelen till rapporten.

De tre arbetsgrupperna har för styrgruppen redovisat sina förslag till regionalt system för vidare- och fortbildning för respektive yrkeskategori och även presenterat förslag till konkret handlingsplan för regionen. Det gjordes även en kompletterande beskrivning och översyn av arbetsuppgifter hos biomedicinska analytiker (BMA) som resulterade i en beskrivning över hur man skulle kunna avlasta vissa arbetsuppgifter från BMA för att skapa förutsättningar för utbildning, kompetensutveckling och möjliggöra eventuell överföring av arbetsuppgifter (utskärning) från patolog till BMA, se bilagedelen.

Arbetet inom detta område ställdes hösten 2014 i vänteläge då det blev känt att Norrbotten och Jämtland skulle upphandla sin patologiverksamhet. Styrgruppen bedömde att det blev oklart hur framtida samverkan skulle kunna utformas.

2 Processkartläggning samt behovs-/kapacitetskartläggning

Uppdraget uppdelat i tre steg enligt nedan. Steg I-II är slutförda och steg III är påbörjat och kan slutföras när det skapats möjlighet till automatiserad och detaljerad mätning av led- och svarstider, vilket behövs som underlag för analys, val av förbättringsområden och aktiviteter, samt uppföljning.

Steg I

Ta fram ett faktaunderlag som innehåller:

1) En gemensam behovskartläggning (volymer, antal, tidsåtgång, subspecialisering, molekylärpatologi, multidisciplinära konferenser (MDK).

2) Kapacitetskartläggning – hur ser den totala kapaciteten (volymer, bemanning, kompetens) ut i hela Norra Regionen?

3) Utifrån de behov som återfinns – beskrivning av vilka kompetenser/resurser som behövs. Underlag/provvolymer, patologer, cytologer, BMA, cytodiagnostiker, molekylärpatologer, teknik, IT-stöd etc.

Steg II

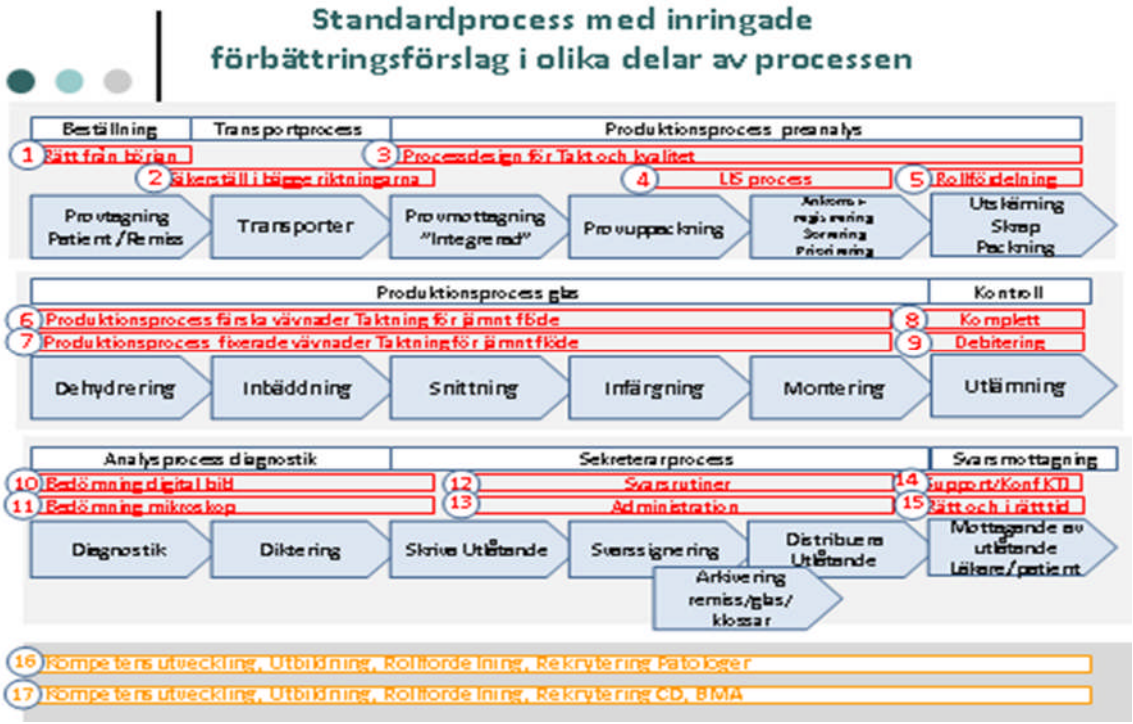
Genomföra värdeflödesanalyser med nulägesbeskrivning i respektive landsting. Försöka identifiera eventuella outnyttjade resurser/brister/problem i respektive processer och göra jämförelser med befintliga nationella och regionala vårdprogram – hur ser följsamheten ut till dessa? Finns skillnader i Regionen? Finns förbättringsbehov?

Steg III

Göra en gemensam och tydlig beskrivning över hur laborativa och diagnostiska processer och former för gemensam systematisk kvalitetsanalys och uppföljning bör se ut/fungera. Gemensamt identifiera de områden där en förändrad process kan ge bäst effekt. Beskriva hur förändringen/nya arbetssätt kan genomföras/testas.

REDOVISNINGAR OCH BESLUT I STYRGRUPPEN

Arbetsgruppen för processkartläggning och behovs-/kapacitetskartläggning redovisade sitt arbete på styrgruppsmöte 2013-10-06 samt 2013-12-17 då man slutfört steg I-II och tagit fram en gemensam standardprocess med prioriterade förbättringsområden och förslag till struktur för regional samverkan i ett digitalt kompetensnätverk.



Under redovisningen lyfte man även fram behovet av mera detaljerad och automatiserad led- och svarstidsmätning. Även behov av utveckling av multidisciplinära konferenser (MDK) lyftes fram av arbetsgruppen. Vidare konstaterade man att för att komma vidare med samordning och samverkan i beskrivna digitala kompetensnätverk, så är en grundläggande förutsättning en digitalisering av patologin och att det i regionen finns tekniska förutsättningar för ett sådant arbete.

Efter att ha tagit del av arbetsgruppernas redovisningar (steg I-II) och prioriterade förslag till aktiviteter och förändringar beslutade styrgruppen 2013-12-17 att inledningsvis gå vidare med:

- Rekrytering utbildning
- Teknik/it -frågor
- Arbetssätt standardisering
- Studiebesök

”Rekrytering/utbildning” samt ”Teknik IT” skulle utgöra de första insatsområdena medan gemensamma insatser för att arbeta vidare med ”Arbetssätt och standardiseringar” påbörjas först när projektet kommit så långt att man klarlagt och skapat förutsättningar för de tekniska delarna och slagit fast inom vilka områden nätverksarbete ska ske.

Enligt styrgruppsbeslut 2014-03-10 om aktivitetsplan för 2014 fick olika arbetsgrupper i uppdrag att arbeta vidare med:

a) Förslag till automatiserad och mer detaljerad mätning och analys av svars- och ledtider.
b) Enkel funktionalitet för arbete i digitala nätverk (Teknik-/IT-grupp)
c) Transporter – logistik
d) System för utbildning och kompetensutveckling patologer
e) System för utbildning och kompetensutveckling BMA och CD
f) Studiebesök för att ta del av goda exempel – research och därefter resa
g) Samråd om eventuell utveckling av ett gemensamt regionalt koncept för molekylärpatologi
h) Återkoppling till remittenter
i) Planering av ”Regiondagar” varje år
j) Kontinuerlig återkoppling till medarbetare vid respektive lab och egna interna förbättringsarbeten
k) Del av steg II i Vinnova projekt ”Digipat” (Patologer testade)
l) Ställningstagande till en ev ansökan om fortsatt deltagande i Vinnovas Digipat-projekt (C-nivå)

Vid avstämning och redovisning av ovanstående på styrgruppsmöte 2014-06-02 var arbetsgruppernas arbete slutfört vad gäller (c-f, h, j-k) och styrgruppen beslöt att med hänvisning till att upphandling skedde i Norrbotten och Jämtland, t.v avvakta med beslut om fortsättning i alla frågor utom a-b samt g och det bildades arbetsgrupper med uppdrag att ta fram förslag till:

- Automatiserad mätning av svars- och ledtider
- Enkel funktionalitet för arbete i digitala nätverk
- Utveckling av ett gemensamt regionalt koncept för utvecklingen av molekylärpatologi

Styrgruppen konstaterade också att det - oavsett det regionala samarbetet, inom samtliga landsting är nödvändigt med en digitalisering av patologin, liksom har skett inom radiologi, mammografi. En digitalisering skapar förutsättningar för effektivare arbetsprocesser och ger också större möjligheter till kvalitetssäkring. Radiologin digitaliserades för ca 15 år sedan och mammografin är nu digitaliserad inom alla landsting Den grundläggande digitaliseringen av patologiverksamheten är också en förutsättning för arbete i nätverk regionalt nationellt och internationellt.

Anpassning till pågående upphandlingar

Norrbottens läns landsting upphandlade sin patologiverksamhet under hösten 2014. Man deklarerade tydligt sin önskan att fortsatt samarbeta i regionen, men frågor rörande tekniska förberedelser i laboratoriernas inre arbete var/är givetvis den upphandlade leverantörens ansvar. De frågor som bearbetades under hösten 2014 handlade också huvudsakligen om sådana tekniska förutsättningar i patologilaboratoriernas inre arbete och i det praktiska arbetet deltog då övriga landsting. Norrbottens läns landsting har hela tiden följt arbetet i regelbundna avstämningar.

Region Jämtland Härjedalen köper patologitjänster i sin helhet (både laboratorie- och läkartjänster) från Västerbottens läns landsting. Det innebär att representation i arbetsgrupper från Västerbottens läns landsting i vissa fall ersätter/kompletterar representation från Region Jämtland Härjedalen.

Automatiserad mätning av svars- och ledtider

Kartläggningen av arbetet i patologiverksamheten under hösten 2013, visade att man i regionen är överens om viktiga mätpunkter, men att ingen hade en mätning och redovisning av svarstider som ger den information man behöver. Redovisningen av svarstider sker i nuläget månadsvis, och på en övergripande nivå. Den utgår inte från diagnos eller specifik provtyp. Man kan därmed inte avgöra om svarstiderna ligger inom de medicinskt motiverade intervallen. Det saknas också möjlighet att enkelt se variationen i svarstider. Även om man redan idag kan få fram en del av de mera detaljerade data man behöver, så är det mycket tidskrävande.

Inte heller kan ledningen för laboratorierna dagligen och på ett enkelt sätt ha överblick för att styra sina flöden och aktuella produktion, t.ex. fördröjningar, tillfälliga arbetsanhopningar etc och identifiera flaskhalsar, förbättringsbehov och/eller avgöra var störst behov av samverkan.

Rekommendation

En arbetsgrupp med medarbetare från patologiverksamheten i VLL och LVN har kartlagt möjligheterna i befintliga system och analyserat olika alternativ. I samråd med chefer på patologilab har man funnit att ett verktyg som motsvarar behovet är statistik-/analysverktyget Qlikview (Tieto) som kan kompletteras med funktionen WFM 2.0. Det senare skapar även förutsättningar för automatiserad, detaljerad mätning och visualisering av led- och svarstider, vilket möter ovan nämnda behov av att styra flöden och produktion. Man kan också se var man har störst behov av samverkan med andra och även var man har störst kapacitet att erbjuda stöd till andra.

Qlikview och WFM fångar sina data direkt från Laboratorieinformationssystemet (LIS) Sympathy, som används av såväl VLL, LVN som RJH. Hos dessa tre används också Qlikview redan för analys inom andra verksamheter.

Detta arbete redovisades på styrgruppsmöten 30 mars och 11 maj 2015. Projektledningen har däremellan haft särskilda genomgångar med de landsting som så önskat (VLL RJH o LVN).

Deltagarna i arbetsgruppen för Svarstider identifierade tidigt ett behov av och efterfrågade ytterligare IT kompetens för övergripande bedömning av förslagen i relation till landstingens totala IT infrastruktur. Detta kunde inte tillgodoses förrän i april 2015 då det utsågs personer med IT-kompetens ifrån VLL och LVN. Kontaktperson finns även utsedd i RJH. Detta innebär att bedömningen i förhållande till respektive landstings IT infrastruktur inte är gjord inom projektet.

Arbetsgruppen har inhämtat ett preliminärt underlag beträffande kostnader som framgår i rapportens bilagedel. Respektive landsting kan ha olika kostnadsbild beroende på vilket antal licenser man önskar, och i vilken utsträckning man redan använder Qlickview och därmed redan har server-funktion att använda.

Enkel funktionalitet för arbete i digitala nätverk

Uppdraget var att beskriva vilken teknik och funktionalitet som krävs för att möjliggöra ett kontinuerligt digitalt samarbete inom patologi, vilket sammanfattningsvis innebär att man istället för att skicka fysiska försändelser med prover mellan varandra, nyttjar inscannade bilder som enkelt kan distribueras mellan landstingen.

I arbetsgruppen för Enkel funktionalitet deltog medarbetare från patologiverksamheten i LVN och VLL. De identifierade tidigt ett behov av och efterfrågade kompetens kring respektive landstings IT infrastruktur men detta behov kunde inte tillgodoses förrän under april 2015 då gruppens arbete till största delen var klart. Detta skapade viss fördröjning i arbetet och det kans finnas behov av att stämma av arbetsgruppens förslag, med den övergripande IT bedömningen ifrån samtliga landsting.

Redovisning

Gruppens arbete ledde fram till en rekommendation om att den idag mest intressanta lösningen är den integrationsplattform som erbjuds från RxEye. Den funktionalitet som tidigare testades inom ramen för Digipat (Vinnova-projektet), bedömdes mer vara fokuserad på att utveckla den s.k Demonstratorn och det digitala arbetet kopplat till den enskilda patologens arbetsstation på det egna laboratoriet. Denna lösning fokuserade inte i tillräcklig utsträckning på funktionalitet för att skapa möjligheter att enkelt arbeta i digitala kompetensnätverk, mellan laboratorier.

RxEye produkten är en integrationsplattform för att kunna utbyta information mellan Laboratorieinformationssystem (LIS), däribland Sympathy (version 3.3 eller senare). och Analytics,. Sympathy används i LVN, RJH och VLL och Analytics i NLL. Dock har LVN en tidigare version av systemet vilket kräver en uppgradering för att använda Rx Eye. Med hjälp av RxEye kan olika landsting/aktörer få tillgång till varandras remissinformation och bilder och kan därmed på distans granska varandras prover.

Användarna av systemet når det via ett webbgränssnitt. Internt fortsätter man att jobba som vanligt i det LIS-system man har och bilderna lagras lokalt.

Olika avtal kan tecknas med RxEye och man kan själv välja om man utifrån de behov och den kapacitet man har vill vara såväl den som tar emot och granskar andras prover som den som skickar iväg delar av sina prover för analys till samverkanspartner eller om man bara vill ha den ena rollen. Varje lab kan själv välja vilka man vill samverka med, dvs vill man göra en överenskommelse i den Norra regionen att enbart använda systemet för att skicka prover mellan varandra så går det bra, likväl som man kan välja att vid behov, tex för att få tillgång till viss subspecialist, även anlita andra samarbetspartners med tillgång till RxEye.

För närvarande utvecklas och testas arbetet med RxEye inom ramen för ExDin-projektet (Vinnova) tillsammans med främst Blekinge och Stockholm. Blekinge har kommit lite längre än övriga. Det går även att samverka med privata aktörer såsom Unilabs som deltar i ExDin-projektet.

Tilläggas bör att RxEye även bidrar med att skapa förutsättningar för ronder (MDK), utbildning och handledning på distans, vilket torde vara av intresse utifrån det förslag till system för regiongemensam utbildning för såväl ST som BMA och CD som tagits fram i projektet.

Arbetsgruppen har tittat närmare på såväl produkten RxEye som kostnader och krav som ställs på verksamheterna vid implementering av RxEye. I underlaget har även inkluderats digitalisering av glas då det är en förutsättning för samarbete inom digital patologi och är den del som är mest tids- och kostnadskrävande. Arbetsgruppen har också tagit fram en möjlig tidplan för införande. Båda underlagenframgår av rapportens bilagedel.

Arbetsgruppen varit på studiebesök i Landstinget i Blekinge (patologiverksamheten i Karlskrona) för att av användarna och chefer få en uppfattning om hur RxEye fungerar i praktiken. Man besökte även Linköping för att ta del av deras erfarenheter av arbete med digitala bilder.

Arbetsgruppens sammanfattning är att de större viktiga komponenterna finns i verktyget, dvs delning av remissinformation, delning av glas, efterbeställning av glas, remissinformation, svarshantering. Det finns också ett genomtänkt arbetsflöde.

Då produkten fortfarande är relativt oprövad finns förstås fortfarande områden som behöver utvecklas, t.ex. tillgång till fullständig patienthistorik, hur fungerar större volymer men användarna i Blekinge beskriver att det hos RxEye finns en stor öppenhet och beredskap att ta emot och hantera de förbättringsbehov som användarna identifierat.

Rekommendation

Arbetsgruppens bedömning är att RxEye i sin nuvarande form skulle kunna fungera för diagnostiskt samarbete inom digital patologi i regionen. Det skulle i flera fall kunna ersätta befintliga lösningar och kunna ligga till grund för ett utökat samarbete.

Det finns ett tydligt och långsiktigt samarbete mellan RxEye och Tieto där RxEye säljs som en modul till Sympathy och även kommer att vara en del av Tietos nya LIS, Lifecare.

Arbetssätt och standardisering

För att skapa ett fungerande arbete i nätverk i digitaliserad patologi, måste de tekniska förutsättningarna enligt ovan finnas. Enbart detta är dock inte tillräckligt för att ett arbete i digitala nätverk kan börja fungera. Alla erfarenheter av liknande processer visar att man måste förändra arbetssätt/-processer och skapa praktiska förutsättningar för den nya arbetsformen.

I ett nationellt Vinnovaprojekt ExDin är ett av delprojekten ägnat åt frågeställningar som måste genomarbetas och lösas för att arbetsprocesserna i digitala nätverk mellan olika aktörer ska fungera.

Det handlat bl.a. om att definiera vilka överenskommelser/avtal som behövs beträffande, t.ex. kvalitetssäkring, tjänstedefinitioner, kapacitet, tilldelning, ersättningsmodeller. Juridiska frågor om sekretess PUL PDL mm måste också tas om hand.

Utan något åtagande eller krav om deltagande i ExDin-projektet har den norra regionen bjudits in att utse representanter att delta i utvecklingsdelen inom ramen för detta del-projekt. Detta skulle innebära att få vara med som deltagare på nationellt arrangerade workshops och att man där dels ges möjlighet att dra lärdomar av deltagarna i projektet men också möjlighet att själva komma med förslag till förbättringar.

Rekommendation

En samverkan med ovan beskrivna delprojekt inom ExDin projektet – initialt utan formell deltagarstatus, får anses som ett effektivt sätt att ta fram lösningar på frågor kring arbetsprocesser i digitala nätverk och en möjlighet att vara med och påverka modellen så att den passar egna behov.

Molekylärpatologi

Styrgruppen utsåg 2014-03-24 Charlotta Andersson, medicinskt ansvarig vid patologiverksamheten NUS, till processledare med uppdrag att tillsammans med en arbetsgrupp ta fram ett förslag till plan för stegvis utveckling av molekylär patologi i regionen.

Samtalen har främst bedrivits med medarbetare i VLL, LVN och UmU. Man har även haft enstaka avstämning med utsedd representant ifrån NLL. RJH har inte deltagit i denna fråga.

Frågan har återrapporterats till styrgruppen och slutsatsen är att utvecklingen av molekylär patologi måste drivas av NUS tillsammans med UmU. Den gemensamma molekylärpatologiska-styrgruppen med representant från UmU och NUS håller kontakt och samråder med övriga landsting kring hur metoden utvecklas och när samt i vilka delar den med tiden stegvis kan spridas och tillämpas vid övriga sjukhus i regionen.

SAMVERKANSPROJEKTETS SLUTSATSER I DENNA DELRAPPORT

Så här långt komna kan samverkansprojektet konstatera följande:

Digitalisering av patologiverksamheten i respektive landsting

Den grundläggande förutsättningen är ett införandeprojekt för digitalisering i respektive landsting/region, med planering för att kunna medverka i utvecklingen av ett digitalt kompetensnätverk med hjälp av en integrationsplattform (RxEye).

Mätning av svars- och ledtider

Verktyg för mätning av analys av svars- och ledtider i patologin behövs på alla lab. Denna möjlighet finns via användning av statistikverktyget Qlickview kompletterat med WFM 2.0.

Enkel funktionalitet för arbete i digitala nätverk

Utifrån beskrivna behov av samverkan och de förutsättningar som krävs för detta är RxEye en möjlig lösning som har grundförutsättningarna med färdiga integrationer som kan ge den funktionalitet som behövs för samarbete i digitala nätverk inom patologi.

Förutom diagnostikdelen kan RxEye även användas till rondverksamhet (MDK) och handledning, utbildning/ kompetensutveckling vilket är andra önskvärda funktioner för samverkan inom digital patologi.

Arbetssätt och standardisering

Förutom de tekniska förutsättningarna krävs att praktiska frågor kring arbetssätt regelverk mm bearbetas. Arbetsgruppen för behovskartläggning och processanalys identifierade i steg II av sitt uppdrag ett flertal frågor av just sådan art som måste lösas innan ett arbete i digitala nätverk kan fungera.

Bland dem finns flera frågor som inte är av enbart lokal karaktär utan är nationellt gemensamma. Det förefaller då mest rationellt att vi i regionen för dessa frågor samverkar med fler aktörer i Vinnova projektet ExDin.

För de frågor som rör enbart det regionala samarbetet kan dessa lösas inom samverkansprojektet mellan de landsting som valt att samarbeta.

Fortsatt utveckling

Vid sitt sammanträde 2015-05-11 beslutade styrgruppen om följande fördelning mellan landstings/region-internt arbete i förhållande till samverkansfrågor. Styrgruppen konstaterade att landstingen har det vidare ansvaret för att skapa förutsättningarna för att arbeta i digitala kompetens nätverk. Samverkansprojektets fortsatta uppdrag ska vara frågor som behöver koordineras/synkroniseras. Uppdelningen mellan

landstingens/regionens inre arbete och samverkansarbetet kan beskrivas i en matris enligt nedan.

Uppdraget för samverkansdelen kan sammantaget sägas vara att slutföra Steg III av uppdraget till arbetsgruppen för behovskartläggning och processanalys (se sid 6). I det arbetet ska pilotområden väljas inom ramen för arbetet med standardiserade vårdförlopp inom cancervården.

Projektet ska också gå vidare med uppdraget om kompetensutveckling inom patologin enligt de framtagna förslagen,

Samverkansprojektets fortsatta organisering

Det fortsatta samverkansarbetet sker fr.o.m. 1 september 2015 som ett projekt inom ramen för RCC Norr. Detta motiveras av att utvecklingen av arbetsprocesser inom patologin i första hand ska ske inom de områden som är valda för standardiserade vårdförlopp inom cancervården. Med en sådan organisering kan också andra synergier tillvaratas.

RCC Norr styrgrupp blir styrgrupp för projektet. Projektkoordinator blir liksom tidigare, memeolog Helena Teglund. Projektgruppen utgörs av verksamhetschefer för patologi.

Förslag till preciserade uppdrag och tidplan för det fortsatta arbetet presenteras för styrgruppen 16 juni 2015.

Plan för fortsättningen 2015-2016

	Landstings-internt arbete	Samverkansarbete	Kommande steg i samverkan
Digitalisering av patologin	Respektive landsting/region.	Samråd om erfarenheter och koordinering av väsentliga faktorer för den digitala samverkan. Gemensam målbild och tidplan.	
Svars- och ledtider	Bedömning av kostnader och egna förutsättningar för tekniks lösning. Beslut om införandeprojekt.	Fortsatt samarbete om målnivåer och mätpunkter. Gemensamt framtagna målnivåer för svarstider finns framtagna och kompletteras med SVF.	När mätning och analys av data påbörjats kan detta användas som underlag för beslut om inom vilka områden digital samverkan ska ske.
Enkel funktionalitet (RxEye) – samverkan	Bedömning av kostnader och egna förutsättningar för teknisk lösning. Beslut om införandeprojekt. Förslag till tidplan finns i projektrapport.	Koordinering av införandeprojekten. Gemensam målbild/tidplan.	Ta fram riktlinjer för – och etablera nätverksarbete inom valda pilotområden.
Arbetssätt/standard-isering (inkl standard-iserade vårdförlopp)	Labinterna proceser. Prio SVF?	Utarbetande av nödvändiga gemensamma arbetssätt och standardiseringar för nätverksarbete. Prio SVF i de fall det motiveras av fakta i mätningar.	Finns inbjudan att samverka och dra erfarenheter från nationellt utvecklingsprojekt (delproj ExDin).
Utbildning och kompetensutveckling patologer	Grundläggande rekryterings- och finansieringsansvar.	Samverkan i utbildnings- och handledningsplanering. Färdig bearbetning av förslag till regiongemensamt system och handlingsplan. Regional studierektor/ samordnare?	

	Landstings-internt arbete	Samverkansarbete	Kommande steg i samverkan
Utbildning och kompetensutveckling BMA	Grundläggande rekryterings och finansieringsansvar. Skapa förutsättningar för deltagande i utbildning: - övertagande av arbetsuppgifter från patolog. - finns definierade områden lämpliga för ny arbetsfördelning (framtaget av arb grupp i samverkan).	Samverkan i utbildnings och handledningsplanering. Färdig bearbetning av förslag till regiongemensamt system och handlingsplan. Planering för region-gemensam uppdrags-utbildning för BMA	
Utbildning och kompetensutveckling CD	Grundläggande rekryteringsansvar. Bevaka nationell diskussion om ev HPV-test.	Regional samverkan aktualiseras vid behov. (Finns ett framtaget förslag).	
Molekylärpatologi		Multidisciplinär styrgrupp vid Nus/UmU leder utvecklingsarbetet. Utvecklingen stäms av i chefsområdet.	Plan för spridning finns när metoderna blir etablerade.
Återkoppling till remittenter			Klart.
Regiondagar varje år		Chefsområdets ansvar.	
Delta i WS i utvecklingsdelen av ExDin delprojekt	Beslut om ev deltagande på nationella WS.	Fortsatt kontakt med projektet från process-ledare, RCC Norr.	



25

Resultatförbättrande åtgärder 2018-2020 - Översyn av regelverket för konkurrensneutral organisation för primärvård i regionens regi

RS/1039/2017

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Tjänsteskrivelse
(Regionstyrelsen)

2017-05-22

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

RS/1039/2017

Översyn av regelverket för konkurrensneutral organisation för primärvård i regionens regi

Ärendebeskrivning

I anslutning till införandet av Hälsovalet beslutade landstingsstyrelsen § 232/2009, dnr LS/935/2009 om organisation för den landstingsdrivna primärvården. I detta beslutsunderlag reglerades bl a:

- Intraprenaderna (Åre och Krokom) ingår fr o m 1 januari 2010 i den landstingsdrivna konkurrensneutrala primärvården. Det arbetssätt som intraprenaderna haft kommunvis och som varit mycket framgångsrikt skall med deras hjälp införas i hela primärvården.
- För den landstingsdrivna primärvården införs ett ekonomiskt system som innebär att verksamheten får ta med sig över- och underskott till nästa år. Ekonomiska avvikelser som innebär underskott eller överskott skall återställas de tre kommande åren. Verksamhetsområdet beslutar om regler avseende över- och underskott för närvårdsområdena.

Landstingsfullmäktige beslutade 2010-02-18 § 22, dnr LS/42/2010 om regler för över- och underskottshantering. I beslutet framgår att det är verksamhetsområdet som gäller, och att för primärvård gäller närvårdsområde.

En översyn bör göras för att utvärdera om den regiondrivna primärvården upplever att de har intraprenadvillkor, och vilka regelförändringar de anser skulle underlätta ett flexiblare agerande, minskad administration och mer entraprenadliknande förhållanden. Villkoren för den regiondrivna primärvårdens möjligheter att agera som ett sammanhållet bolag eller koncern ska också analyseras. Översynen ska också inkludera en omvärldsanalys för att se vilka regler andra landsting/regioner tillämpar för att stimulera primärvården i egenregi att agera som entreprenörer och hur koncernagerande kan stärkas.

I detta uppdrag ingår dessutom att analysera om det finna andra verksamheter inom Region Jämtland Härjedalen som skulle kunna effektiviseras om de fick intraprenadvillkor.

Slutligen ska uppdraget utifrån översynen ge förslag på uppdaterade villkor för intraprenader till nutida förhållanden.

Regiondirektörens förslag

1. Regiondirektören får i uppdrag att göra en översyn av den regiondrivna primärvården och analysera om det finns behov av regelförändringar för att underlätta ett flexiblare agerande, minskad administration och mer entraprenadliknande förhållanden liksom möjligheterna att agera som en koncern.

2. Regiondirektören ska också göra en omvärldsanalys för att se vilka regler andra landsting/regioner tillämpar för att stimulera primärvården i egenregi att agera som entreprenörer och koncern.

3. I regiondirektörens uppdrag ingår dessutom att analysera om det finna andra verksamheter inom Region Jämtland Härjedalen som skulle kunna effektiviseras om de fick intraprenadvillkor.

4. Slutligen ska regiondirektören utifrån översynen ge förslag på uppdaterade villkor för intraprenader till nutida förhållanden.

5. Regiondirektören ska redovisa arbetet vid regionstyrelsen i oktober.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Utdrag till

Vårdvalsnämnden

26. Uppdrag att utreda och införa konkurrensneutral organisation för primärvården i landstingets regi (LS/935/2009)

Ärendebeskrivning

Landstingsfullmäktige beslutade den 24 juni 2009 § 128 att uppdra till landstingsstyrelsen att utreda och föreslå konkurrensneutral organisation för primärvården i egen regi i enlighet med landstingsstyrelsens förslag till svar avseende primärvårdens uppdrag, struktur och finansieringsformer.

Landstingsfullmäktige har i samband med beslutet om primärvårdens uppdrag, struktur beslutat att sex huvudprinciper skall vara styrande för primärvården och hälsovalet i Jämtlands läns landsting. Dessa huvudprinciper är:

- Närhetsprincipen
- Samordning
- Ekologiskt hållbar
- Folkhälsofrämjande
- Anpassningsbar verksamhet
- Uppföljnings- och utvärderingsbar verksamhet

Landstingsdirektören har gett chefen för verksamhetsområde primärvård i uppdrag att utreda och föreslå en konkurrensneutral organisation för primärvården. (utredningen bifogas)

I beredningen av ärendet har biträdande landstingsdirektören upprättat en tjänstepromemoria i ärendet med en mängd förslag till förändringar av organisationen och spelregler för att åstadkomma en konkurrensneutral organisation. Promemorian bifogas ärendet.

Förslaget innebär att ekonomin inom primärvården blir mera lik den privata marknaden genom att en över- och underskottshantering där verksamheten får ta med si över och underskott och reglera dessa över en tre årsperiod. I stort innebär det att hela primärvårdens hälsovalsdel blir väldigt lik våra "nuvarande intraprenader" Nuvarande intraprenader ingår fortsättningsvis i den landstingsdrivna primärvården.

Beslutsunderlag

Utredning med Förslag till ny konkurrensneutral organisation för den landstingsdrivna primärvården.
Ny organisations för den landstingsdrivna primärvården (organisationsskiss)
Tjänstepromemoria konkurrensneutral organisation för primärvård i landstingets regi.

Landstingsdirektörens förslag

Landstingsstyrelsen föreslår landstingsfullmäktige

1. Landstingets primärvård organiseras i närvårdsområden enligt förslag till organisationsskiss
2. Uppdrag till landstingsstyrelsen att fastställa de närmare reglerna för över och underskottshantering enligt tjänstepromemorian.
3. Sjukvårdsrådgivningen, Närvårdsavdelningen i Strömsund, Korttidsplatserna i Sveg organiseras som anslagsfinansierade enheter inom primärvården och därmed som fri nyttighet för övriga utövare inom hälsovalet.
4. Budgeten och ansvaret för avtalet för tillnyktringsenheten överförs till verksamhetsområde Psykiatri.
5. Livsstilsmottagningen vid Campus avvecklas och avsatta budgetmedel 1 000 tkr överförs till Motsedda kostnader till styrelsens förfogande.

I tjänsten

Karin Strandberg Nöjd
Landstingsdirektör

Göran Rydqvist
Biträdande landstingsdirektör

Jämtlands Läns Landsting

Tjänstepromemoria

Landstingsdirektören
Biträdande landstingsdirektör
Göran Rydqvist
Tfn: 063-147566
E-post: goran.rydqvist@jll.se

2009-10-21

LS/935/2009

Konkurrensneutral organisation för primärvård i landstingets regi

Landstingsfullmäktige beslutade den 24 juni 2009 § 128 att uppdra till landstingsstyrelsen utreda och föreslå konkurrensneutral organisation för primärvården i egen regi i enlighet med landstingsstyrelsens förslag till svar avseende primärvårdens uppdrag, struktur och finansieringsformer.

Landstingsfullmäktige har i samband med beslutet om primärvårdens uppdrag, struktur och finansieringsformer beslutat att sex huvudprinciper skall vara styrande för primärvården och hälsovalet i Jämtlands läns landsting. Dessa huvudprinciper är:

- Närhetsprincipen
- Samordning
- Ekologiskt hållbar
- Folkhälsofrämjande
- Anpassningsbar verksamhet
- Uppföljnings- och utvärderingsbar verksamhet

Utredning av organisationen för primärvården

På uppdrag av landstingsdirektören har verksamhetsområdeschefen för primärvården utrett frågan om hur en konkurrensneutral organisation för landstingets primärvård. (Utredarens förslag bifogas.) Utredningen föreslår följande:
Primärvården organiseras i kommunvisa närvårdsområden som leds av en verksamhetschef. Närvårdsområdena utgör ekonomiska enheter. I Östersunds kommun som utgör ett närvårdsområde men där utgör Hälsocentralerna ekonomiska enheter.

Utredaren föreslår att ungdomsmottagningen skall organiseras i det länsövergripande kompetenscentrumet för folkhälsa och livsstilsfrågor.

Utredaren föreslår vidare att följande enheter/projekt/länsövergripande uppdrag organiseras utanför den nya Primärvårds/Närvårdsorganisationen:

- Sjukvårdsrådgivningen/1177
- Stimulansmedel
- Sjukskrivningsprocessen
- Näva, Strömsund
- Korttidsplatserna i Sveg
- TNE – budget

- Livsstilsenheten/Kompetenscentrum Campus
- AT-läkare – studierektorer
- ST-läkare – studierektorer
- Ungdomsmottagningen

Vidare förslår utredaren när det gäller de ekonomiska reglerna att det är en förutsättning att en konkurrensneutral landstingsdriven organisation är så lika som möjligt med privata utförare.

Utredaren föreslår ett system för långsiktig, 3-årsplanering, bör införas. Detta förutsätter att över- och underskottssystem som gör det möjligt att per närvårdsområde eventuellt genererat överskott/underskott kan sparas mellan budgetåren.

Landstingsdirektörens bedömning och förslag

Intraprenader i primärvården

Under senare år har det funnits två kommunvisa intraprenader (Åre och Krokom) inom primärvården. Intraprenaderna har arbetat på ett mycket effektivt sätt , personalen upplever att arbetssättet är mycket stimulerande och man upplever en hög grad av självständighet. Intraprenaderna ingår från och med den 1 januari 2010 i den landstingsdrivna konkurrensneutrala primärvården. Det arbetssätt som intraprenaderna haft kommunvis och som varit mycket framgångsrikt skall med deras hjälp införas i hela primärvården. Uppdraget åvilar verksamhetsområdeschefen för primärvården tillsammans med verksamhetscheferna för närvårdsområdena.

Organisation av primärvården

Det förslag från utredaren till Närvårdsområden som består av varje kommun i länet genomförs. Se bifogade organisationsskiss. Detta kommer att underlätta landstingets samarbete med kommunerna. Varje Närvårdsområde leds av en verksamhetschef, verksamhetscheferna tillsammans med verksamhetsområdeschefen utgör primärvårdens ledningsgrupp. Inom varje verksamhetsområde finns ett antal hälsocentraler.

I uppdraget för Närvårdsområdet ingår ett antal samordningsuppdrag:

- Samverkan med kommunen
- Jour och beredskapsorganisation
- Beroendevård
- Psykosociala resurser, fördelning inom området
- Flexibel bemanning av områdets enheter
- Ekonomisk samverkan
- Rehabilitering – Rehabkoordinatorer
- Rutiner för medicinsk säkerhet
- MLA-funktion (Medicinsk Lednings Ansvar)
- Kris- och katastrofplanering
- Särskilt boende – Läkarmedverkan
- ST-läkarplaceringar
- AT-läkarplaceringar

Uppdraget för landstingets primärvård framgår av ärendet om hälsoval i Jämtlands län.

Den landstingsdrivna primärvården skall godkännas utifrån kraven i Hälsoval Jämtland.

Primärvården kommer dessutom att få ett antal landstingsövergripande eller kommunspecifika uppdrag som inte ingår i hälsovalet utan kommer att vara anslagsfinansierade och skall skötas utanför närvårdsområdena (se ekonomiavsnittet).

Ekonomi

För den landstingsdrivna primärvården införs ett ekonomiskt system som innebär att verksamheten på får ta med sig över- och underskott till nästa år. Ekonomiska avvikelser som innebär underskott eller överskott skall återställas de tre kommande åren. Verksamhetsområdet beslutar om regler avseende över- och underskott för närvårdsområdena. Ekonomin för de anslagsfinansierade enheterna skall hållas skild från de delar av primärvården som ingår i Hälsoval Jämtland. Det detaljerade regelverket för över- och underskott utformas av landstingsstyrelsen.

Anslagsfinansierade verksamheter som skall bedrivas i primärvården men utanför närvårdsområdena

För att Primärvården skall vara konkurrensneutral finns ett antal verksamheter som inte får ingå i Närvårdsområdena utan ligger direkt under verksamhetsområdeschefen för primärvården. Enheternas ekonomi får inte vara gemensam med Närvårdsområdena. Enheterna flyttas i organisationen enligt nedan.

Sjukvårdsrådgivningen/1177

Sjukvårdsrådgivningen/1177 är en anslagsfinansierad enhet inom primärvård och är en gratis nyttighet för primärvården, vårdenheter inom hälsovalet och den specialiserade vården vid Östersunds sjukhus.

Sjukvårdsrådgivningen/1177 skall senast till styrelsen i december 2009 precisera vad som är fri nyttighet för enheterna ovan.

Under 2010 skall utredas annan organisationstillhörighet för sjukvårdsrådgivningen/1177 är lämpligare än primärvården.

Stimulansmedel

Stimulansmedlen för insatser för äldre finns som ett projekt inom primärvården idag. Verksamheten beräknas att pågå som projekt under 2010. I samband med omställningsarbetet hösten 2008 föreslog ett delprojekt omkring extern finansiering att verksamheten skulle inordnas i Ledningsstab utveckling Hälso- och sjukvård. Landstingsdirektören delar delprojektets uppfattning.

Sjukskrivningsprocessen
Sjukskrivningsprocessen och rehabgarantin som är stimulansmedel är ekonomiskt organiserat under landstingsdirektören. Personalansvar och projektansvar har hittills åvilat chefen för verksamhetsområde Primärvård. Personalansvar och projektansvar föreslås övergå till Ledningsstab utveckling hälso- och sjukvård.

Närvårdsavdelningen (NÄVA) i Strömsund
Närvårdsavdelningen ingår idag som ett tilläggsuppdrag för primärvården i Strömsund. För att uppdragen i Hälsovalet skall bli lika i hela länet föreslås att Närvårdsavdelningen i Strömsund blir en anslagsfinansierad enhet inom Primärvården. Finansiering genom avtal med Strömsunds kommun och anslag från landstinget. Hur stort anslaget från landstinget skall vara beslutas på landstingsstyrelsens extra sammanträde den 24 november 2009.
I anslaget skall ingå behov av läkartid eftersom NÄVA i fortsättningen måste "köpa läkartid" av vårdenheten i Strömsund eller annan leverantör.

Korttidsplatser i Sveg
Landstinget köper idag korttidsplatser i Sveg av Härjedalens kommun. Verksamheten föreslås i fortsättningen vara ett anslagsfinansierat uppdrag till primärvården att teckna detta avtal. Anslaget beslutas på det extra styrelsemötet den 24 november 2009.
I anslaget måste ingå behov av läkartid eftersom detta måste köpa läkartid av vårdenheterna i Härjedalen eller annan leverantör.

Tillnyktringsenhetens budget
Ansvaret för avtalet med kommunerna om tillnyktringsenheten överförs från kommande år till beroendeenheten inom verksamhetsområde psykiatri och därmed förs också dess budget över till psykiatrin.

Kompetenscentrum för livsstilsfrågor och livsstilsmottagningen på Campus
Placeringen av landstingets kompetens centrum för livsstilsfrågor hanteras som särskilt ärende, och kommer att placeras vid Ledningsstab regional utveckling. Ansvaret för direkt patientarbete överförs till andra enheter inom landstinget.
Vårdhänvisningsenheten överförs till den nya beroendeenheten inom verksamhetsområde psykiatri.

Livsstilsmottagningen vid Campus som inrättades efter beslut i landstingsfullmäktige har inte kunnat rekrytera läkare trots flera försök och passar inte riktigt in i hälsovalet och kan inte finansieras som var tänkt i det tidigare beslutet. Verksamheten avvecklas från 1 januari 2010 och anslaget överförs till motsedda kostnader till landstingsstyrelsens förfogande.

Ungdomsmottagningen
Ungdomsmottagningen hanteras som särskild ärende vid landstingsstyrelsen och landstingsfullmäktige i november och blir anslagsfinansierad verksamhet i Primärvården. Vart verksamheten skall finnas från och med 2011 skall utredas av verksamhetsområdeschefen för primärvården under 2010.

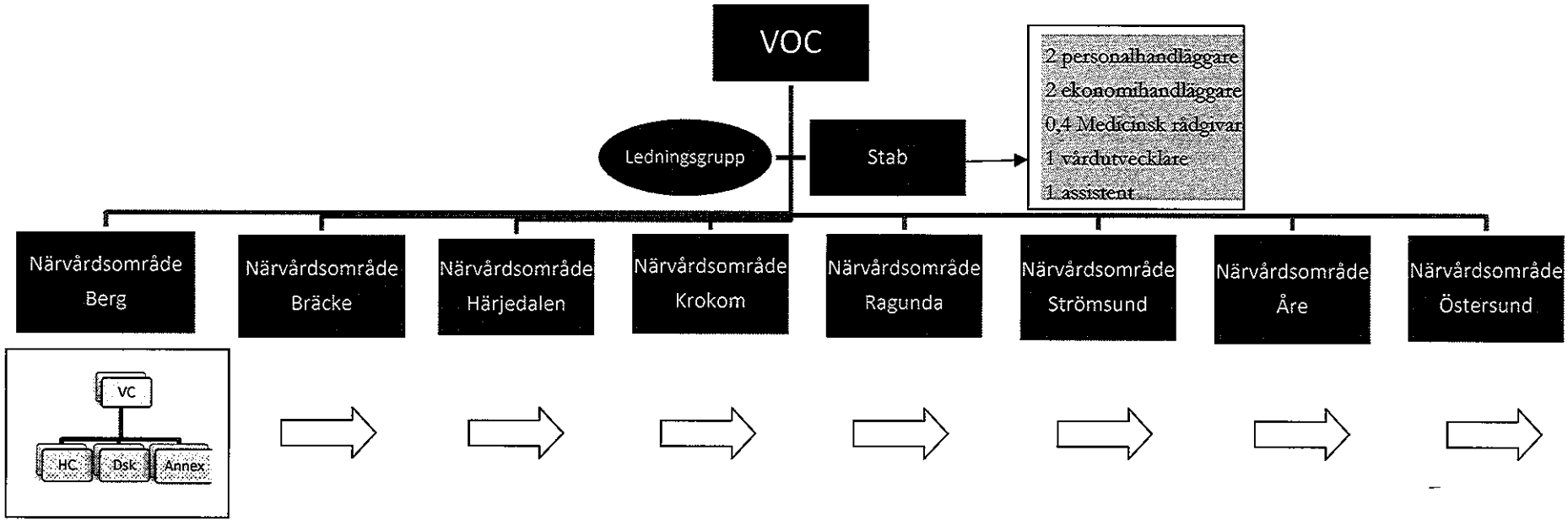
Ljusbehandling i Sveg och Strömsund
För verksamheten ansvarar Hudkliniken inom verksamhetsområde HIÖÖ.
Verksamheten utgör en anslagsfinansierad verksamhet som bedrivs inom primärvården och ingår ej i Hälsovalet.

ST och AT-läkare.
Studierektorer för AT- och ST läkare tillhör även fortsättningsvis ledningsstaberna vid landstingsdirektörens stab. Budgeten för ST-läkare i primärvård och ryggsäcksmodellen överförs i landstingsdirektörens stab liksom budgeten för AT-läkare kvarstår inom landstingsdirektörens stab.

I tjänsten

Göran Rydqvist

Förslag till ny konkurrensneutral organisation för den landstingsdrivna primärvården



Närvårdsområdenas samordningsuppdrag:

- Samverkan kommunerna. Ädel, folkhälsa m m
- Jour och beredskapsorganisation
- Beroendevård
- Psykosociala resurser, fördelning inom området
- Flexibel bemanning av områdets enheter
- Ekonomisk samverkan
- Rehabilitering – Rehabkoordinatorer
- Rutiner medicinsk säkerhet
- MLA-funktion
- Kris och katastrofplanering
- Särskilt boende, - läkarmedverkan
- ST-läkarplaceringar
- AT-placeringar
- Utse representanter i arbetsgrupper

Ledningsstab ekonomi
Karin Jonsson
Tfn: 063-15 31 87
E-post: karin.jonsson@jll.se

2010-01-07

RS/1039/2017

Modell för över- och underskottshantering Fullmäktige 2010

Att den kommunala sektorn klarar av att sköta sin ekonomi på ett ansvarsfullt sätt är en viktig förutsättning för utvecklingen av lokal demokrati och självstyrelse.

God ekonomisk hushållning innebär att en kommun/landsting i normalfallet har ett rimligt överskott i budgeterad resultaträkning och bokslut. Om det finns synnerliga skäl kan den budgeterade resultaträkningen undantagsvis underbalanseras.

När underskott har konstaterats ställs krav på framtagande av särskild åtgärdsplan. Planen ska innehålla genomtänkta och genomförbara åtgärder för att täcka hela det belopp som ska regleras och det skall framgå när åtgärderna genomförs. Åtgärdsplanen ska följas upp kontinuerligt och återrapportering skall ske till fullmäktige om planen inte hålls.

Tidsfristen för att återställa ett negativt resultat är tre år. Krav ställs på att fullmäktige ska anta en åtgärdsplan som ska täcka hela underskottet. Beslut om en reglering av underskottet ska tas senast i budget det tredje året efter det år då underskottet uppkom.

Från och med 2010 föreslås Jämtlands läns landsting införa en ekonomisk modell som innebär att verksamhetsområdena fiktivt bär med sig över- och underskott mellan åren. Modellen bygger inte på tilläggsanslag och ramsänkningar utan resultatet över tid följs i särskild ordning utanför den ordinarie redovisningen. Modellen tas i drift från år 2010 vilket innebär att 2010 års resultat är det första som adderas i modellen.

Om ett verksamhetsområde ett år redovisar ekonomiskt överskott får området ha det överskottet tillgodo i modellen för att möta eventuella underskott kommande år. Om ett verksamhetsområde istället redovisar underskott som inte kan täckas av upparbetat överskott tidigare år måste området återställa detta underskott inom tre år. Inom primärvården tillämpas samma princip i nästa led även på närvårdsområdesnivå.

Vid analys av årets resultat för ett verksamhetsområde väger måluppfyllnaden tungt i hur ekonomiskt över- och underskott ska betraktas och i vilken omfattning verksamheten ska reglera underskottet under nästkommande treårsperiod. Om underskottet beror på svårpåverkbara faktorer och verksamheten inte har kunnat anpassas inom givet uppdrag, utan betydande konsekvenser för medborgarna och

anställdas arbetsmiljö kan det underskott som ska föras över till nästkommande år komma att räknas ned.

Beslut om återställande av ekonomiskt underskott för verksamhetsområdena fattas av landstingsstyrelsen En verksamhet i ekonomisk balans uppnås genom en kombination av adekvata åtgärder, nödvändiga omdisponeringar och tilläggsanslag.

26

Resultatförbättrande åtgärder 2018-2020 – Pilotstudie avseende utvecklande av produktionsuppdrag för verksamheten inom område kirurgi/ögon/öron samt område kvinna

RS/1040/2017

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Tjänsteskrivelse

2017-05-22

RS/1040/2017

Resultatförbättrande åtgärder 2018-2020 – Pilotstudie avseende utvecklande av produktionsuppdrag för verksamheten inom område kirurgi/ögon/öron samt område kvinna

Ärendebeskrivning

Vid regionstyrelsens sammanträde i mars 2017 presenterade regiondirektören ytterligare förslag till resultatförbättrande områden. Ett av dessa är genomförande av pilottest avseende produktionsuppdrag.

I pågående förändringsarbete (OPUS 2020) inom kirurgi/ögon/öron initierat av den externa genomlysningen hösten 2016 skall därför kompletteras med en pilotstudie i att utforma produktionsuppdrag för verksamheten. Piloten skall genomföras 2018. Utöver område kirurgi beslutades att även område Kvinna samt eventuellt ytterligare ett verksamhetsområde skall involveras i piloten.

Som utgångspunkt och bas för framtagande av produktionsuppdraget är regionens KPP-databas. (KPP= Kostnad Per Patient) Regionen har nu samlat data sedan 2013. Data från 2015 är dock behäftad med vissa kvalitetsbrister p.g.a. införandet av Cosmic. För att nå en bättre kvalitet i piloten kommer därför data baseras på KPP från 2016. Detta underlag kommer vara klart under maj 2017.

Genomgång av KPP material kommer därför först kunna ske med berörda verksamheter under juni 2017. Hösten 2017 kommer användas för att i detalj utforma lämplig pilotmodell.

Pilottesten kommer således kunna inledas under våren 2018. Utvärdering under hösten 2018 och därefter föreslås ställningstagande om den fortsatta utvecklingen och bedömning av ett eventuellt breddinförande inför 2019.

Regiondirektörens förslag

Regiondirektören får i uppdrag att med utgångspunkt från planerade verksamhetsmöten i juni 2017 återkomma med en slutlig plan för pilottest och omfattning till regionstyrelsen i oktober 2017.

I tjänsten

Ingela Jönsson

Tf Regiondirektör

Utdrag till

Organisation/person som protokollsutdrag och/eller yttrande ska skickas till.

27

Resultatförbättrande åtgärder 2018-2020 - Utredning om samverkan med annan part gällande sterilcentralen

RS/1041/2017

2017-05-22

Sekretariatet
Daniel Nilsson
Tfn: 063-14 75 71
E-post: daniel.l.nilsson@regionjh.se

RS/1041/2017

Beslut angående resultatförbättrande åtgärder avseende sterilcentralen

Ärendebeskrivning

Sterilcentralen vid Östersunds sjukhus står inför omfattande återinvesteringsbehov. När regionstyrelsen i januari efterfrågade ytterligare förslag på resultatförbättrande åtgärder svarade regiondirektören i februari med förslag om att ”utreda förutsättningarna till alternativa möjligheter till dessa investeringar, exempelvis samverkansmöjligheter med t.ex. andra landsting och/eller om gods kan steriliseras hos annan part o.s.v.”
Regionstyrelsen godkände i mars detta förslag och ville till i maj få fördjupning och tidplan för arbetet inom detta område.

Analyser tillsammans med verksamhetsansvariga har nu skett och följande områden föreslås utredas:

- Tillsammans med Region Västernorrland utreda möjligheter och förutsättningar för ett samarbete rörande sterilcentralen inkl. samordning av logistik.
- Möjligheten att samverka med annan part gällande sterilisering av sjukvårdsutrustning

Om samverkan med Region Västernorrland inte är möjlig ska Region Jämtland Härjedalen på egen hand utreda alternativa och kostnadseffektiva arbetssätt inom sterilcentralens verksamhet.

Regiondirektörens förslag

1. Regiondirektören får i uppdrag att tillsammans med Region Västernorrland utreda möjligheter och förutsättningar för ett samarbete rörande sterilcentralen inkl. samordning av logistik.
2. Om samverkan med Region Västernorrland inte är möjlig får regiondirektören i uppdrag att utreda alternativa och kostnadseffektiva arbetssätt inom steriliseringscentralens verksamhet samt möjligheter till samverkan med annan extern part gällande sterilisering av sjukvårdsutrustning.

3. Regiondirektören ska rapportera förutsättningarna för ev. samverkan vid regionstyrelsen i oktober 2017.

Utdrag till

Organisation/person som protokollsutdrag och/eller yttrande ska skickas till.

28

Resultatförbättrande åtgärder 2018-2020 - Utvärdering av regionens internhandel

RS/1042/2017

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Tjänsteskrivelse
(Regionstyrelsen)

2017-05-22

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

RS/1042/2017

Resultatförbättrande åtgärder internhandel

Ärendebeskrivning

För flertalet medicinska servicefunktioner (lab, radiologi) på Region Jämtland Härjedalen tillämpas köp/sälj mellan utförare och beställare. Nuvarande modell har inte varit föremål för någon djupare utvärdering sedan införandet. Köpen från de medicinska servicefunktionerna har vuxit över tid. För att ekonomiska styrmodeller ska ge god effekt är det viktigt att med jämna mellanrum utvärdera och komplettera dessa så att de inte övergår i en ren rutinbaserat hantering. Regionens internhandel bör därför bli föremål för en analys i syfte att få svar på följande frågor:

- Har nuvarande modell medfört en större kostnadsmedvetenhet kring olika former av provtagning, tester mm och bidragit till att förhindra en större kostnadsökning än om dessa stödfunktioner utgjort fria nyttigheter?
- Har de interna leverantörerna av dessa medicinska tjänster genom konsultativ återkoppling stöttat en utveckling mot ett mer ändamålsenligt och kostnadseffektivt nyttjande från beställarnas sida?
- Hur skulle nuvarande modell kunna förändras för att nå en starkare styrning mot ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt nyttjande av medicinska servicefunktioner?

Analysen ska ta hänsyn till den utredning som görs av patientnära analyser (PNA) så att modellen ger stöd till ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt nyttjande även i patientnära analyser.

Regiondirektörens förslag

1. Regiondirektören får i uppdrag att göra en utvärdering av internhandel mellan beställare och utförare av medicinska servicetjänster.
2. Beroende på vad utvärderingen visar, ska förslag på en förändring av modellen presenteras, om så krävs för att åstadkomma ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt nyttjande av medicinska servicetjänster.
3. Uppdraget ska återredovisas till Regionstyrelsen i november 2017

Utdrag till

Organisation/person som protokollsutdrag och/eller yttrande ska skickas till.

29

Resultatförbättrande åtgärder 2018-2020 - Utredning om förutsättningar för driva verksamhet gemensamt med annat landsting

RS/1043/2017

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Tjänsteskrivelse
(Ange instans)

2017-05-22

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

RS/1043/2017

Resultatförbättrande åtgärder 2018-2020 - Utredning om förutsättningar för driva verksamhet gemensamt med annat landsting

Ärendebeskrivning

När regionstyrelsen i januari efterfrågade ytterligare förslag på resultatförbättrande åtgärder svarade regiondirektören i februari med förslag om att ” förutsättningar för driva verksamhet gemensamt med annat landsting”. Regionstyrelsen godkände i mars detta förslag och ville till i maj få fördjupning och tidplan för arbetet inom detta område.

Många av regionens verksamheter har svårt att säkerställa en god kompetensförsörjning och blir till och från därmed sårbara för mindre störningar. Volymerna är även i vissa fall relativt små, vilket leder till dyr produktion med avsaknad av skalfördelar. Grannlandstingen brottas i mångt och mycket med samma problem. Det är därför återigen nödvändigt att utreda möjligheter och förutsättningar att kunna driva verksamhet gemensamt med annat landsting.

Samtal har inletts med Region Västernorrland med fokus på att gemensamt analysera verksamheternas tillgänglighetsproblem och se om samverkan kan lösa de problem vi gemensam kan se.

Även inom Norrlandstingens regionförbund har samarbetsdiskussioner startat t ex arbetas det inom chefsamrådet för ortopedi med frågan om gemensam koordinering av vårdgarantipatienter för att de ska kunna stanna i Norrland.

Regiondirektörens förslag

1. Regiondirektören får i uppdrag att fortsätta och fördjupa diskussionerna med Region Västernorrland, och inom ramen för Norrlandstingen
2. Regiondirektören ska återkomma till regionstyrelsen i november med en muntlig rapport kring hur samarbetsdiskussionerna fortlöper

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Lisbet Gibson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Utdrag till

Organisation/person som protokollsutdrag och/eller yttrande ska skickas till.

30

Forskningssamverkan för kunskapsutveckling och kompetensöverföring med Norge

RS/1131/2017

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Tjänsteskrivelse

2017-05-19

Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen
Göran Hallman
Tfn: +46(0)63-146524
E-post: goran.hallman@regionjh.se

RS/1131/2017

Forskningssamverkan för kunskapsutveckling och kompetensöverföring med Norge

Ärendebeskrivning

I det samarbete som inletts med den nya administrationen i det sammanslagna Trøndelag utpekas forskning och utvecklingen av hälsa som ett av de starkaste utvecklingsområdena där en samverkan kan generera positiva effekter för vårt eget län. Det omfattar metodkunskapsutveckling samt behovet av att få tillgång till kvalificerad information om en befolknings hälsotillstånd. Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag (HUNT) samlar in enkätbaserad information, genomför hälsoundersökningar samt biobanksmaterial för att forska på folkhälsa. Totalt har 120 000 personer medverkat till att hälsodata kan göras tillgängliga för etiskt godkända forskningsprojekt. Detta gör HUNT till en mycket kvalificerad samling av hälsodata och biobanksdata, också i ett internationellt perspektiv.

HUNT omfattar f.n. enbart befolkningsdata från Nord-Trøndelag. Därför genomförs nu en förstudie med syfte att analysera möjligheterna att utöka undersökningen till att omfatta även Sør-Trøndelag. I samband med detta har Region Jämtland Härjedalen fått erbjudande om medverkan i förstudien. Förstudien avser även belysa olika nivåer (komplexiteten) av insamlade data samt redovisa vilka möjligheter och begränsningar i tolkningen detta medger. De olika nivåerna avser vilka data som kan insamlas relaterat till kostnaden för desamma. Nivåerna omfattar olika alternativ och kombinationer av metoder – enkäter, individuell hälsoundersökningar samt biobanksdata – relaterat till olika åldersurval. Denna förstudie innefattar därför en analys av etiska, tekniska så väl som ekonomiska restriktioner för att genomföra en s.k. Mini-HUNT som komplement till den fullvärdiga HUNT. Förstudiens underlag har efterfrågats inför de dialoger som inletts mellan regeringsföreträdare och Region Jämtland Härjedalen avseende att få möjlighet att bli testbädd för utvecklingen av en behovsstyrd vård i glesbygd.

En fortsatt extensiv samverkan med forskningsmiljöer i Trøndelag - Helse Nord-Trøndelag HelseForetakk - utgör en god grund för att attrahera forskning och utveckling – dels av egen personal men även av och med externa intressenter. Att kunna erbjuda stimulerande vidareutbildning samt handledning är essentiella förutsättningar för att vara och bli en ännu mer attraktiv arbetsgivare.

Regiondirektörens förslag

1. Regiondirektören får i uppdrag att genomföra samt finansiera medverkan i förstudien av Mini-HUNT i Region Jämtland Härjedalen med 200 tkr inom befintlig ram på Hälso- och Sjukvårdspolitiska avdelningen.

2. Regiondirektören får i uppdrag att ingå utökat intentionsavtal med Helse Nord-Trøndelag HF om utökad forskning och kompetensutveckling baserat på nuvarande samarbete.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Göran Hallman
Folkhälsopolitisk strateg

Utdrag till

Göran Larsson, Forskningsdirektör
Göran Hallman, Folkhälsopolitisk strateg
Kerstin Norrbin, Utvecklingschef

32

Svar på begäran från Länstrafiken om undantag från Region Jämtland Härjedalens modervarumärkesstrategi

RS/1030/2017

2017-05-15

Sekretariatet
Daniel Nilsson
Tfn: 063-14 75 71
E-post: daniel.l.nilsson@regionjh.se

RS/1030/2017

Svar på begäran om undantag från Region Jämtland Härjedalens varumärkespolicy

Ärendebeskrivning

Länstrafiken har den 23 januari 2017 inkommit med en begäran om undantag från Region Jämtland Härjedalens varumärkespolicy. Som argument till detta anförs ekonomiska kostnader som ny profilering samt marknadsföringsinsatser som idag inte finns inom angiven kostnadsram.

Regionala utvecklingsnämnden beslutade vid sitt sammanträde den 9 maj 2017, § 84 att tillstyrka Länstrafikens begäran om undantag från Region Jämtland Härjedalens varumärkespolicy.

Region Jämtland Härjedalen ansvarar för både organisationens och platsens varumärke. För att öka attraktionskraften för såväl plats som organisation ska organisationen arbeta för att stärka och synliggöra varumärket. Regionfullmäktige har beslutat om en strategi kallad modervarumärke som innebär att organisationens samtliga verksamheter - som ägs till 50 % eller mer av Region Jämtland Härjedalen - marknadsförs under samma logotyp och med samma grafiska profil. Undantag beslutas av regionstyrelsen.
Länstrafiken ägs till 100 % av Region Jämtland Härjedalen och faller därmed under regionfullmäktiges beslut om modervarumärkesstrategi. Länstrafiken i Jämtland AB har begärt undantag från modervarumärkesstrategin. Länstrafiken i Jämtland är ett inarbetat varumärke som har funnits sedan i början 1990-talet. För en affärsdrivande verksamhet som Länstrafiken är varumärket betydande både i kontakter med medborgare och i affärsrelationer där ett väl uppbyggt varumärke spelar en stor roll för synen på företaget. Kostnaden för byte av varumärke uppskattas av Länstrafiken till cirka 3 miljoner kronor plus marknadsföringsinsatser. I Länstrafikens budget finns inte utrymme för den kostnaden.

Bussar som bärare av Region Jämtland Härjedalens logotyp skulle tydliggöra att kollektivtrafiken utgör en stor och viktig del av Region Jämtland Härjedalens verksamhet. Det skulle även skapa goda förutsättningar för en mobil och synlig marknadsföring i hela regionen samt förståelse för hur skattepengar används. Den beslutade modervarumärkesstrategin är det mest kostnadseffektiva för Region

Jämtland Härjedalen då kostnader för att underhålla och revidera en rad olika varumärken försvinner.

Länstrafikens logotyp och grafiska profil skapades tidigt 1990-och är alltså 25-30 år. I de varumärkesundersökningar som genomfördes i samband regionbildningen 2015 framkom det att respondenterna önskar en ”modernare” framtoning av Region Jämtland Härjedalen om den ska betraktas som attraktiv. Grafisk profilering, med tillhörande logotyp, bidrar starkt till att signalera vad en organisation eller plats står för. För att fördela kostnader över tid kan införandet av ett nytt varumärke ske succesivt. Att bevilja undantag från modervarumärkesstrategin på annan grund än det beslutade riskerar att bli prejudicerande och på sikt urholka Region Jämtland Härjedalens varumärke. I samband med upphandling av Buss 2018 föreslås även att namnet ”Länstrafiken” ses över så att det bättre stämmer överens med regionens övriga benämningar.

Regiondirektörens förslag

1. Regionstyrelsen avstyrker Länstrafikens begäran om undantag från modervarumärkesstrategin.
2. I samband med upphandling av Buss 2018 ska namnet ”Länstrafiken” ses över så att det stämmer överens med regionens övriga benämningar.
3. Finansiering av varumärkesbyte ska ske inom ramen för Länstrafikens budget.

Utdrag till

Länstrafiken, Regionala utvecklingsnämnden

LÄNSTRAFIKEN

2017-01-18

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN
2017 -01- 23
Dnr. RUN /550 /20 17

Region Jämtland Härjedalen

Styrelsen för Länstrafiken i Jämtlands län begär härmed undantag från Region Jämtland Härjedalens varumärkespolicy. Bakgrunden till begäran har aktualiserats med anledning av pågående upphandling Buss 2018. Styrelsen vill uppmärksamma att särkrav kan vara kostnadsdrivande i anbud.

Byte av den grafiska profilen är kostnadsdrivande. Beräknad kostnad för en omprofilering för Länstrafiken i Jämtlands län AB är ca. 3 Mkr samt tillkommande kostnader för marknadsföringsinsatser. I den beräknade kostnaden finns tex. byte av hållplatsskyltar, busskort och annat grafiskt material. Dessa kostnader finns inte inom angiven budgetram.

Andra regioner i Sverige har i sina varumärkespolicys direktiv hur kollektivtrafik skall profileras. Exempelvis Region Skåne genom Skånetrafiken, Västra götalandsregionen genom Västtrafik.

Länstrafiken i Jämtlands län AB begär undantag från Region Jämtland Härjedalens varumärkespolicy med anledning av ovanstående.

På grund av upphandlingen ser styrelsen en skyndsam hantering av ärendet hos Region Jämtland Härjedalen.

Styrelsen för Länstrafiken i Jämtlands län AB

Elisabet Sjöström
Ordförande

Thomas Andersson
Vice ordförande

§23

Begäran om undantag från Region Jämtland Härjedalens varumärkespolicy (RUN/50/2017)

Sammanfattning

Region Jämtland Härjedalen ansvarar för både organisationens och platsens varumärke. För att öka attraktionskraften för såväl plats som organisation ska organisationen arbeta för att stärka och synliggöra varumärket. Regionfullmäktige har beslutat om en strategi kallad modervarumärke som innebär att organisationens samtliga verksamheter - som ägs till 50 % eller mer av Region Jämtland Härjedalen - marknadsförs under samma logotyp och med samma grafiska profil. Undantag beslutas av regionstyrelsen.

Länstrafiken ägs till 100 % av Region Jämtland Härjedalen och faller därmed under regionfullmäktiges beslut om modervarumärkesstrategi.

Länstrafiken i Jämtland AB har begärt undantag från modervarumärkesstrategin. Länstrafiken i Jämtland är ett inarbetat varumärke som har funnits sedan i början 1990-talet. För en affärsdrivande verksamhet som Länstrafiken är varumärket betydande både i kontakter med medborgare och i affärsrelationer där ett väl uppbyggt varumärke spelar en stor roll för synen på företaget. Kostnaden för byte av varumärke uppskattas av Länstrafiken till cirka 3 miljoner kronor plus marknadsföringsinsatser. I Länstrafikens budget finns inte utrymme för den kostnaden.

Bussar som bärare av Region Jämtland Härjedalens logotyp skulle tydliggöra att kollektivtrafiken utgör en stor och viktig del av Region Jämtland Härjedalens verksamhet. Det skulle även skapa goda förutsättningar för en mobil och synlig marknadsföring i hela regionen samt förståelse för hur skattepengar används.

Den beslutade modervarumärkesstrategin är det mest kostnadseffektiva för Region Jämtland Härjedalen då kostnader för att underhålla och revidera en rad olika varumärken försvinner. Länstrafikens logotyp och grafiska profil skapades tidigt 1990-och är alltså 25-30 år. I de varumärkesundersökningar som genomfördes i samband regionbildningen 2015 framkom det att respondenterna önskar en ”modernare” framtoning av Region Jämtland Härjedalen om den ska betraktas som attraktiv. Grafisk profilering, med tillhörande logotyp, bidrar starkt till att signalera vad en organisation eller plats står för. För att fördela kostnader över tid kan införandet av ett nytt varumärke ske succesivt.

Att bevilja undantag från modervarumärkesstrategin på annan grund än det beslutade riskerar att bli prejudicerande och på sikt urholka Region Jämtland Härjedalens varumärke.

I samband med upphandling av Buss 2018 föreslås även att namnet ”Länstrafiken” ses över så att det bättre stämmer överens med regionens övriga benämningar.

Förslag till beslut

Utskottet för infrastruktur föreslår

Regionala utvecklingsnämnden föreslå regionstyrelsen:

1. Avstyrka Länstrafikens begäran om undantag från modervarumärkesstrategin
2. Besluta att namnet ”Länstrafiken” ses över så att det stämmer överens med regionens övriga benämningar.
3. Finansiering av varumärkesbyte sker inom ram för Länstrafikens budget.
4. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Yrkande

Jörgen Larsson (C) ykar att utskottet bifaller Länstrafikens begäran om avsteg från varumärkespolicyn av ekonomiska skäl.

Proposition

Ordförande ställer proposition på Jörgen Larssons (C) yrkande och finner det antaget.

Beslut

Utskottet för infrastruktur föreslår

Regionala utvecklingsnämnden föreslå regionstyrelsen:

1. Tillstyrka Länstrafikens begäran om undantag från modervarumärkesstrategin.
2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Begäran om undantag från varumärkesstrategin
- Begäran om undantag från Region Jämtland Härjedalen varumärkespolicy

§84

Begäran om undantag från Region Jämtland Härjedalens varumärkespolicy (RUN/50/2017)

Sammanfattning

§84
§23 Begäran om undantag från Region Jämtland Härjedalens varumärkespolicy (RUN/50/2017)
Sammanfattning
Region Jämtland Härjedalen ansvarar för både organisationens och platsens varumärke. För att öka attraktionskraften för såväl plats som organisation ska organisationen arbeta för att stärka och synliggöra varumärket. Regionfullmäktige har beslutat om en strategi kallad modervarumärke som innebär att organisationens samtliga verksamheter - som ägs till 50 % eller mer av Region Jämtland Härjedalen - marknadsförs under samma logotyp och med samma grafiska profil. Undantag beslutas av regionstyrelsen. Länstrafiken ägs till 100 % av Region Jämtland Härjedalen och faller därmed under regionfullmäktiges beslut om modervarumärkesstrategi.
Länstrafiken i Jämtland AB har begärt undantag från modervarumärkesstrategin. Länstrafiken i Jämtland är ett inarbetat varumärke som har funnits sedan i början 1990-talet. För en affärsdrivande verksamhet som Länstrafiken är varumärket betydande både i kontakter med medborgare och i affärsrelationer där ett väl uppbyggt varumärke spelar en stor roll för synen på företaget. Kostnaden för byte av varumärke uppskattas av Länstrafiken till cirka 3 miljoner kronor plus marknadsföringsinsatser. I Länstrafikens budget finns inte utrymme för den kostnaden.
Bussar som bärare av Region Jämtland Härjedalens logotyp skulle tydliggöra att kollektivtrafiken utgör en stor och viktig del av Region Jämtland Härjedalens verksamhet. Det skulle även skapa goda förutsättningar för en mobil och synlig marknadsföring i hela regionen samt förståelse för hur skattepengar används. Den beslutade modervarumärkesstrategin är det mest kostnadseffektiva för Region Jämtland Härjedalen då kostnader för att underhålla och revidera en rad olika arumärken försvinner. Länstrafikens logotyp och grafiska profil skapades tidigt 1990-och är alltså 25-30 år. I de varumärkesundersökningar som genomfördes i samband regionbildningen 2015 framkom det att respondenterna önskar en ”modernare” framtoning av Region Jämtland Härjedalen om den ska betraktas som attraktiv. Grafisk profilering, med tillhörande logotyp, bidrar starkt till att signalera vad en organisation eller plats står för. För att fördela kostnader över tid kan införandet av ett nytt varumärke ske succesivt. Att bevilja undantag från modervarumärkesstrategin på annan grund än det beslutade riskerar att bli prejudicerande och på sikt urholka Region Jämtland Härjedalens varumärke I samband med upphandling av Buss 2018 föreslås även att namnet ”Länstrafiken” ses över så att det bättre stämmer överens med regionens övriga benämningar.
Förslag till beslut

Utskottet för infrastruktur föreslår
Regionala utvecklingsnämnden föreslå regionstyrelsen:
1. Tillstyrka Länstrafikens begäran om undantag från modervarumärkesstrategin.
2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.
Beslutsunderlag
1 Begäran om undantag från Region Jämtland Härjedalen varumärkespolicy
2 §23 Begäran om undantag från Region Jämtland Härjedalens varumärkespolicy

Förslag till beslut

Utskottet för infrastruktur föreslår
Regionala utvecklingsnämnden föreslå regionstyrelsen:
Tillstyrka Länstrafikens begäran om undantag från modervarumärkesstrategin.

Beslut

Regionala utvecklingsnämnden föreslå regionstyrelsen:
Tillstyrka Länstrafikens begäran om undantag från modervarumärkesstrategin.

Beslutsunderlag

- Begäran om undantag från Region Jämtland Härjedalen varumärkespolicy
- §23 Begäran om undantag från Region Jämtland Härjedalens varumärkespolicy

33

Ombyggnationer av Hälsocentralerna i Sveg och Funäsdalen

RS/1087/2017

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Tjänsteskrivelse
Regionstyrelsen

2017-05-09

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

RS/1087/2017

Ombyggnationer av Hälsocentralerna i Sveg och Funäsdalen

Ärendebeskrivning

Primärvården i Sveg behöver en omfattande ombyggnad för att anpassa lokalerna till dagens arbetssätt. Det handlar om att bygga om befintliga lokaler alternativt att bygga nya lokaler som bättre är anpassade till dagens och framtidens arbetssätt vid Sveg Hälsocentral. Ett förslag på lösning bör tas fram gemensamt av fastighetsenheten, primärvården, akutvården, DTS, fastighetsförvaltaren Härjegårdar fastighets AB. Fastighetsägaren Härjedalens kommun skall därefter arbeta fram ett underlag för att lämna en hyresoffert på. Det är viktigt att Härjedalens kommun är delaktig i processen eftersom befintlig fastighet inrymmer mycket kommunal vård och omsorg i kommunal regi som också kommer att behöva förändras utifrån framtida behov.

Primärvården i Funäsdalen behöver också förbättrade lokaler bättre anpassade till dagens arbetssätt och befintlig fastighet är mycket svår att anpassa till dessa behov. Efter dialog med Härjedalens kommun och Härjegårdar så har ett förslag kommit med en nybyggnad strax norr om nuvarande Hälsocentral. Ett förslag på lösning ska tillsammans med fastighetsenheten, primärvården, folktandvården, akutvården, DTS och fastighetsägaren Härjegårdar fastighets AB arbetas fram som ett underlag att lämna en hyresoffert på. Det är viktigt att även Härjedalens kommun är delaktig i processen eftersom platsen där dagens hälsocentral är belägen kan vara en lämplig yta för ett framtida särskilt boende för kommunens behov. Region Jämtland Härjedalen driver även folktandvård i befintlig byggnad och akutverksamheten är lokaliserad i en byggnad i närheten. Det är angeläget att se möjligheter att samordna funktioner och skapa bra vårdflöden.

I detta tidiga skede är det svårt att bedöma kostnaden då det är mycket svårt att överblicka omfattningen. En ombyggnad i Sveg av 2-4000m² bedöms, beroende på omfattning, kosta storleksordningen 20-80 miljoner vilket indikerar att ett nybygge inte är ett orimligt alternativ. Härjegårdar fastighet AB eller Härjedalens kommun skall finansiera bygget och Region Jämtland Härjedalen blir hyresgäst.
I Funäsdalen handlar det om en nybyggnad av 2-3000m², som beroende på omfattning, kommer kosta storleksordningen 50-70 miljoner. Härjegårdar fastighet AB skall finansiera bygget och Region Jämtland Härjedalen blir hyresgäst.

Utredning och framtagande av lokallösning planeras ske under hösten 2017, och tecknande av hyreskontrakt kan därefter ske under 2017, projektering och byggande under 2019 och bedömd inflyttningstid är sommaren 2019

En avsiktsförklaring skall tecknas för vardera objekt mellan inblandade parter för att säkerställa att projektet är förankrat hos samtliga inblandande parter.

Regiondirektörens förslag

1. Regiondirektören får i uppdrag att ta fram lösningar på ombyggnationerna i Sveg och Funäsdalen.

2. Regiondirektören och regionstyrelsens ordförande får i uppdrag att underteckna avsiktsförklaringarna för ombyggnationerna i Sveg och Funäsdalen.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Jan-Åke Lindroth
Fastighetschef

Utdrag till

Fastighetschef
Primärvårdschef
Härjegårdar fastighet AB
Härjedalens kommun

2017-05-08 Dnr

Regiondirektörens ledningsstab
Fastighetschef Jan-Åke Lindroth
Tfn: 063-14 72 20, 070-595 80 97
E-post: jan-ake.lindroth@regionjh.se

Ombyggnad Sveg hälsocentral

Bakgrund

Primärvården i Sveg behöver en omfattande ombyggnad för att anpassa lokalerna till dagens arbetssätt

Uppdrag

Region Jämtland Härjedalen uppdrar till Fastighetschefen att utreda möjligheterna att bygga om befintliga lokaler alternativt att bygga nya lokaler som bättre är anpassade till dagens och framtidens arbetssätt vid Sveg Hälsocentral.
Ett förslag på lösning ska tillsammans med fastighetsenheten, primärvården, akutvården, DTS, fastighetsförvaltaren Härjegårdar fastighets AB och fastighetsägaren skall arbetas tas fram som ett underlag att lämna en hyresoffert på. Det är viktigt att Härjedalens kommun är delaktig i processen eftersom befintlig fastighet inrymmer mycket kommunal vård och omsorg i kommunal regi som också kommer att behöva förändras utifrån framtida behov.
Region Jämtland Härjedalen disponerar idag knappt 4000m² för primärvård, folktandvård och akutverksamhet. Det är angeläget att se möjligheter att effektivisera ytorna och skapa bra vårdflöden.

Ekonomi

I detta tidiga skede är det svårt att bedöma kostnaden då det mycket svårt att överblicka omfattningen. En ombyggnad av 2-4000m² bedöms, beroende på omfattning, kosta storleksordningen 20-80 miljoner vilket indikerar att ett nybygge inte är ett orimligt alternativ. Härjegårdar fastighet AB eller Härjedalens kommun skall finansiera bygget och Region Jämtland Härjedalen blir hyresgäst.

Bedömd tidsplanering	Klart
Utredning och framtagande av lokallösning	Hösten 2017
Tecknande av hyreskontrakt	Under 2017
Projektering och byggande	2019
Bedömd inflyttningstid	Sommaren 2019

Avsiktsförklaring

En avsiktsförklaring skall tecknas mellan inblandade parter för att säkerställa att projektet är förankrat hos samtliga inblandande parter (bilaga 1)

Avsiktsförklaring avseende ombyggnad av Svegs hälsocentral

Förutsättning

Parter:
Fastighetsförvaltare
Härjegårdar Fastighet AB, org nr 556439-6553 nedan benämnt ”Härjegårdar”

Fastighetsägare
Härjedalens Kommun, org nr 212000-2510 nedan benämnd ”Kommunen”

Verksamhetsutövare
Region Jämtland Härjedalen, org nr 232100-0214 nedan benämnt ”Regionen”

Bakgrund

Primärvården i Sveg behöver en omfattande ombyggnad alternativt nybyggnad för att anpassa lokalerna till dagens arbetssätt. Behovet är kommunicerat med Regionens regionråd Ann-Marie Johansson och Christer Siwertsson som bägge sagt ja till att utreda frågan vidare.
Härjedalens Kommun äger fastigheten som nuvarande hälsocentral är inrymd i och Härjegårdar Fastighets AB förvaltar fastigheten på uppdrag av Kommunen. Regionen hyr knappt 4000m² yta för sin verksamhet som består av primärvård, folktandvård och akutvård i form av ambulansverksamhet.
Parterna har med anledning av detta kommit överens om följande:

Parternas åtagande

Parterna träffar härmed avtal om ansvar för och fördelning av kostnader med anledning av planering och genomförande av projektet.

Härjegårdars och Kommunens kostnader för projektet skall finansieras genom hyresavtal mellan Härjegårdar och Regionen.

Projektets genomförande

Genomförande av projektet skall ombesörjas av Regionen i samråd med Härjegårdar. Projektet innebär i huvudsak projektering och ombyggnad av befintliga lokaler för hälsocentralen alternativt en nybyggnad på samma fastighet eller på annan plats i Sveg.

Tecknande av hyresavtal
Regionen har ett innevarande hyresavtal som skall ligga som bashyra. Kostnaden för projektet det vill säga externa kostnader Regionen har för projektering och planering samt byggkostnader för genomförande av projektet skall finansieras av Härjegårdar/Kommunen och finansieras av Regionen och vara underlag för hyresberäkning.
Hyran skall beräknas med SKL;s internränta vid avtalstillfället och skrivas av på 20 år. Avtalet skall följa innevarande avtalsperiod och förlängningsklausuler och om Regionen vill säga upp avtalet före avskrivningsperioden på 20 år skall restskuld med rak avskrivning samt kostnad för att lösa återstående lån till fullo betalas av Regionen. (Se beräkningsexempel i bilaga X). Vid en nybyggnad skall finansieringen lösas på liknade sätt.

Projekteringsgaranti
För det fall Projektet inte genomförs eller inte färdigställs eller att tilläggshyresavtal inte tecknas skall parterna ta sina kostnader.

Ekonomi
I detta tidiga skede är det svårt att bedöma kostnaden då det mycket svårt att överblicka omfattningen. En ombyggnad alternativt nybyggnad av 2-4000m² skulle, beroende på omfattning, kosta storleksordningen 20-80 miljoner.
Härjegårdar/Kommunen skall finansiera bygget och Regionen blir hyresgäst.

Bedömd tidsplanering	Klart
Utredning och framtagande av lokallösning	Hösten 2017
Tecknande av hyreskontrakt	Under 2017
Projektering och byggande	2019
Bedömd inflyttningstid	Sommaren 2019

Stig Holm
VD
Härjegårdar Fastighets AB

Jan-Åke Lindroth
Fastighetschef
Region Jämtland Härjedalen

Gunnel Gyllander
Kommunchef
Härjedalens Kommun

Ingela Jönsson
Regiondirektör
Region Jämtland Härjedalen

2017-05-08 Dnr

Regiondirektörens ledningsstab
Fastighetschef Jan-Åke Lindroth
Tfn: 063-14 72 20, 070-595 80 97
E-post: jan-ake.lindroth@regionjh.se

Ny hälsocentral i Funäsdalen

Bakgrund

Primärvården i Funäsdalen, som utvecklas mycket med stora turistströmmar och inflyttning, behöver förbättrade lokaler som är bättre anpassade till dagens arbetssätt och befintlig fastighet är mycket svår att anpassa till dessa behov. Efter dialog med Härjedalens kommun och Härjegårdar så har ett förslag kommit med en nybyggnad strax norr om nuvarande Hälsocentral.

Uppdrag

Region Jämtland Härjedalen uppdrar till Fastighetschefen att utreda möjligheterna att bygga nya lokaler som bättre är anpassade till dagens och framtidens arbetssätt vid Funäsdalens Hälsocentral.
Ett förslag på lösning ska tillsammans med fastighetsenheten, primärvården, folktandvården, akutvården, DTS och fastighetsägaren Härjegårdar fastighets AB arbetas fram som ett underlag att lämna en hyresoffert på. Det är viktigt att även Härjedalens kommun är delaktig i processen eftersom platsen där dagens hälsocentral är belägen kan vara en lämplig yta för ett framtida särskilt boende för kommunens behov. Region Jämtland Härjedalen driver även folktandvård i befintlig byggnad och akutverksamheten är lokaliserad i en byggnad i närheten. Det är angeläget att se möjligheter att samordna funktioner och skapa bra vårdflöden.

Ekonomi

I detta tidiga skede är det svårt att bedöma kostnaden då det mycket svårt att överblicka omfattningen. En nybyggnad av 2-3000m² bedöms, som beroende på omfattning, kommer kosta storleksordningen 50-70 miljoner. Härjegårdar fastighet AB skall finansiera bygget och Region Jämtland Härjedalen blir hyresgäst.

Bedömd tidsplanering	Klart
Utredning och framtagande av lokallösning	Hösten 2017
Tecknande av hyreskontrakt	Under 2017
Projektering och byggande	2019
Bedömd inflyttningstid	Sommaren 2019

Avsiktsförklaring

En avsiktsförklaring skall tecknas mellan inblandade parter för att säkerställa att projektet är förankrat hos samtliga inblandande parter (bilaga 1)

Avsiktsförklaring
Nybyggnad Funäsdalens hälsocentral

Förutsättning

Parter:
Fastighetsägare
Härjegårdar Fastighet AB, org nr 556439-6553 nedan benämnt ”Härjegårdar”

Verksamhetsutövare
Region Jämtland Härjedalen, org nr 232100-0214 nedan benämnt ”Regionen”

Bakgrund

Primärvården i Funäsdalen behöver bättre lokaler som är anpassade till dagens arbetssätt. Behovet är kommunicerat med regionråden Ann-Marie Johansson och Christer Siwertsson som bägge sagt ja till projektet. Dialog har förts med Härjegårdar och Härjedalens kommun. Befintlig fastighet är svår att anpassa till behoven och kommunen har behov av lokaler för särskilt boende i Funäsdalen. Dessa planer och tankar indikerar att en intressant lösning är att uppföra en ny byggnad för hälsocentral på tomten väster om nuvarande etablering. Befintlig byggnad kan då byggas om alternativt rivas och ersättas med en byggnad som bättre motsvarar Härjedalens kommuns behov. I den befintliga byggnaden finns även Folktandvård och Apoteksverksamhet vars behov också skall tas hänsyn till.
Härjegårdar skall finansiera bygget av hälsocentralen och Region Jämtland Härjedalen blir hyresgäst.

Parternas åtagande

Parterna träffar härmed avtal om ansvar för och fördelning av kostnader med anledning av planering och genomförande av projektet.

Härjegårdars kostnader för projektet skall finansieras genom hyresavtal mellan parterna.

Projektets genomförande

Genomförande av projektet skall ombesörjas av Regionen i samråd med Härjegårdar. Projektet innebär i huvudsak projektering och ombyggnad av befintliga lokaler för hälsocentralen.

Tecknande av hyresavtal

Regionen ska teckna ett nytt hyresavtal med bashyra och tilläggshyra för projektkostnaden. Kostnaden för projektet det vill säga externa kostnader Regionen har för projektering och planering samt byggkostnader för genomförande av projektet skall finansieras av Härjegårdar och finansieras av Regionen och vara underlag för

hyresberäkning. Hyran skall beräknas med en basdel som avser driftkostnader och underhållskostnader samt en tilläggsdel som avser projektkostnaden.
Hyran skall beräknas med SKL;s internränta vid avtalstillfället och komponetavskrivas på mellan 10 och 50 år. Avtalet skall tecknas på 10 år med 3 års förlängning och 9 månaders uppsägningstid. Om Regionen vill säga upp avtalet före avskrivningsperioeden på 50 år skall restskuld med rak avskrivning samt kostnad för att lösa återstående lån till fullo betalas av Regionen. (Se beräkningsexempel i bilaga X)

Projekteringsgaranti
För det fall Projektet inte genomförs eller inte färdigställs eller att tilläggshyresavtal inte tecknas skall parterna ta sina kostnader.

Ekonomi
I detta tidiga skede är det svårt att bedöma kostnaden då det mycket svårt att överblicka omfattningen. En nybyggnad av 2000m² skulle kosta storleksordningen 50 miljoner.

Bedömd tidsplanering	Klart
Utredning och framtagande av lokallösning	Hösten 2017
Tecknande av hyreskontrakt	Under 2017
Projektering och byggande	Svårt att avgöra i detta skede
Bedömd inflyttningstid	Svårt att avgöra i detta skede men önskvärt är så fort som möjligt med tanke på att dagens lokaler är mycket trånga och verksamheten har svårt att klara sitt uppdrag.

Stig Holm
VD
Härjegårdar Fastighets AB

Jan-Åke Lindroth
Fastighetschef
Region Jämtland Härjedalen

34

Finansiering av sjukhusets mathantering

RS/120/2017

2017-05-12

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

RS/120/2017

Finansiering av sjukhusets mathantering

Ärendebeskrivning

2014-12-09 § 293 beslutade Landstingsstyrelsen utifrån en utvecklingsplan för kostenheten på Östersunds sjukhus att Region Jämtland Härjedalen skulle övergå till produktionsmetoden cook chill. Övergången skulle vara klar 2016. Arbetet med att leta lämplig lokal och fördjupa analyserna kring hur ett nytt kök ska utformas har tagit längre tid än planerat.

I utvecklingsplanen för kostenheten konstaterades att ”Kostnaden för anpassning till bibehållen verksamhet, cook chill eller ångtryckskokning skiljer sig väldigt lite. Den stora ekonomiska vinsten gör man på personalsidan då arbetssättet kan effektiviseras och personalen kan samordnas. Verksamheten kan drivas med betydligt mindre personal vilket med cook chill ger en personalbesparing på ca 7 miljoner kronor per år.”

2015-05-26 - 27, § 143, beslutade regionstyrelsen att etablerar ett nytt produktionskök utanför sjukhusområdet men inom Östersund kommuns stadskärna. Av beslutsunderlaget framgår att ”Utgångspunkten för finansiering av nytt produktionskök är en lönsam investering”. Med den beräknade besparingen på ca 7 mkr och då beräknade investering på 42 miljoner kronor kunde åtgärderna betraktas som en lönsam investering som då enligt regelverket inte behövde hanteras inom ramen för ordinarie investeringsutrymme.

I januari 2017 § 14 fanns fördjupade analyser som möjliggjorde nya ekonomiska kalkyler. Investeringens samtliga delområden beräknades då kosta 69 miljoner kronor och den årliga besparingen skulle bli 6 miljoner kronor. Åtgärderna bedömdes fortfarande lönsamma men kan då enligt regelverket inte längre hanteras utanför ordinarie investeringsutrymme. Därför fick regiondirektören i uppdrag att undersöka möjligheterna att sänka investeringskostnaderna och att ge förslag till finansiering av investeringen genom att inarbeta dessa i finansplanen. Uppdraget innebar också att en noggrann utredning skulle göras som, om Region Jämtland Härjedalen ska investera i en annan fastighetsägares lokal eller om ett kök ska hyras, innehåller en fullständig kalkyl upprättas där transportkostnader, kostnader för den personal som ska servera mat på avdelningarna (frukost, lunch o middag sju dagar/vecka) mm.

En utredning om finansiering av Östersunds sjukhus mathantering har nu gjorts som innehåller kalkyler som bygger på inkomna anbud och svar på de frågor som regionstyrelsen önskade svar på. Total investering uppgår till 76,7 miljoner kronor. Driftskostnader beräknas till 25,9 mkr utifrån alla nya analyser och kalkyler. Det motsvarar 2017 års driftskostnad som är budgeterad till 25,7 mkr. Investeringen är inarbetad i finansplan 2018-2020.

Regiondirektörens förslag

Utredning om finansiering av Östersunds sjukhus mathantering läggs till handlingarna.

Utdrag till

Regiondirektören

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Regiondirektören
Ingela Jönsson
Tfn: 063 – 14 62 72
E-post: ingela.jonsson@regionjh.se

2017-05-12

RS/120/2017

Utredning om finansiering av Östersunds sjukhus mathantering

Bakgrund

Nedslitna och inte ändamålsenliga kökslokaler. Beslut om nytt kök i extern lokal av ekonomiska, praktiska och platsnyttjande skäl. Beslut om införande av Cook Chill. Beslut fanns om att VNS skulle införas vilket var en förutsättning för införandet av cook chill.

Beslut om externt kök i Diös lokaler Rådhusgatan 100.

Förkastade lösningar:

- Beslut 170227 om att inte reda ut mer angående att bygga nytt produktionskök på gamla BUP tomten, för långt fram i tiden.

- Hyra kök inklusive inventarier blir dyrare än att äga inventarier själv eftersom hyresvärden har avkastningskrav. Vid avbruten hyreskontrakt måste vi köpa oss loss.

- Bygga i befintlig lokal blir dyrare framförallt för att evakueringskök behövs under byggtid, men även rivnings kostnad av befintligt kök tillkommer. Möjligt att köpa mat under byggtid, men då tillkommer personalfrågan- vad gör vi med all vår personal under tiden.

Transport

100 000 kr till transport finns inräknad i kalkyl. Stor bil ska ingå i flottan, men ha kylmöjligheter. Liten elbil leasing: ca50 000 kr per år+ låga driftkostnader.
Besparing inre transporter drygt 500 000 kr (denna besparing är tänkt nyttjas i mellanlager). Besparing transport Remonthagen (okänd summa, men 2 transporter mindre per dag). Tillkommande transporter utgör totalt 1,3 ton CO2c utsläpp per år vilket kan jämföras med att en persons CO2 utsläpp beräknas till 4,2 ton per år. Minskning av inre transporter samt minskad transport till Remonthagen är inte medräknad.

Minskat matsvinn med cook chill

Beräknad på Stockholms läns landstings utredning, som visar en minskning av matsvinn med 20% vid införande av cook chill. 20% av det totala svinnet som beror på överproduktion och mat som patienten inte äter upp motsvarar 14,4 ton. Värdet i säljbart

skick på 14,4 ton är ca 200 000 kr. Andel av dessa 14,4 ton som är överproduktion och således kan räknas som besparing är okänt. Andel av det som inte äts förväntas minska vilket är värdefullt eftersom patienten då tillgodogör sig mer mat. Leder till mer väl nutrierade patienter med kortare vårdlängd som trolig följd.

VNS

VNS finns idag på 13 avdelningar. Frukost och lunch vardag för 11 avdelningar. Frukost, lunch och middag 7 dagar/v för 2 avdelningar.

Beräknad mertid på grund av cook chill per avdelning/ måltid/ 24 pat är 40 min på grund av att uppvärmning och diskning flyttas från produktionskök till avdelningskök. För samtliga avdelningar motsvarar det 6 tjänster omräknad från minuter. Förutom där VNS redan finns i dag motsvarar det 3 årsarbetare.

VNS ur 2 aspekter:

1. VNS som resurs vid införande av cook chill. Endast aktuellt eftersom VNS inte har införts fullt ut än pga Regionens ekonomiska läge.

2. VNS som metod för att klara rekrytering, hålla vårdplatser öppna, RAK, arbetsmiljö, kvalité mm. Beslut finns, men har ej genomförts fullt ut av ekonomiska skäl.

Utredning om vad DTS kan erbjuda av VNS resurser på bästa sätt pågår och är klar i maj.

För att klara den extra belastningen som cook chill medför på avdelning finns tre åtgärdsförslag:

- Utöka VNS
- Omfördela VNS
- Utöka vårdresurser.

Om inget görs måste tiden tas från den tid framför allt undersköterskor lägger på patientarbete. (Personalbesparing i köket på ca 7 milj per år, en liten del av detta pga att uppvärmning och diskning flyttas till avdelning).

Med en utökning med endast 3 årsarbetare mer, krävs en omorganisering av VNS.

- Prioritering av arbetsuppgifter som utförs av VNS.
- Kan innebära att vårdpersonal får göra mer städ, transport, förråd än i dag.
- Kan innebära att de avd som idag har VNS får mindre hjälp, men att de som inte har VNS i dag får mer hjälp.

Vinster med VNS:

- Transporter: Spar mest tid för vårdpersonal.
- Vårdnära städ: Höjer kvalité, noggrannare städat. Hittills inga stora magsjukeutbrott sedan VNS städ infördes.

- Förråd: Kan effektivisera, minska basutbud i lager och minska lagerhållning vilket kan ge bättre ekonomi.
- Kök: Höjer kvalité, säkrar livsmedelshygien, minskad matsvinn, bättre egenkontroller, bättre arbetsmiljö vid minskad stress för vårdpersonal, RAK, mer tid till patienten vad gäller tillsyn, mobilisering mm.
- Totalt: ger möjlighet för kompetensöverföring ffa från ssk till usk. Möjliggör en minskad ssk kvot per vårdplats.

Kajutan

Inte aktuellt med personalmatkök i befintligt produktionskök - investering måste sänkas med cirka 8 miljoner kronor för att uppväga behov av extra personal.

Möjligheter:

- Stänga personalmatsal temporärt fram till sjukhus 2025, men utan tillagningskök på sjukhuset kan cafét endast erbjuda kall mat och matlådor.
- Bygga tillredningskök i samma plan som Kajutan.
-

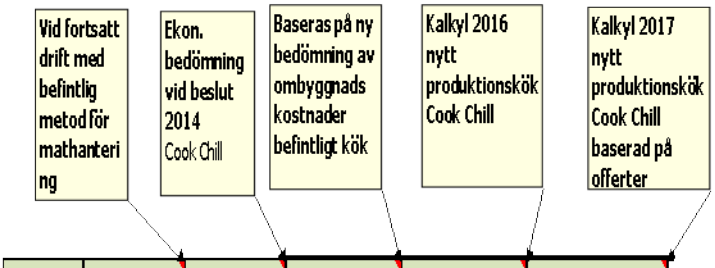
Beslut den 21 april på styrgruppsmöte om att planera för tillredningskök i samma plan som kajutan.

Möjligheter till samarbete med Östersunds kommun

Gemensamma livsmedelupphandlingar, gemensam kompetensutveckling, gemensam vikariepool, varuleveranser från oss till kommunen av torr varor, leverans av cook chill till kommunen, utredning av upphandlingsregler krävs för detta, varm mat från kommunen till Remont

Kalkyl

Mkr	Bedömning 2014 ombyggnad befintligt kök	Bedömning 2014 Cook chill	Ny kostnadsuppskattning ombyggnad befintligt kök 2017	Kalkyl Cook chill 2016	Ny kalkyl Cook chill 2017
Ombyggnation			43,3	35,6	43,3
Nya inventarier befintligt kök			12,3	12,3	12,3
Ombyggnad Remonthagen m m			1,5		
Ombyggnad Kajutan (personalmatsal + mottagningskök)				14,4	14,4
Ombyggnad patientkök				5,5	5,5
Kylrum på sjukhuset				1,2	1,2
Evakueringskostnad vid ombyggnad av befintligt kök			?		
SUMMA INVESTERING	**36,0**	**41,9**	**57,1**	**69,0**	**76,7**



Sjukhuskök	Budget 2016	Bedömning 2014 ombyggnad befintligt kök	Bedömning 2014 Cook chill	Ny bedömning ombyggnad befintligt kök 2017	Cook Chill kalkyl inkl VNS 2016	Cook Chill Ny kalkyl inkl VNS 2017
Mkr						
Personalkostnad	12,7	12,7	12,7	12,7	12,7	12,7
* Sänkning personalkostnad Cook Chill (34 till 16 tjänster)	0,0	0,0	-6,8	0	-6,8	-6,8
* Ökning på avdelning p g a Cook Chill jmf nuvarande bemanning (3 tjänster)	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0
Summa Personalkostnad	**12,7**	**12,7**	**5,9**	**12,7**	**6,9**	**6,9**
Livsmedel, råvaror	9,2	9,2	9,2	9,2	9,2	9,2
Övrigt material	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Hyra, städ m m	1,7	1,7	1,4	1,7	1,4	1,4
Övriga omkostn (t ex arbetskläder, tvätt, trp)	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1
Avskrivning + ränta	0,7	4,0	4,6	6,5	6,4	7,0
SUMMA ÅRSKOSTNAD MILJONER KRONOR	**25,7**	**29,0**	**22,6**	**31,6**	**25,4**	**25,9**
Tillkommande projekteringskostnad		?		?		
Tillkommande vid evakuering av bef. Kök vid ombyggnad		?		?		

Orsaker till fördyring

- Ursprunglig uppskattning togs fram för att jämföra olika mathanteringssätt.
- Kalkyl Nov 2016 då vi visste vilken lokal, vilken storlek och vilket innehåll köket skulle ha.
- 2 Entreprenörer lämnade anbud 170412, vilket ger en än mer realistisk kalkyl.
- Avdelningsköken hade flöden som inte är bra, det var okänt i den första uppskattningen.
- 3 årsarbetare VNS finns med i nuvarande kalkyl, den fanns inte med från början då beslut redan hade fattats om att VNS skulle införas och det var en förutsättning för cook chill på avdelning.

Vidare planering

- Externt produktionskök på Rådhusgatan 100, FMV.
- Beräknas vara klart tidigast sommar 2018.
- Anpassning av avdelningskök. 12 kök klara före sommaren, 9 kök kvar.
- Planera inför beredningskök samma plan som Kajutan.
- Anpassning lager sjukhus.
- Personalplanering.
- Rutiner i kök och avdelningar.

Orsaker till att köket inte stod klart sommar 2016

- Studiebesök och nätverk med andra sjukhus.
- 2 olika kökskonsulter: Ritning lokal, Beräkning storlek, Beräkning inventarier, Beräkning personal.
- Hitta och välja lämplig lokal.
- Entreprenörer
- Planering avdelningskök, upphandla inventarier.
- Information medarbetare på sjukhuset
- Samverkan
- Risk och konsekvensanalys mertid avd och beredskapskök.
- Miljö, emballage, avfall, transport.
- Har följt tidsplanering som gjordes vår 2015 ganska väl.

Ingela Jönsson
Regiondirektör

§14

Finansiering av sjukhusets mathantering (RS/120/2017)

Sammanfattning

2014-12-09 § 293 beslutade Landstingsstyrelsen om utvecklingsplan för kostenheten på Östersunds sjukhus. Beslutet innebar att Region Jämtland Härjedalen övergår till produktionsmetoden cook chill. Övergången skulle vara klar 2016. Arbetet med att leta lämplig lokal och fördjupa analyserna kring hur ett nytt kök ska utformas har tagit längre tid än planerat varför starten för närvarande är planeras till efter jul 2017.

Utvecklingsplanen för kostenheten konstaterade ”Kostnaden för anpassning till bibehållen verksamhet, cook chill eller ångtryckskokning skiljer sig väldigt lite. Den stora ekonomiska vinsten gör man på personalsidan då arbetssättet kan effektiviseras och personalen kan samordnas. Verksamheten kan drivas med betydligt mindre personal vilket med cook chill ger en personalbesparing på ca 7 miljoner kronor per år.”

2015-05-26—27, § 143, beslutade regionstyrelsen att etablerar ett nytt produktionskök utanför sjukhusområdet men inom Östersund kommuns stadskärna. I beslutsunderlaget då framgår att ”Utgångspunkten för finansiering av nytt produktionskök är en lönsam investering”. Med den beräknade besparingen på ca 7 mkr och då beräknad investering på 42 miljoner kronor kunde åtgärderna betraktas som en lönsam investering som då enligt regelverket inte behövde hanterar inom ramen för ordinarie investeringsutrymme.

När det nu finns fördjupade analyser har också nya ekonomiska kalkyler kunna göras. Investeringens samtliga delområden beräknas nu kosta 69 miljoner kronor och den årliga besparingen blir 6 miljoner kronor. Åtgärderna är fortfarande lönsamma men kan nu enligt regelverket inte längre hanteras utanför ordinarie investeringsutrymme. Nytt beslut om finansiering kommer sannolikt att försena starten.

Förslag till beslut

Regiondirektören får i uppdrag att

- undersöka möjligheterna att sänka investeringskostnaderna

- ge förslag till finansiering av investeringen genom att inarbeta dessa i finansplanen

---

Yrkanden

Elin Lemon (C) yrkar följande:
"I början av december 2016 träffade Centerpartiets regiongrupp projektledaren för Cook chill. Vi fick då klart för oss att ekonomiska kalkyler var bristfälliga och till vissa delar saknades.

Centerpartiet upplever det som djupt oroande. I januari fick vi sedan veta att de tidigare kalkylerna inte håller och att kostnaden bir betydligt högre.
Tilläggsyrkande Cook chill
1. Frågan om Region Jämtland Härjedalen ska investera i en annan fastighetsägares lokal eller om ett kök ska hyras måste utredas noggrant, en fullständig kalkyl måste upprättas där transportkostnader, kostnader för den personal som ska servera mat på avdelningarna (frukost, lunch o middag sju dagar/vecka) mm finns med
2. Undersök möjligheten att upphandla matproduktionen
3. Undersök möjligheterna till samarbete med Östersunds kommun vad gäller matproduktionen"

Anders Frimert (S) yrkar följande:
"Regionfullmäktige har tidigare beslutat att införa Cook and Chill-metoden. I utredningen därefter så har en del av detta varit att man undersökt möjligheterna med samarbete med samtliga kommuner. Det som vi ska ta beslut om är finansieringsfrågan, inte om vi nu ska utreda en upphandling av matproduktionen och starta ett nytt ärende.
Jag yrkar bifall till punkt 1 om att en noggrann utredning bör göras om vi ska investera i en annan fastighetsägares lokal eller låta fastighetsägaren själv göra detta. Jag yrkar avslag på punkterna 2 och 3.

Anton Nordqvist (MP) yrkar bifall till Elin Lemons yrkande.

Jörgen Blom (V) yrkar bifall till punkt 1 i Elin Lemons yrkande och avslag på punkt 2 och 3.

Proposition

Ordföranden ställer proposition på regiondirektörens förslag och finner det antaget.
Ordföranden ställer proposition på punkt 1 i Elin Lemons yrkande och finner det antaget.
Ordföranden ställer proposition på punkt 2-3 i Elin Lemons yrkande och finner det avslaget.

Beslut

1. Regiondirektören får i uppdrag att
- undersöka möjligheterna att sänka investeringskostnaderna
- ge förslag till finansiering av investeringen genom att inarbeta dessa i finansplanen

2. Frågan om Region Jämtland Härjedalen ska investera i en annan fastighetsägares lokal eller om ett kök ska hyras ska utredas noggrant, en fullständig kalkyl ska upprättas där transportkostnader, kostnader för den personal som ska servera mat på avdelningarna (frukost, lunch o middag sju dagar/vecka) mm finns med.

Reservationer

Elin Lemon (C), Thomas Andersson (C) och Anton Nordqvist (MP) reserverar sig till förmån för Elin Lemons yrkande.

Expedieras till

Chef Område diagnostik, teknik och service
Ekonomidirektör

Beslutsunderlag

- Förslag till beslut angående finansiering av sjukhusets mathantering

35

Journal på nätet

RS/865/2017

2017-05-07

Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen
Carsten Dencker
Tfn:
E-post: carsten.dencker@regionjh.se

RS/865/2017

Journal på nätet

Ärendebeskrivning

Medborgarnas tillgång till egen journal via nätet är en del av den nationella satsningen på e-hälsa och IT-stöd i vården (RS/1767/2016). Samtliga landsting och regioner har genom avtal med Inera åtagit sig att senast vid utgången av 2017 ge medborgarna tillgång till sin journal via nätet. Många landsting och regioner har redan genomfört detta och Region Jämtland Härjedalen planerar att öppna för journalen via nätet 1 oktober 2017.

Det finns ett nationellt regelverk med bindande krav och vissa valfria delar. Mera bindande gemensamma regler förväntas komma 2018 och implementeras senast 2020.

Vilka delar av journalen som ska vara tillgänglig är också till viss del valfri. De delar av journalen som föreslås bli tillgängliga från start hos Region Jämtland Härjedalen är Anteckningar, Vårdkontakter, Diagnoser, Läkemedel, Klinisk kemi och Röntgensvar.

Införandet har föregåtts av en risk och konsekvensanalys som beslutats av Hälso- och sjukvårdsförvaltningens kommitté 2017-01-17.

Regiondirektörens förslag

1. Journal på nätet införs i Region Jämtland Härjedalen från och med 1 oktober 2017.

2. Regler för Journal på nätet fastställs.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Carsten Dencker
Chef hälso- och sjukvårdspolitiska avd.

Utdrag till

Chef hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen
IT-chef

Förslag till regelverk för Journal via nätet

Bakgrund

Att tillgängliggöra journalinformation till invånare och patienter, via Mina vårdkontakter, är ett högt prioriterat mål i landstingens och regionernas handlingsplan för 2013-2018. Där står bland annat att alla invånare i Sverige ska kunna läsa all journalinformation från både vård och omsorg under 2017. Syftet är att skapa möjligheter till ökad delaktighet i sin egen vård och göra den mer transparent och begriplig.

Ineras styrelse, som är landstingens och regionernas gemensamma bolag, har den 9 april 2014 fastställt ett nationellt regelverk för enskilds direktåtkomst till vårdinformation via internet som gäller för alla regioner och landsting. Regelverket har föregåtts av en remissrunda i samtliga landsting och regioner. Remissen resulterade i att regelverket är uppdelat i en uppsättning grundläggande regler, och ett antal valbara regler. Alla e-tjänster som visar journalinformation för patienter ska följa regelverket. Landstingets regelverk utgår från det nationella regelverket.

Regelverket gäller för Landstingets verksamheter i ”egen regi” och för de privata vårdgivare som tecknat vårdvalsavtal eller separat avtal med Region Jämtland Härjedalen om att erbjuda direktåtkomst till journalinformation.

Syfte

Alla e-tjänster som visar journalinformation för patienter ska följa regelverket.

Grundläggande regler

Dessa regler ska uppfyllas av alla sjukvårdshuvudmän som erbjuder e- tjänster för direktåtkomst till journalinformation. Fastslaget av Inera 2014.

1. Den enskilde ska identifieras genom säker inloggning.
2. Den enskilde ska få upplysningar om vart man ska vända sig för att få hjälp att förstå journalinformationen, samt i vilken mån journalinformationen är begränsad.
3. Personer från 16 år ska ha direktåtkomst till sin egen journalinformation.
4. Vårdnadshavare ska ha direktåtkomst till sina barns journalinformation till de fyller 13 år.
5. Vuxna personer ska kunna utse andra vuxna personer till ombud och ge dem direktåtkomst till journalinformation.
6. Den enskilde ska kunna försegla sin journal och ska därefter inte ha direktåtkomst till sin journalinformation.
7. Den enskilde ska ha möjlighet att kontrollera åtkomstlogg och därigenom få information om vilken vårdpersonal och eventuella ombud som har öppnat journalen.

Förslag till regelverk för Journal via nätet

Regionala regler

För Region Jämtland Härjedalen gäller följande regler:

1. Journalinformation ska vara tillgänglig för den enskildes direktåtkomst endast om den är signerad/vidimerad. Osignerad journalinformation görs dock tillgänglig för den enskildes direktåtkomst 14 dagar efter att den dokumenterats i Cosmic.

2. Journalanteckningar som dokumenterat i journalmallen Tidiga hypoteser ska inte vara tillgänglig för den enskildes direktåtkomst.

3. Journalanteckningar som dokumenterats i journalmallen Våldsutsatthet och/eller Oro för barn är inte tillgänglig för den enskildes direktåtkomst.
4. Journalinformation från enheterna Barn- och ungdomspsykiatrin, Ungdomsmottagningen samt Psykosociala enheter ska inte vara tillgängliga för den enskildes direktåtkomst.
5. Journalinformation från område Psykiatri slutenvård skall vara tillgängligt för den enskildes åtkomst enligt särskilt regelverk .
6. Journalinformation som inte är tillgänglig för den enskildes direktåtkomst kan efter manuell menprövning lämnas ut i pappersform på begäran av den enskilde, enligt tidigare rutiner.
7. Informationen som visas via nätet är från och med det datumet som invånarna inom Region Jämtland Härjedalen får tillgång till sin journal som e-tjänst. Journalhandlingar från tidigare vårdkontakter kan även i fortsättningen begäras ut i pappersform.

Kommunikationsplan: Journal via nätet - uppstart av tjänsten i Region Jämtland Härjedalen

Vilka vill vi kommunicera med?	Varför vill vi kommunicera med dem?	Vad behöver de veta?	Genom vilka kanaler når vi dem?	När behöver vi kommunicera?
Medarbetare	De ska känna till Journal via nätet och kunna informera patienter/invånare om tjänsten.	Var man hittar mer information om Journal via nätet och hur man gör om man vill läsa sin journal.	Uppdatera informationen under ”Pågående projekt” på Insidan Intervju om nuläget + arbetet med införandet	Snarast rensa ut gammal information. Hålla uppdaterad framöver vid behov. Innan sommaren 2017.
Medarbetare	De ska kunna informera patienter/invånare om tjänsten.	Var man hittar mer information om Journal via nätet och hur man gör om man vill läsa sin journal.	Ledningsinformation i Veckobrevet Affischer, bild till väntrums-tv ... och ev. andra trycksaker???	September 2017: Trycksaker klara och distribuerade lagom till införandet, så att verksamheterna kan sätta upp/publicera detta på startdagen
Invånare	De ska känna till att de kan läsa sin journal via nätet.	Att man kan logga in på 1177.se för att läsa sin journal	Roll-ups i foajén på Östersunds sjukhus, vid sjukreseväntrummet, på akutmottagningen och ev. annan lämplig plats	Produktion senast augusti 2017, för att hinna vara klara till införandet.
Invånare	De ska känna till att de kan läsa sin journal via nätet.	Var man hittar mer information om Journal via nätet och hur man gör om man vill läsa sin journal.	Inlägg på Region Jämtland Härjedalens facebook-konto.	Först och främst vid start, men kan även påminnas om löpande/vid behov
Invånare	De ska känna till att de kan läsa sin journal via nätet.	Var man hittar mer information om Journal via nätet och hur man gör om man vill läsa sin journal.	På 1177.se: - Regionalt tillägg i tema E-tjänster - Reg. puff på startsidan när tjänsten öppnar	Puff i första hand vid start, men får ligga kvar så länge inget annat pockar på större uppmärksamhet
Invånare	De ska känna till att de kan läsa sin journal via nätet.	Var man hittar mer information om Journal via nätet och hur man gör om man vill läsa sin journal.	På regionjh.se: - Nyhetsartikel - med Mattias Schindele? - Puff på Hälso- och sjukvårdens sida	Artikel i samband med start. Puff från start - gärna en månad framåt
Invånare	De ska känna till att de kan läsa sin journal via nätet.	Var man hittar mer information om Journal via nätet och hur man gör om man vill läsa sin journal.	Eventuellt webb-annonsering???	Fundera på om detta ger något - och var vi i så fall ska synas. Möjligtvis riktat mot specifika grupper - men hur styr vi då att det är länsbor som nås?
Bibliotek och andra strategiska ställen	De ska bidra till att sprida information om att Jämtland Härjedalen har Journal via nätet.	Att Jämtland Härjedalen har startat upp Journal via nätet.	Distribuera affischer och ev. andra trycksaker som de kan hjälpa till att sprida.	
Patientföreningar	De ska bidra till att sprida information om att Jämtland Härjedalen har Journal via nätet.	Att Jämtland Härjedalen har startat upp Journal via nätet.	Mejl med underlag till artikel/informationstext till patientföreningars webbplatser, nyhetsbrev eller liknande.	Vid uppstart
Medierna	De ska bidra till att sprida information om att Jämtland Härjedalen har Journal via nätet.	Att Jämtland Härjedalen har startat upp Journal via nätet.	- Pressmeddelande - Twitter (pressmeddelandet + ev. nyhet på regionjh.se twittras alltid)	Vid uppstart

36

Uppdrag att analysera ökade skillnader i sjuktal mellan män och kvinnor

RS/854/2017

§30

Uppdrag att analysera ökade skillnader i sjuktal mellan och kvinnor (RS/854/2017)

Sammanfattning

Regionstyrelsen har gett utskottet för personal i uppdrag att analysera ökade skillnader mellan män och kvinnors sjuktal och redovisa resultatet vid styrelsens sammanträde den 30-31 maj 2017.

Sjukfrånvaron per innevarande månad ökar varje år i februari eller mars avseende perioden januari 2014 – mars 2017. Varje ökning ser ut att ha ett samband med årets influensaperiod och stämmer överens med smittskyddsläkares beskrivningar av de olika säsongsinfluensorna. Exempelvis var säsongen i mars 2016 kraftig och ökningen syns tydligt medan säsongen under 2017 började rapporterats tidigt (november 2016) och har en mer plan kurva, det vill säga korttidsfrånvaron har spridits på fler månader.

Det syns en ökning för både kvinnor och män i samband med influensan men ökningen är högre hos kvinnor vilket antyder att kvinnor mer ofta är sjuka från arbete dessa perioder. Orsaken till detta kan delvis förklaras av det yrke som kvinnor har. Fler kvinnor än män i Region Jämtland Härjedalen arbetar i kontaktyrken och närmare patienter vilket innebär att de kan smitta (mindre möjlighet till anpassning) och bli smittade av patienter. Således har personer med kontaktyrken inte någon arbetsförmåga vid influensa/förkylningssjukdomar i samma utsträckning som personer vars yrke inte innebär kontakt med patient.

Förslag till beslut

Utskottet för personal föreslår regionstyrelsen

Uppdraget anses besvarat

Beslut

Utskottet för personal föreslår regionstyrelsen

Uppdraget anses besvarat.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Uppdrag att analysera ökade skillnader i sjuktal mellan män och kvinnor

§60

Regionstyrelsens uppföljning 2017 av aktiva mål Medarbetare - sjukfrånvaro (RS/19/2017)

Sammanfattning

Regionfullmäktige har i sin regionplan beslutat om ett antal strategiska mål för perioden 2017 – 2019. I regionstyrelsens verksamhetsplan finns för varje strategiskt mål, två aktiva mål och ett antal framgångsfaktorer i form av utvecklingsområden. De aktiva målen är mätbara och ska följas upp i varje månadsrapport till styrelsen, och som fördjupning två gånger under året. Enligt styrelsens uppföljningsplan ska det aktiva målet Medarbetare – sjukfrånvaro följas upp vid regionstyrelsens sammanträde 28-29 mars.

Mål i regionstyrelsens verksamhetsplan och uppföljningsplan 2017 är att sjukfrånvaron för medarbetare inom Region Jämtland Härjedalen ska minska och komma närmare rikssnittet för landsting och regioner i landet. Målvärdet för 2017 är 6 %.

Sjukfrånvaron har inte förändrats procentuellt under 2016 och ligger kvar på 6,6 procent som året innan.

Förslag till beslut

Regionstyrelsens uppföljning 2017 av aktiva mål Medarbetare – sjukfrånvaro godkänns.

Yrkanden

Jörgen Blom (V) yrkar följande:
Utskottet för personal får i uppdrag att analysera ökade skillnader mellan mäns och kvinnors sjuktal och återkomma till regionstyrelsens sammanträde 30-31 maj.

Proposition

Ordföranden ställer proposition på regiondirektörens förslag och finner det antaget.
Ordföranden ställer proposition på Jörgen Bloms yrkande och finner det antaget.

Beslut

1. Regionstyrelsens uppföljning 2017 av aktiva mål Medarbetare – sjukfrånvaro godkänns.

2. Utskottet för personal får i uppdrag att analysera ökade skillnader mellan mäns och kvinnors sjuktal och återkomma till regionstyrelsens sammanträde 30-31 maj.

Expedieras till

Personaldirektör

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Uppföljning av aktiva mål Medarbetare - sjukfrånvaro
- Regionstyrelsen uppföljning av aktiva mål 2017 - sjukfrånvaro

37

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

RS/1019/2017

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Tjänsteskrivelse
(Regionstyrelsen)

2017-05-04

Ekonomistaben
Georgios Bitsakis
Ekonomistrateg

RS/1019/2017

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

Ärendebeskrivning

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

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

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

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

Det nya ändamålet skulle lyda enligt nedan:

”Disponibel avkastning skall enligt beslut av region Jämtland Härjedalen användas i den lantbruksutbildning som bedrivs i Jämtlands län för anordnande av särskilda kurser, elevstimulerande åtgärder och fortbildning av personal. Med lantbruk menas växtodling och husdjursskötsel för produktion av föda”.

Regiondirektörens förslag

Ansökan om tillstånd till ändring av ändamålet för stiftelsen Bröderna Nils och Olof Olssons minnesfond lämnas till kammarkollegiet.

Stiftelsens ändamål ändras till:
”Disponibel avkastning skall enligt beslut av region Jämtland Härjedalen användas i den lantbruksutbildning som bedrivs i Jämtlands län för anordnande av särskilda kurser, elevstimulerande åtgärder och fortbildning av personal. Med lantbruk menas växtodling och husdjursskötsel för produktion av föda”.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf. Regiondirektör

Georgios Bitsakis
Ekonomistrateg

Ansökan till Kammarkollegiet bifogas

Utdrag till

Georgios Bitsakis

KAMMARKOLLEGIET

Ansökan om permutation

Ansökningsblanketten kan användas både av stiftelser och av andra som ansöker om permutation.

Ansökan skickas till Kammarkollegiet, Box 2218, 103 15 Stockholm.

Sökande

Namn Region Jämtland Härjedalen	Ombud/Kontaktperson Georgios Bitsakis
Adress Box 654	Adress Box 654
Postadress 831 27 Östersund	Postadress 831 27 Östersund
Telefonnummer 063-147574	Telefonnummer 063-147574
E-post	E-post georgios.bitsakis@regionjh.se

Särskilt för stiftelser

Stiftelsens organisationsnummer 893201-8073	Stiftelsens tillkomstår 1981
Ungefärligt marknadsvärde av stiftelsens tillgångar 2 768 000	

Yrkande

Ange vilken eller vilka föreskrifter som ska ändras eller upphävas. Om en eller flera föreskrifter ändras ska den nya lydelsen av föreskriften/föreskrifterna anges.

Region Jämtland Härjedalen ansöker om tillstånd att ändra ändamålsbestämmelserna för stiftelsen Bröderna Nils och Olof Olssons minnesfond till följande:

"Disponibel avkastning skall enligt beslut av region Jämtland Härjedalen användas i den lantbruksutbildning som bedrivs i Jämtlands län för anordnande av särskilda kurser, elevstimulerande åtgärder och fortbildning av personal. Med lantbruk menas växtodling och husdjursskötsel för produktion av föda".

Skäl för ansökan

Ange skäl för samtliga ändringar som yrkas.

Stiftelsen Bröderna Nils och Olof Olssons minnesfond har som ändamål att "Disponibel avkastning skall enligt beslut av landstingets utbildnings- och kulturnämnd användas i den lantbruksutbildning som landstinget bedriver för anordnande av särskilda kurser, elevstimulerande åtgärder och fortbildning av personal".
Landstingsfullmäktige beslutade 2011-06-14--15, § 118 att landstinget, numera region Jämtland Härjedalen, bör bland annat avveckla sin drift av Torstaskolans naturbruksgymnasium. Detta har skett genom att regionen upphörde med intagning av elever till lantbruksutbildning från och med läsåret 2012/2013. Jämtlands Gymnasieförbund (JGY) har övertagit, drivit vidare och kommer att fortsätta driva naturbruksutbildningen vid Torstaskolan. Region Jämtland Härjedalen bedriver numera ingen egen utbildning med lantbruksinriktning. Torstaskolan har, i egenskap av den enda skola i Jämtland som bedriver lantbruksutbildning, varit nästan uteslutande den ende mottagare av stiftelsens utdelningar.

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

Följande handlingar ska bifogas

- Ursprungliga och nu gällande föreskrifter (t.ex. gåvobrev, testamente eller stiftelseurkund).
- Kopia av eventuella permutationsbeslut och beslut från länsstyrelsen.
- Fullmakt i original om ombud anlitats.

Stiftelser ska dessutom bifoga följande handlingar

- Protokoll av vilket det framgår att styrelsen eller förvaltaren har beslutat om att ansöka om permutation och på vilket sätt föreskrifterna ska ändras.
- Yttrande över ansökan från utomstående organ som berörs av begärd ändring.
- Stiftelsens senaste årsredovisning/årssammanställning av räkenskaperna.

Ansökningsavgift

I samband med att ansökan ges in ska ansökningsavgiften betalas till Kammarkollegiets bankgironummer 5052-5781. Avgiften är 8 500 kr. För stiftelser är avgiften 2 300 kr om värdet på stiftelsens tillgångar värderade enligt 3 kap. 3 § stiftelselagen (1994:1220) vid utgången av de tre senaste räkenskapsåren har understigit det då gällande prisbasbeloppet enligt socialförsäkringsbalken (2010:110).

Ansökningsavgiften inbetald den ☐

☐ Stiftelsen betalar den lägre ansökningsavgiften på 2 300 kr och bifogar de tre senaste årens årsredovisningar/räkenskaper.

Underskrift av sökanden/behörig företrädare

Ort och datum	Underskrift
	Namnförtydligande

38

Årets folkhälsoinsats 2017

RS/2446/2016

Samordningskansliet
Monica Byvald
Tfn: 063-147637
E-post: monica.byvald@regionjh.se

2017-05-17

RS/2446/2016

Årets folkhälsoinsats 2017

Ärendebeskrivning

Region Jämtland Härjedalens folkhälsopris ”Årets folkhälsoinsats” är avsett att tilldelas personer, organisationer, sammanslutningar eller offentlig verksamhet som på ett föredömligt och aktivt sätt tagit initiativ till åtgärder som positivt påverkar folkhälsan inom Jämtlands län. Priset är 10 000 kr.

Priset delas ut för att uppmärksamma och uppmuntra förtjänstfulla insatser inom området folkhälsa. Med insatser för en bättre folkhälsa menas insatser som främjar hälsa och förebygger ohälsa. Insatser ska bidra till ett socialt, fysiskt och psykiskt välbefinnande samt öka den jämlika hälsan mellan olika grupper i samhället. 15 nomineringar-ansökningar har inkommit.

Folkhälsonätverket, Folkhälso Z har i uppdrag att bereda ärendet och föreslå pristagare. Priset delas ut vid regionfullmäktiges sammanträde 20-21 juni.

Regiondirektörens förslag

Regiondirektören föreslår regionstyrelsen

Årets folkhälsoinsats 2017 tilldelas Boxningsklubben Ängeln.

Motivering: Klubben har en bred förankring i regionen med sin verksamhet där människor träffas på lika villkor oavsett ålder, kön och etnicitet. Alla är välkomna att delta efter egen förmåga och förutsättningar. Många av medlemmarna kommer från andra länder och gemenskapen i föreningen ger dem, förutom en hälsofrämjande fritidssysselsättning, också tillfälle att träna språket och en möjlighet att träffa nya vänner. Klubblokalen i Östersund har även blivit en samlingspunkt för träningsintresserade från andra kommuner i länet, och i Strömsund finns en lokalavdelning.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf regiondirektör

Mikael Ferm

Kanslichef

Utdrag till

BK Ängeln
Susanne Wallner ordf Folhälso – Z
Jörgen Persson vice ordf Folkhälso – Z
Göran Hallman folkhälsopolitisk strateg

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Samordningskansliet
Monica Byvald
Tfn: 063-147637
E-post: monica.byvald@regionjh.se

2017-05-04

RS/2446/2016

Nominerade Årets folkhälsoinsats 2017

1. Organisationen Hej Främling. Två nomineringar
2. Karin Wåhlen-Götzmann, jämlik sexuell hälsa
3. Kent Wåglund, syncentralen
4. Sofia Djusberg psykolog Brunflo hälsocentral.
5. Camilla Karlsson, zumbaledare Zefyren. Åtta nomineringar
6. Bo Friberg, Budokai
7. Lisa Andersson, Korpen Sveg
8. Mathilda Blomdahl, Korpen Sveg
9. Vinterparken
10. Familjen Ranbrandt och gruppen Fugelsta Stigbyggare
11. Boostersund träningskonvent/Anki Johansson och Helene Hildebrand. Fyra nomineringar
12. Östersunds Brukshundsklubb
13. Anna Mirårs skidtränare och föreläsare
14. Lena Esbjörnsson och Jenny Appelblad, BVC Familjecentralen Strömsund
15. Boxningsklubben Ängeln

Stadgar för Region Jämtland Härjedalens folkhälsopris ”Årets Folkhälsoinsats” (RS/2231/2016)

§1
Region Jämtland Härjedalens folkhälsopris ”Årets folkhälsoinsats” är avsett att tilldelas personer, organisationer, sammanslutningar, företag eller offentlig verksamhet som på ett föredömligt och aktivt sätt tagit initiativ till åtgärder som positivt påverkar folkhälsan inom Jämtlands län.

Priset delas ut för att uppmärksamma och uppmuntra förtjänstfulla insatser inom området folkhälsa utifrån folkhälsopolicyns utvecklingsområden. Med insatser för en bättre folkhälsa menas insatser som främjar hälsa och förebygger ohälsa. Insatser ska bidra till ett socialt, fysiskt och psykiskt välbefinnande samt öka den jämlika hälsan mellan olika grupper i samhället.

§2
Pristagaren måste utöva sina insatser i samstämmighet med Region Jämtland Härjedalens värdegrund.

§3
Priset utgör 10 000 kronor och delas ut en gång per år till en eller flera pristagare. Regionstyrelsen beslutar om pristagare efter beredning av folkhälsonätverket Folkhälso Z.

Priset ”Årets folkhälsoinsats” delas ut av regionfullmäktiges ordförande vid tillfälle som regionstyrelsen beslutar, vanligtvis vid fullmäktiges junisammanträde.

§4
Priset ska utlysas genom annons i lokala media, på regionens hemsida eller på annat lämpligt sätt, under januari månad.

Förslag, nominering eller ansökan lämnas in före utgången av februari månad.

Var och en som så önskar har rätt att lämna in förslag, nominera eller ansöka, där beskrivning av genomfört arbete, hur det bidragit till länets folkhälsa och motivering ska bifogas.

Förslag eller ansökan ska i första hand avse insatser som utförts under närmast föregående kalenderår.

39

Anmälan av delegationsbeslut till regionstyrelsen 2017

RS/2/2017

Tjänsteskrivelse
Regionstyrelsen

2017-05-22

Sekretariatet
Jessica Hådell
Tfn: 063-14 76 76
E-post: jessica.hadell@regionjh.se

RS/2/2017

Anmälan av delegationsbeslut till regionstyrelsen 2017

Ärendebeskrivning

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

   Svar på remiss angående intyg för praktisk tjänstgöring för arbetsterapeuter utbildade utanför EU och EES (RS/826/2017)

   Svar på remiss över förslag till Regionalt samordnad beredskapsplan för dammhaveri i Ångermanälven, Indalsälven, Ljungan och Ljusnan i Jämtlands län (RS/939/2017)

   Svar på remiss Vaccinationsplan vid influensapandemi (RS/975/2017)

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

   Ann-Marie Johansson (S) beviljas att delta på SKLs Arbetsgivarforum den 17-18 maj i Östersund.

3. **Beslut fattade av chefer**

   Anställningsbeslut för perioden 2017-04-20 – 2017-05-18 (RS/602/2017)

Regiondirektörens förslag

Information om delegationsbeslut enligt upprättad förteckning noteras till protokollet.

40

Anmälan av inkomna handlingar till rergionstyrelsen

RS/3/2017

Tjänsteskrivelse
Regionstyrelsen

2017-05-22

Sekretariatet
Jessica Hådell
Tfn: 063-14 76 76
E-post: jessica.hadell@regionjh.se

RS/3/2017

Anmälan av inkomna handlingar till RS 2017-05-31

Ärendebeskrivning

1. Överenskommelse om statens bidrag till landstingen för kostnader för läkemedelsförmånerna m.m. för år 2017.

2. Protokoll: Gemensamma nämnden för upphandling 2017-04-03.

3. Protokoll: Utskottet för infrastruktur 2017-04-10

4. Protokoll: Vårdvalsnämnden 2017-05-11

Regiondirektörens förslag

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

42

Ändring av patientavgifter

RS/200/2015

2017-05-07

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

RS/200/2015

Ändring av patientavgifter

Ärendebeskrivning

Den 9-10 februari 2016 fattade regionfullmäktige beslut om mer enhetliga patientavgifter. Det finns ett behov av förtydligande i Avgiftshandboken avseende viss vård där det idag inte tydligt framgår för patient eller personal.

- Hälsoskolorna tar idag ut en avgift om 150 kronor/pass. Hur dessa utförs skiljer sig åt mellan mottagningarna, där vissa utförs under en dag medan andra delar upp passen på flera dagar. Detta innebär att patienten får betala flera avgifter om passen fördelas på flera dagar. Förslaget är istället att en fast avgift om 300 kronor tas ut för hela utbildningen, oavsett hur fördelningen av passen ser ut.

- Antabusdelning föreslås vara avgiftsfritt, då en risk finns att patienten inte närvarar om avgift tas ut, vilket får konsekvenser för både patient, närstående och samhället.

- Dosettdelning föreslås vara avgiftsfritt, då de få patienter som har behovet mest troligt redan uppnår högkostnadsskyddet.

- Första besök hos specialistvården efter akut remiss från primärvården föreslås vara avgiftsfritt

- Patienthotell för anhöriga bör vara avgiftsbelagt oavsett om patienten sover på hotellet eller inte.

- Avbokning av akuta tider föreslås vara avgiftsfria då patienten inte har möjlighet att avboka enligt gällande regler klockan 12 dagen före besök.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Förtydliganden av patientavgifter införs enligt följande:

Typ av besök/avgift	Förslag avgift (kr)
1. Hälsoskolor, hela utbildningen	Fast avgift 300 kr
2. Antabusdelning	Avgiftsfritt
3. Dosettdelning	Avgiftsfritt
4. 1:a besök i specialistvård efter **akut** remiss från primärvården	Avgiftsfritt
5. Patienthotell för anhöriga	Alltid avgift för anhörig
6. Avbokning av akut tid	Avgiftsfritt

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Bo Carlbark
Ekonomidirektör

Utdrag till

Ekonomidirektör
Referensgruppen för avgiftsfrågor

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

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

2017-05-11

RS/200/2015

Justering av patientavgifter

Förslag till förtydligande avseende patientavgifter i Avgiftshandboken.
Beslutsinstans: Regionfullmäktige

Den 9-10 februari 2016 fattade regionfullmäktige beslut om mer enhetliga patientavgifter (RS/200/2015). Det finns ett behov av förtydligande i Avgiftshandboken avseende viss vård där det idag inte tydligt framgår för patient eller personal.

Hälsoskolor
I nuläget kostar hälsoskolor 150 kronor. Det framgår därmed inte om det gäller från skolans start till slut eller per tillfälle. Problemet är att varje mottagning formar sina hälsoskolor på sitt eget sätt vilket resulterar i att en del har pass som håller på hela dagar och andra har exempelvis 2-timmarspass x antal gånger. Njurskolan har till exempel 4 pass à 2 timmar vilket då blir en avgift för patienten om 150 x 4 =600 kronor. Om passen istället skulle utföras under samma dag så skulle avgiften bli 150 kronor totalt. Detta innebär inte lika vård för patienten och därför föreslås att avgiften på 150 kronor/gång tas bort och ersätts med en fast avgift på 300 kronor, oavsett hur hälsoskolan utformas.

Antabusdelning
I nuläget verkar praxis vara att antabusdelning på hälsocentralerna är avgiftsfri. Detta eftersom man befarar att patienterna inte skulle närvara om det tas ut en avgift. Konsekvenserna av att patienten inte tar antabus kan naturligtvis bli ödesdigra för både patienten, närstående och för samhället. Därför föreslås att antabusdelning skall vara avgiftsfri.

Dosettdelning
I nuläget är praxis att hälsocentralerna inte tar ut någon avgift för dosettdelning. En fråga har gått ut till alla hälsocentraler för att få svar på hur många patienter som får hjälp med dosettdelning, av dessa har 6 hälsocentraler svarat. Dessa har tillsammans cirka 25 patienter som får hjälp med att dela dosett. I snitt alltså cirka 4 patienter per hälsocentral. Hälsocentralerna delar dosett åt patienter som inte har någon kontakt med kommunsjukvården, som exempelvis hemtjänst. Kommunen tar ut en avgift om 100 kronor/ månad för denna tjänst. (Om den utförs av sjuksköterska)

Patienter som är i behov av hjälp med dosettdelning är mest troligt så pass sjuka att de redan är uppe i högkostnadsskyddet och med tanke på att de är så pass få till antalet föreslås att denna åtgärd ska vara avgiftsfri.

Första besöket i specialistvården efter akut remiss från primärvården
Tidigare har första besöket i specialistvården efter akut remiss från primärvården varit avgiftsfritt. I nuvarande avgiftshandbok saknas stöd för detta men på regionens hemsida samt 1177 finns frågor och svar står att en patient som varit på en hälsocentral och där fått en akut remiss till specialistvården inte behöver betala någon avgift inom specialistvården. Motiveringen till det är antagligen att patienten inte ska drabbas ekonomiskt och betala patientavgift två gånger inom samma dygn bara för att distriktsläkaren inta kan behandla åkomman. Det finns dessutom en risk att patienten då söker sig direkt till akuten istället för

att först söka primärvården om patienten riskerar att belastas med två avgifter samma dag. I nuläget tar receptionen på sjukhuset inte betalt om remissen från hälsocentral är akut. Det är enligt samordnaren för receptionen väldigt få som kommer med akut remiss från primärvården, mellan 0-40 patienter av cirka 700 patienter varje dag.

De mottagningar som inte har verksamhet på akutmottagningen dagtid utan istället genomför akutbesök på respektive mottagning är Ögonmottagningen, Öron- näsa- och halsmottagningen, Kvinnosjukvården och Barnmottagningen.

Om besök med akut remiss från primärvården ska vara avgiftsfria så måste detta förtydligas i avgiftshandboken då det inte finns något tydligt skrivet kring detta.

Patienthotell
Enligt dokument om avgifter för patienthotell är det gratis för anhöriga att bo på hotellet om patienten bor där samtidigt. Om patienten istället är inlagd på sjukhus får anhöriga betala 585 kronor + moms (+ 40 kr för frukost). Detta kan innebära en risk att patienten bor på hotellet enbart för att det ska bli gratis för den anhörige. Förslaget är att anhöriga bör betala avgift även om patienten bor tillsammans med den anhörige på hotellet.

Avbokning akut tid – ska patienten betala avgift för uteblivet besök?
Idag faktureras patienten för uteblivna besök som inte avbokats före klockan 12 dagen före besöket. Men om det är en akut tid har patienten inte möjlighet att avboka innan klockan 12. Hälsocentralerna menar att det inte går att avboka en akut tid. Hur detta ska hanteras finns inte nedtecknat och behöver därmed förtydligas. Mest troligt är det inte särskilt vanligt med fall som detta och förslaget är därför att avgift för uteblivet besök inte ska tas ut vid avbokning av akut tid.

Typ av besök/avgift	Förslag avgift (kr)
1. Hälsoskolor, hela utbildningen	Fast avgift 300 kr
2. Antabusdelning	Avgiftsfritt
3. Dosettdelning	Avgiftsfritt
4. 1:a besök i specialistvård efter **akut** remiss från primärvården	Avgiftsfritt
5. Patienthotell för anhöriga	Alltid avgift för anhörig
6. Avbokning av akut tid	Avgiftsfritt

43

Ändring i regelverket för sjukresor vid utomlänsvård

RS/1073/2017

2017-05-24

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

RS/1073/2017

Ändring i regelverket för sjukresor vid utomlänsvård

Ärendebeskrivning

Regelverket för sjukresor fastställdes gemensamt med övriga norrlandsting 2007 (LS/499/2006). Regelverket justerades 2013 då bland annat beslut togs om höjt högkostnadsskydd och införande av egenavgift på 100 kronor (LS/1951/2012). En ändring av åldersgränsen för avgiftsfrihet för barn till och med 18 år gjordes 2016 (RS/1890/2016).

Några ändringar/tillägg i regelverket för sjukresor gällande medföljande vårdnadshavare och tillägg om kostnadsbegränsning för patientboende vid utomlänsvård behöver nu göras.

Det finns i dagsläget en otydlighet och diskrepans i regelverket för sjukresor kring ersättning för medföljande vårdnadshavare. Förslaget är att man i normalfall har rätt till ersättning för 1 medföljande vårdnadshavare och att avsteg från detta ska bedömas av remitterande enhet eller personal inom sjureseenheten.

Det har uppmärksammats att det nu gällande regelverket för sjukresor saknar fastställda beloppsgränser för patientboende vid utomlänsvård. Det finns därför ett behov att reglera nivån för maxbelopp vid patientboenden. Ersättningen ska täcka kostnaden för enkelrum och vid intygat behov, dubbelrum eller familjerum. Förslaget på maxbelopp är framtaget utifrån ett underlag från hotell/boenden över hela landet.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Ändring i regelverket för sjukresor enligt bifogat förslag antas.

I tjänsten

Ingela Jönsson

Tf Regiondirektör

Lisbet Gibson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Utdrag till

Hälso- och sjukvårdsdirektör
Ekonomidirektör
Referensgruppen för avgiftsfrågor
Sjukreseenheten

Förslag ändringar/tillägg i regelverket för sjukresor gällande medföljande vårdnadshavare och tillägg om kostnadsbegränsning för patientboende vid utomlänsvård

1. **Kostnadsbegränsning vid patientboende utanför Region Jämtland Härjedalen.**

Bakgrund: Då det tidigare saknats regelverk för hur mycket ett patientboende får kosta vid utomlänsvård, så har risken funnits att patienter fritt kan boka boenden där kostnadsbegränsning saknas. Det betyder att en patient kan boka boende för valfritt belopp (inklusive tillägg) utan att vi inom Region Jämtland Härjedalen kunnat motsätta oss eller reglera ersättningsnivån för dylika boenden. Det finns därför ett behov att reglera nivån för maxbelopp vid patientboenden. Kostnader utöver detta maxbelopp är inte ersättningsgrundande och belastar patientens egen ekonomi. Maxbeloppet skall vara i nivå med gängse prisbild i hela landet, för boenden kring sjukhus. Meningen är att ersättningen skall täcka kostnaden för enkelrum och vid intygat behov, dubbelrum eller familjerum. Förslaget på maxbelopp är framtaget utifrån ett underlag från hotell/boenden över hela landet.

Förslag: Maxbelopp för ersättning Enkelrum: 1200 kr
Förslag: Maxbelopp för ersättning Dubbelrum: 1400 kr
Förslag: Maxbelopp för ersättning familjerum: 1500 kr

2. **Ändring/Tillägg i regelverket för sjukresor, rörande bidrag för medföljande vårdnadshavare vid vård av minderårig patient.**

Bakgrund: Det finns i dagsläget en otydlighet och diskrepans mellan regelverket för sjukresor och Länstrafikens regel kring bidrag för medföljande vårdnadshavare, vid vård av minderårig patient. I reglerna för sjukresor och därmed också i avgiftshandboken framgår det på en plats att det är ersättningsgrundande att 2 vårdnadshavare medföljer vid ett vårdtillfälle. På en annan plats kan det tolkas som 1 men i nästa rad 2 eller fler.
Samtidigt är det tydligt i, det av Länstrafiken framtagna regelverket rörande sjukresor, att det är ersättningsgrundande för 1 vårdnadshavare att medfölja vid vård av minderårig patient. Det är av vikt att dessa regelverk överensstämmer med varandra och att få en stringens i hur reglerna kring detta ser ut mot våra patienter.

Regelverket för sjukresor bör därför förtydligas samt tydligare formulera hur kravet ser ut för att frångå denna regel och utöka ersättningsnivån.

Förslag av regel: Förslaget är att man i normalfall har rätt till ersättning för 1 medföljande vårdnadshavare. Detta gäller samtliga vårdbesök. Till exempel: Undersökning och röntgen, operation och ingrepp, medicinering och behandling samt flera andra varianter av besök.
Ett undantag från denna regel är då bedömningen eller åtgärden kräver viktiga beslut från vårdnadshavare. Då finns ett motiverat behov av samtliga vårdnadshavares medverkan och kan därför anses som ersättningsgrundande.

Förslag av textändring: Nedan följer två texter. Den första **(A)** är texten i avgiftshandboken (Avgiftshandbok Region Jämtland Härjedalen, 2017-01-23, Dnr: RS/610/2016, Sida 21), så som den ser ut idag (gul text avses ändras) och den andra **(B)** är samma text där ändringar är gjorda enligt detta förslag.

(A)

Sjukt barn

Har förälder eller annan anhörig, med anledning av sjukdom hos barn fram till 18-årsdagen gjort besök i öppen vård eller hos barnet medan det vårdas på sjukhus, ges ersättning för resa och övernattning om besöket ingått som en del i behandlingen av barnet.
Ersättning ges också för en besöksresa per vecka för en anhörig när barnet är inskrivet i sluten vård.
Ersättning ges för besöken som ersätts enligt samma regler som egenavgifter vid egen sjukresa.
Ersättning ges till två föräldrar och syskon fram till 18-årsdagen **för boende** inkl. frukost på Hotell Björken, Umeå, i samband med vård vid NUS.
Därutöver ges ersättning till två föräldrar och syskon fram till 18-årsdagen **för boende** inkl. frukost vid samtliga sjukhus inom landet.

Övernattning

Utgifter för övernattning ersätts om det inte varit möjligt att planera vården så att övernattning kan undvikas. Ersättningen beräknas för det belopp som patienten betalat för logi om övernattning skett på hotell som anvisats av landstinget. Om övernattning föranletts av akut vårdbehov kan ersättning lämnas med skäligt belopp. I övriga fall ersätts övernattning med högt 55 kr per natt.

(B)

Sjukt barn

Har förälder eller annan anhörig, med anledning av sjukdom hos barn fram till 18-årsdagen gjort besök i öppen vård eller hos barnet medan det vårdas på sjukhus, ges ersättning för resa och övernattning om besöket ingått som en del i behandlingen av barnet.
Ersättning ges också för en besöksresa per vecka för en anhörig när barnet är inskrivet i sluten vård.
Ersättning ges för besöken som ersätts enligt samma regler om egenavgifter vid egen sjukresa.
I normalfall ges ersättning för en (1) vårdnadshavare eller anhörig, till barnet som vårdbesöket gäller.
Ersättning ges då för omkostnader rörande resa mellan folkbokföringsadress och vårdande enhet, samt eventuellt boende, om detta krävs under resan. I de fall då viktiga beslut skall tas kring barnets vård, så kan ersättning ges för två (2) vårdnadshavares omkostnader för resa och boende. Bedömning huruvida det är bidragsgrundande för en eller två föräldrar görs av delegerad personal vid remitterande enhet eller av personal inom sjukreseenheten Region Jämtland Härjedalen, och kräver särskilt intyg om följeslagare.

Övernattning

Utgifter för övernattning ersätts om det inte varit möjligt att planera vården så att övernattning kan undvikas. Ersättningen beräknas för det belopp som patienten betalat för logi då övernattning skett på hotell som anvisats eller bokats av personal inom Region Jämtland Härjedalen.

Ersättning ges upp till 1200 kr per natt för enkelrum och 1400 kr per natt för dubbelrum då patienten själv väljer, bokar och betalar boende kring ett vårdbesök i annan region. Överstiger boendekostnaden maxbeloppet så står patienten för den överskridande summan.

Om övernattning föranletts av akut vårdbehov kan ersättning lämnas enligt ovanstående regler.



44

Regionplan 2018-2020

RS/257/2017

§33

Regionplan 2018-2020 (RS/257/2017)

Sammanfattning

En av regionfullmäktiges uppgifter är att fastställa regionens vision och strategiskt övergripande mål samt ekonomiska ramar och en budget för Region Jämtland Härjedalens verksamheter. Det gör fullmäktige genom att besluta om en treårig regionplan och en finansplan. Ett förslag till regionplan för perioden 2018-2020 har upprättats. Regionplanen innehåller förutom strategiska mål också en sammanfattning av viktiga planeringsförutsättningar för perioden och beskrivning av vision, värderingar och styrmodell.

De strategiska målen i regionplanen 2018-2020 visar viljeinriktningen och vilka prioriteringar som ska göras de kommande tre åren. De utgör också grunden för hur Region Jämtland Härjedalen ska närma sig sin vision och målsättningar i länsövergripande mål, övergripande policyer och långsiktiga utvecklingsplaner. Med utgångspunkt från regionplan och finansplan fastställer sedan regionstyrelsen och nämnderna årliga verksamhetsplaner med framgångsfaktorer, budget och uppföljningsplan.

Den kommande planperioden kommer att präglas av fortsatt stort fokus på åtgärder som syftar till att nå en ekonomi i balans och god ekonomisk hushållning. Region Jämtland Härjedalen har ett mycket ansträngt ekonomiskt läge och står inför omfattande ekonomiska utmaningar. De senaste åren har verksamheten redovisat ekonomiska underskott i varierad storlek. Varje ny verksamhet, aktivitet eller motsvarande kräver finansiering antingen genom ökade externa intäkter eller omfördelning inom befintlig verksamhet.

Ekonomin hanteras sedan 2015 i en särskild finansplan Finansplanen sammanfattar de ekonomiska konsekvenserna utifrån regionplanen och den långsiktiga utvecklingsplanen för god ekonomisk hushållning. Finansplanen 2018-2020 (RS/258/2017) innehåller också planeringsförutsättningar utifrån det ekonomiska läget, budgetramar för regionstyrelsen och nämnder, investeringstak samt finansiella mål och budget för det närmaste året. En anledning till att ekonomin hanteras i en särskild plan är också behovet av att kunna revidera finansplanen i november utifrån de ekonomiska konsekvenserna som statligt beslut innebär och förändringar i skatteprognoser.

För det regionala utvecklingsarbetet är rapporten ”Läget i länet” och OECD´s Territorial Review Jämtland Härjedalen som innehåller viktiga analyser för det regionala utvecklingsarbetet viktiga planeringsunderlag. Liksom att genomföra EU:s övergripande mål i Europa 2020-strategin och hantera viljeinriktningen i flera viktiga länsövergripande styrdokument, exempelvis den regionala utvecklingsstrategin.

För hälso- och sjukvården kommer arbetet under planperioden fortsatt att fokusera på att uppnå god tillgänglighet, ett patientfokuserat arbetssätt samt ge kunskapsbaserad, jämlik och

säker vård, behandling och rehabilitering. Region Jämtland Härjedalen behöver också fortsätta utvecklas som en hälsofrämjande och attraktiv arbetsgivare.

I Region Jämtland Härjedalens planerings- och uppföljningsarbete ska alltid perspektiven jämställdhet- och jämlikhet, barnens rättigheter, miljö och ekonomi särskilt beaktas. I regionplanen görs det genom att flera mål har en koppling till något eller några av perspektiven. Måluppfyllelse för fullmäktiges strategiska mål summeras i tertialrapport per april, delårsbokslut per augusti och i årsredovisningen. Uppföljningen utgår från regionstyrelsens och nämndernas uppföljning av deras framgångsfaktorer.

Utskottet för ekonomi fick på sitt sammanträde den 22 maj 2017 en genomgång av innehållet i regionplanen. Utskottet fick ställa frågor och lämnade synpunkter.

Förslag till beslut

Utskottet för ekonomi föreslår regionstyrelsen

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Regionplan 2018-2020 godkänns.

Beslut

Utskottet för ekonomi föreslår regionstyrelsen

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Regionplan 2018-2020 godkänns.

Protokollsanteckning

Anton Nordqvist (MP) deltar inte i beslutet.

Expedieras till

Hälso- och sjukvårdsdirektör, Bitr. regiondirektör, regionstabschef, områdeschefer och avdelningschefer.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse om Regionplan 2018-2020
- Regionplan 2018-2020_170517

2018-2020

Regionplan



VISION, MÅL OCH INRIKTNINGAR

835

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Regionplan

Regionplanen och Finansplanen innehåller övergripande mål för Region Jämtland Härjedalen. Planerna är regionfullmäktiges politiska styrdokument och gäller i tre år. Planerna hör ihop på flera sätt och man bör läsa båda för att få en helhetsbild av Region Jämtland Härjedalens övergripande mål och förutsättningar.

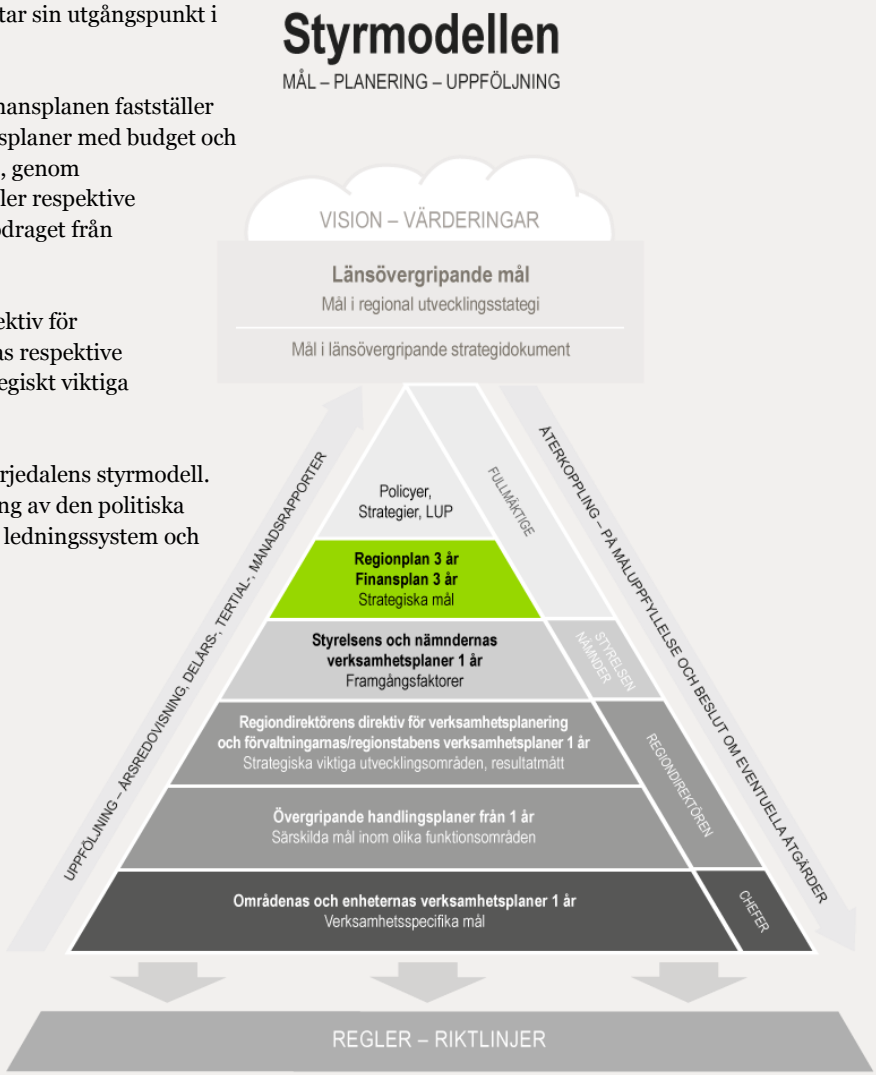
De strategiska målen i regionplanen 2018-2020 visar viljeinriktningen och vilka prioriteringar som ska göras de kommande tre åren. De är också grunden för hur Region Jämtland Härjedalen ska närma sig sin vision och målsättningarna i övergripande styrdokument, policyer och långsiktiga utvecklingsplaner.

Fram till år 2016 ingick finansiella mål, ekonomiska ramar och budget i regionplanen men numera finns det i Finansplanen. Finansplanen 2018-2020 innehåller planeringsförutsättningar utifrån det ekonomiska läget, budgetramar för regionstyrelsen och nämnder, investeringstak samt finansiella mål och budget för det närmaste året. Finansplanen tar sin utgångspunkt i regionplanen.

Med utgångspunkt från regionplanen och finansplanen fastställer regionstyrelsen och nämnderna verksamhetsplaner med budget och uppföljningsplan. Verksamhetsplanerna ska, genom framgångsfaktorer, beskriva vad styrelsen eller respektive nämnd ska arbeta med för att verkställa uppdraget från fullmäktige.

I nästa steg upprättas regiondirektörens direktiv för verksamhetsplaner och förvaltningschefernas respektive regionstabens verksamhetsplaner med strategiskt viktiga utvecklingsområden och resultatmått.

Figuren till höger visar Region Jämtland Härjedalens styrmodell. I bilaga 1-4 finns en mer ingående beskrivning av den politiska organisationen, styrmodellen, målområden, ledningssystem och styrdokument.



REGIONPLAN 2018-2020
Dnr RS/257/2017
2017-05-17

BESLUTAD AV:
Regionfullmäktige 2017-06-21 § X

Innehåll

Förord ordförande **4**
Vision **5**
Värdegrund **6**
Planeringsförutsättningar **8**
Verksamhetsstrategi **10**
Strategiska mål och inriktningar **11**
Samhälle **12**
Patient **17**
Medarbetare **20**
Verksamhetsresultat **22**
Bilagor **24**
Bilaga 1: Politisk organisation **25**
Bilaga 2: En gemensam styrmodell **27**
Bilaga 3: Målområden och ledningssystem **30**
Bilaga 3: Styrdokument **31**

Region Jämtland Härjedalen – En region i rörelse

”Regionen Jämtland Härjedalens medarbetare ska i dagliga möten och samtal handla med respekt för alla människors lika värde, visa förtroende för andra och utgå från en helhetssyn på regionen och de som regionen är till för.” Det är Region Jämtland Härjedalens värdegrund.

Region Jämtland Härjedalen är till för patienter, brukare, kunder och medborgare. Ingen av verksamheterna, varken inom hälso- och sjukvården eller regional utveckling, finns till för sin egen skull. All verksamhet ska tillgodose behov och skapa värde för oss som bor här, och för de som besöker vår region. Nästan allt regionen har ansvar för är reglerat i lagstiftning. Lagen anger inte *hur* det ska göras, men *att* det ska göras.

Den största delen i regionens verksamhet är hälso- och sjukvården. Vården utvecklas snabbt och allt mer kan göras för allt fler och allt högre upp i åldrarna, vilket naturligtvis är mycket bra. Sjukdomar som för bara några år sedan ledde till döden kan vi idag genom läkemedel och behandlingar leva med livet ut.

Sjukvårdens utveckling gör att vi behöver ställa om hela vårdorganisationen. Primärvården är redan väl utbyggd i Region Jämtland Härjedalen men den behöver stärkas ännu mer. Mycket av primärvårdens verksamhet ligger väl framme i jämförelse med andra landsting/regioner, bland annat när det gäller att använda digital teknik. Den utvecklingen ska fortsätta.

Tillgängligheten inom sjukvården är inte tillräckligt bra idag. Digitaliseringen kan hjälpa oss att förbättra den men vi behöver också på andra sätt förbättra hur vi arbetar och hur vi använder personalens kompetens på bästa sätt. Fast anställd personal ger kontinuitet och trygghet för patienterna och målet är att vara oberoende av bemanningspersonal i januari 2019.

Fast anställd personal, mer nära vård och en helhetssyn på patienter och vårdkedjor ökar patientsäkerheten. Att färre skadas i vården är ett annat viktigt mål.

Regionens andra del, regional utveckling, fyller andra behov för oss invånare. För att vi människor ska må bra och ha en god hälsa behöver vi jobb och försörjning, tillgång till kultur och kommunikationer. Det behövs en fungerande infrastruktur i hela regionen för företagande, men också för ett fungerande privatliv. Inte minst gäller det en aktiv utbyggnad av bredband.

Slutligen några ord om det som oroar oss mest - klimatförändringen. Region Jämtland Härjedalens verksamhet ska inte påverka miljön i negativ riktning och målet är en fossilfri verksamhet år 2030 – en strävan efter en giftfri och hållbar miljö. För att åstadkomma det måste det ställas höga miljökrav, vilket bland annat påverkar upphandlingar.



Ann-Marie Johansson (S)
Regionstyrelsens ordförande

Vision

Region Jämtland Härjedalens verksamhet definieras ytterst av samhällsutvecklingen, regionens utmaningar och styrkor, det europeiska och nationella politiska sammanhanget och av organisationens uppdrag. Visionen **”En region att längta till och växa i”** har tagits fram efter en bred demokratisk process och ligger till grund för organisationens policyer och planer samt för den geografiska platsen Jämtland Härjedalen.

Region Jämtland Härjedalens statliga uppdrag styrs via lagstiftning och årliga villkorsbeslut. Den utmaning som Region Jämtland Härjedalen står inför är att genomföra den övergripande strategin i Europa 2020. År 2014 startade också EU:s nya programperiod och genomförandet av flera viktiga styrdokument - bland annat den nya regionala utvecklingsstrategin (RUS) ”Jämtland Härjedalen 2030 Innovativt & Attraktivt”.

I den regionala utvecklingsstrategin (RUS) görs prioriteringar inom områden där förutsättningarna är goda för ett hållbart och expanderande näringsliv med stor hänsyn till resurseffektivitet, jämställdhet, mångfald, god folkhälsa och ungas möjligheter.

Region Jämtland Härjedalen ska arbeta för att uppfylla prioriteringarna i den regionala utvecklingsstrategin – både genom sina egna verksamheters agerande och genom att inspirera och samla alla organisationer och aktörer i Jämtland Härjedalen till gemensamt agerande.

Region Jämtland Härjedalens verksamhetsmässigt mest omfattande uppdrag är hälso- och sjukvård. Det är en verksamhet som ska utmärkas av ett tydligt patientperspektiv, hög kvalitet och ett flexibelt arbetssätt för att skapa effektivitet och högt värde för patienten. Arbetssättet ska präglas av lean-filosofin där ständiga förbättringar är grunden för att korta ner ledtider och väntetider.

Region Jämtland Härjedalen har även en överenskommelse med kommunerna om stöd i vissa frågor som rör samarbete mellan kommunerna. Det handlar om forskning och utveckling, utveckling inom hälso- och sjukvård, socialtjänst, utbildningssektorn, miljö och energiområdet.

Vägen till visionen

”En region att längta till och växa i” fokuserar på viktiga utmaningar som attraktivitet och tillväxt. Visionen har flera dimensioner – det handlar dels om att få fler människor att bo och arbeta i Jämtland och Härjedalen. Det handlar om att turism och företagsamhet ska öka. Men det handlar också om att de som väljer att bo i och besöka Jämtland och Härjedalen ska finna värden här som ökar möjligheten att kunna växa som människa.

Naturvärdena i Jämtland Härjedalen är välkända och har sedan länge ett stort attraktionsvärde. För att närma oss visionen krävs att såväl Region Jämtland Härjedalen och andra organisationer och aktörer i Jämtland och Härjedalen aktivt visar på de styrkor som även finns inom andra områden till exempel forskning, utbildning och utveckling.

Medarbetare, organisation och plats ska präglas av **välkomnande, handlingskraft och pålitlighet.** Organisationens och platsens kommunikation ska bidra till att både Region Jämtland Härjedalen som organisation och Jämtland Härjedalen som plats upplevs vara i rörelse framåt.

Värdegrund

”Regionen Jämtland Härjedalens medarbetare ska i dagliga möten och samtal handla med respekt för alla människors lika värde, visa förtroende för andra och utgå från en helhetssyn på regionen och de som regionen är till för.”

Det är Region Jämtland Härjedalens värdegrund. Värdegrund, vision och kärnvärden kan ibland vara svåra att skilja från varandra.

Värdegrunden är bottenplattan för Region Jämtland Härjedalens verksamhet och skiljer inte i sak ut sig från annan offentlig verksamhets grundvärderingar. Det som skiljer Region Jämtland Härjedalen från andra regioner och/eller landsting är visionen och kärnvärdena.

Visionen och kärnvärdena har sin utgångspunkt i värdegrunden och de olika delarna måste alltid följas åt och tala samma språk. I marknadsföring av organisation och plats är det verksamhetens kärnvärden som kommuniceras.

Det är viktigt att alla medarbetare agerar utifrån gemensamma värderingar och ett gemensamt förhållningssätt – i det ingår såväl värdegrund som kärnvärden och vision. Det till grund för alla möten i vardagen och handlar om etik och moral och det ansvar som alla medarbetare har att värna om demokratin. Region Jämtland Härjedalens värdegrund bygger på de sex grundläggande principer som gäller för all offentlig verksamhet i Sverige.

1. *Demokrati* - all offentlig makt i Sverige utgår från folket.
2. *Legalitet* - den offentliga makten utövas genom lagarna.
3. *Objektivitet* - alla ska i sin verksamhet beakta allas likhet inför lagen samt iaktta saklighet och opartiskhet.
4. *Fri åsiktsbildning*
5. *Respekt* för alla människors lika värde och för den enskilda människans frihet och värdighet.
6. *Effektivitet och service.*

Respekt är den grundläggande värderingen. Det innebär att alla ska behandlas lika oavsett kön, ålder, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning, funktionsnedsättning, könsidentitet och könsuttryck - och att olika uppfattningar respekteras. Det skapar förtroende. **Förtroende** innebär ömsesidig tillit, och skapas genom ärlighet och respekt. ***Helhetssyn*** innebär att utgå från de som Region Jämtland Härjedalen är till för och se till hela människan och hennes behov samt till hela verksamhetens bästa.

När det gäller hälso- och sjukvården bygger Region Jämtland Härjedalens synsätt på människors lika värde, och på att resurserna satsas där behoven är störst. Det är ett solidariskt ansvar för att tillgodose behoven hos dem som inte själva förmår göra sig hörda samt att det inte är etiskt försvarbart att slösa.

Regionen Jämtland Härjedalens arbete präglas i allt större utsträckning av samverkan dels mellan enheter inom organisationen och dels med externa partners. Det förutsätter att skillnader i kultur och värderingar, som växt fram under lång tid, kan överbryggas och att det skapas en gemensam grund för att gå vidare.

Region Jämtland Härjedalen ska vara en tillgänglig samarbetspartner. För att uppnå lyckade resultat i många av de mål och värden Region Jämtland Härjedalen jobbar efter är regionen beroende av ett gott samarbete med andra organisationer.

Region Jämtland Härjedalen ska utveckla insatser som ger alla ökad möjlighet till insyn och delaktighet i organisationens verksamhet. Det är också viktigt att synliggöra demokratin inom de egna verksamheterna. I kommunikationen, både internt i organisationen och externt ska det tydligt framgå att Region Jämtland Härjedalen är en politiskt styrd organisation.

Med värdegrunden som utgångspunkt ska Region Jämtland Härjedalen ständigt arbeta för att ALLA alltid ska inkluderas – och alla betyder verkligen alla. För organisationens arbete med övergripande mål innebär det att kvinnors, mäns, flickors och pojkars samt utsatta gruppers villkor, rättigheter, möjligheter och skyldigheter ska vara likvärdiga. Där är det också viktigt att tänka på att utsatta grupper kan vara olika och förändras över tid.

Planeringsförutsättningar

I februari 2016 fastställde regionstyrelsen ett dokument med planeringsförutsättningar för 2017-2019. Där finns en beskrivning av kända faktorer som är viktiga att ta hänsyn till i Region Jämtland Härjedalens planeringsarbete. Exempelvis aktuell statistik, förändringar i lagar, problemområden och nationella rapporter.

I februari 2017 presenterades analysen ”Läget i länet” och ”OECD’s Territorial Review Jämtland Härjedalen”. Innehållet i de rapporterna är också planeringsförutsättningar.

Planeringsförutsättningarna är grunden när de övergripande målen ska fastställas. I det här avsnittet finns en sammanfattning av de viktigaste utmaningarna i planeringsförutsättningarna.

Planeringsförutsättningar

Till grund för den här regionplanen ligger de planeringsförutsättningar som regionstyrelsen har fastställt för år 2017-2019.

Det ekonomiska läget

Region Jämtland Härjedalen står inför omfattande ekonomiska utmaningar. De senaste åren har verksamheten redovisat ekonomiska underskott i varierande storlek. Årsbokslutet för 2016 visar på en fortsatt oroväckande stort underskott, trots effekterna av hittills beslutade och genomförda resultatförbättrande åtgärder med 90 miljoner kronor 2016.

Nettokostnaderna uppvisade en betydligt lägre takt 2016 jämfört med 2015. Orsaken till den lägre ökningstakten är givetvis att de resultatförbättrande åtgärder som regionen arbetar med ger effekt. Efter år 2016 återstod enligt balanskravet totalt 767,7 miljoner kronor att återställa varav 192,8 miljoner kronor avser 2016.

Den kommande planperioden kommer därför att präglas av fortsatt stort fokus på åtgärder som syftar till att nå en ekonomi i balans och god ekonomisk hushållning. Varje ny verksamhet, aktivitet eller motsvarande kräver alltså finansiering antingen genom ökade externa intäkter eller omfördelning inom befintlig verksamhet, krona för krona.

Regionen Jämtland Härjedalens ekonomi redovisas i finansplanen. Där framgår ramarna för regionstyrelsen och nämnderna. Regionstyrelsen och respektive nämnd fastställer sedan detaljerad budget för sina verksamheter.

Efter flera år med underskott har Region Jämtland Härjedalen i februari 2017 lånat 40 miljoner kronor, ytterligare 60 miljoner kronor behöver lånas till de planerade investeringarna under 2017.

I planeringen för 2018-2020 behöver Region Jämtland Härjedalen därför hantera följande åtgärder med fokus på den ekonomiskt besvärliga situationen:

- De senaste årens ekonomiska underskott måste vändas till en ekonomi i balans och på så sätt uppfylla kommunallagens krav på god ekonomisk hushållning.
- Fortsätta att arbeta utifrån den reviderade långsiktiga utvecklingsplanen för god ekonomisk hushållning. Den innehåller åtta satsningsområden och 15 åtgärdspaket för att uppnå kostnadsminskningar på 120 miljoner kronor.
- Arbetet med förändringsarbetet inom kirurgi Opus 2020
- Kostnaden för bemanningsföretag ska minska under 2017, och ett oberoende ska uppnås 2019, enligt det nationellt överenskomna projektet.

Andra planeringsförutsättningar och utmaningar för de fyra perspektiven

Samhälle

- Rapporten ”Läget i länet” och OECD´s Territorial Review Jämtland Härjedalen innehåller viktiga analyser som är goda planeringsunderlag. De ger också underlag för nya analyser och prioriteringar.

Läget i länet sammanfattas med denna SWOTanalys:



- Hälsosamtalet i skolan, Hälsa på lika villkor och CAN-rapporterna är viktiga planeringsunderlag i folkhälsoarbetet.
- Fortsätta arbetet med krisberedskap och säkerhet så att Regionen uppnår förmåga att kunna bedriva samhällsviktig verksamhet även under svåra förhållanden t ex omfattande samhällsstörningar.

Patient

- Hälso- och sjukvården samt folktandvården i Region Jämtland Härjedalen ska vara ett attraktivt val för länets befolkning genom att ha god tillgänglighet, ett patientfokuserat effektivt arbetssätt samt ge kunskapsbaserad, jämlik och säker vård, behandling och rehabilitering.
- En förutsättning för God vård är att utveckla, sprida och tillämpa kunskapsbaserad styrning och ledning.
- Fortsätt arbetet krävs angående produktions- och kapacitetsplanering för att uppnå en god tillgänglighet och målen i vårdgarantin.
- Region Jämtland Härjedalen har att hantera förändrade vårdbehov och integrationsbehov som uppstår genom förändringar i demografin och utveckling av flyktingmottagning. Detsamma gäller också ökad turism i Jämtland Härjedalen.
- Kvalitetsarbetet och patientsäkerhetsarbetet är högt prioriterat inom Region Jämtland Härjedalen och ska genomsyra all verksamhet.
- Ett framgångsrikt kvalitetsarbete grundar sig på långsiktighet och systematik samt präglar hela organisationen. Arbetssättet inom organisationen ska med uthållighet planeras, ledas, följas upp och analyseras för att kunna utvärderas och förbättras utifrån tillgängliga resultat och bygga på leans principer.
- En av de största utmaningarna är att förbättra den psykiska hälsan hos unga, särskilt hos unga kvinnor.

Medarbetare

- Fortsätta utveckla Region Jämtland Härjedalen som en hälsofrämjande och attraktiv arbetsgivare för att klara kompetensförsörjning, både på kort och lång sikt.
- Utveckla Region Jämtland Härjedalens arbete med forskning, lärande, utveckling och utbildning för att möta samhällets behov.
- Ta tillvara de inflyttades kompetenser och bidra till en generös och aktiv integration.

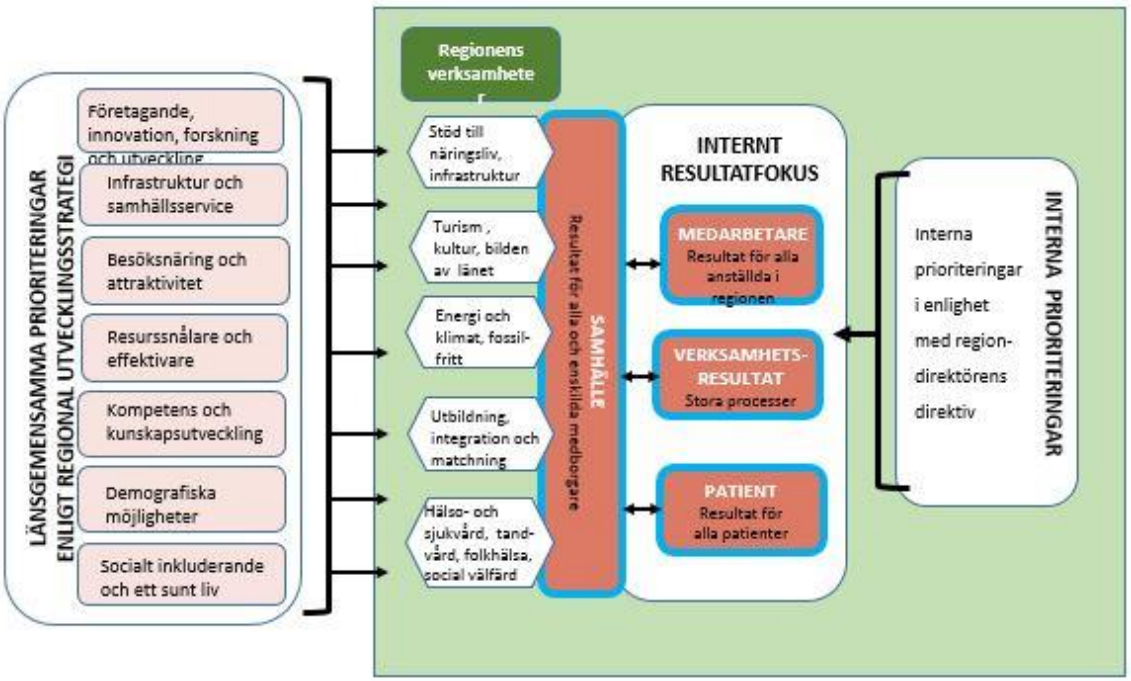
Verksamhetsresultat

- Organisationens förmåga att göra analyser av framtida behov av hälso- och sjukvård, tandvård och regional utveckling behöver förbättras.
- Nyttja de nationella satsningarna och projektmedel till utvecklingsinsatser med långsiktig effekt.
- Ge stöd för att bygga ut bredbandsnätet för att ge Jämtland och Härjedalens befolknings möjligheter att nyttja distansoberoende teknik. Samtidigt utveckla vårdens möjligheter att arbeta med distansoberoende teknik i mötet med patienter.
- Kontinuerligt förbättringsarbete för minskad klimatpåverkan, ökad resurseffektivitet och giftfri miljö är viktigt för en hållbar utveckling såväl för organisationen och länet som globalt.
- Fortsätta att konkretisera och värdera arbetet med genomförandet av fastighetsutvecklingsplanen sjukhus 2035.
- Fortsätta arbetet med att fördjupa samarbete med Tröndelag i Norge inom både hälso- och sjukvård och regional utveckling.

Verksamhetsstrategi

Sambandet mellan regionala utvecklingsstrategin, Region Jämtland Härjedalens verksamheter och deras resultatmål

Bilden här nedanför beskriver hur Region Jämtlands Härjedalens verksamheter ska beakta den regionala utvecklingsstrategin (RUS), som är ett länsövergripande styrdokument. Bilden visar också de fyra resultatområdena (samhälle, patient, medarbetare och verksamhetsresultat) och sambandet till organisationens olika verksamheter. Slutligen visar bilden de interna prioriteringarna. De är de fyra prioriterade inriktningarna regiondirektören fokuserar på i sina direktiv för verksamhetsplaner.



Strategiska mål och inriktningar

I det här avsnittet redovisas Region Jämtland Härjedalens strategiska mål och inriktningar för åren 2018-2020. Målen visar viljeinriktningen och vilka prioriteringar som ska göras. Det är grunden för att organisationen ska närma sig sin vision och målsättningar i policyer, långsiktiga utvecklingsplaner och i övergripande styrdokument.

En utgångspunkt i arbetet med att ta fram målen har varit de planeringsförutsättningar som regionstyrelsen fastställt (se sammanfattning i föregående avsnitt). I nästa steg ska regionstyrelsen och nämnderna verkställa de strategiska målen genom att besluta om vilka framgångsfaktorer de ska jobba med under det kommande året. De strategiska målen och framgångsfaktorerna är sedan utgångspunkter för strategiska utvecklingsområden i form av strategiskt viktiga utvecklingsområden och resultatmått i regiondirektörens direktiv för verksamhetsplaner och förvaltningschefernas/regionstabens verksamhetsplaner. Avsnittet är indelat i områdena samhälle, patient, medarbetare och verksamhetsresultat.

Område Samhälle ska spegla befolkningsaspekter där regionen kan bidra.
Här samlas mål:

- ✓ Inom det regionala utvecklingsuppdraget
- ✓ Med fokus på folkhälsa
- ✓ Med fokus på resursanvändning
- ✓ Med fokus på miljö
- ✓ Med fokus på ett jämställt och jämlikt samhälle
- ✓ För samverkan med andra

Samhälle

Jämtland Härjedalen ska vara en plats där nytänkande, framtidstro, mångfald och hållbar utveckling är högt prioriterat. De tio strategiska målen under området samhälle är tillsammans viktiga delar i det regionala utvecklingsarbetet.

Fler arbetstillfällen för män och kvinnor i privat och offentlig sektor leder till *fler invånare* i Jämtland Härjedalen. En *bättre infrastruktur* stärker företagens möjligheter att nå ut på marknaden och ökar tillgängligheten för invånare och besökare. En hållbar region är *fossilbränslefri* och har ett stort *digitalt användande*. Kultur i hela Jämtland Härjedalen är viktigt för både personlig utveckling och gemenskap. Kultur är också ett – bland många – verktyg för att nå ett *jämlikt och jämställt* Jämtland Härjedalen. Framgång inom ovanstående områden kan bidra till en *bättre folkhälsa* och *minskade sjukskrivningstal*. Det i sin tur ger fler tillträde till arbetsmarknaden och skapar en attraktivitet som leder till mer inflyttning och att invånare stannar kvar. *Tillgänglig och samordnad hälso- och sjukvård* ger trygghet för boende, besökare och intresserade inflyttare.

Tillväxtarbetet bygger i stort på EU:s övergripande mål i Europa 2020-strategin med nyckelbegreppet: Smart och hållbar tillväxt för alla.

Samhällets komplexitet där globalisering, urbanisering, individualisering och digitalisering sker i en rasande takt är också en del av utvecklingen i Jämtland Härjedalen. Det skapar både möjligheter och ställer krav där det regionala ledarskapet avgör Jämtland Härjedalens position i förhållande till andra livsplatser.

Strategiska mål inom området samhälle

- Fler arbetstillfällen för män och kvinnor i privat och offentlig sektor
- Fler invånare i regionen
- Bättre infrastruktur
- Fossilbränslefri region år 2030
- Ökat digitalt användande
- Kultur i hela regionen
- Jämlik och jämställd region
- Bättre folkhälsa
- Minskade sjukskrivningstal
- Tillgänglig och samordnad hälso- och sjukvård

Fler arbetstillfällen för män och kvinnor i privat och offentlig sektor

77 % av arbetsställena i Jämtland Härjedalen är ensamarbetsställen utan anställda. 18 % har under tio anställda. Ytterligare 4 % har 10-49 anställda. Dvs 99% av arbetsställena i Jämtland Härjedalen klassas som små- eller medelstora. Endast 183 arbetsställen har 50 eller fler anställda. Rapporterna *Läget i länet* och *OECD´s Territorial Review Jämtland Härjedalen* pekar på betydelsen av att innovationshöjden behöver öka och att marknaden behöver breddas med mer försäljning utanför Jämtland Härjedalen.

En gynnsam utveckling och tillväxt i Jämtland Härjedalen måste ta tillvara all kompetens och främja möjligheter till sysselsättning för alla inflyttare, antingen som anställda eller som

företagare. Det är angeläget att skapa nätverk och mötesplatser mellan arbetstagare och arbetsgivare inom både näringslivet och offentlig sektor.

I dag har både näringsliv och offentlig sektor rekryteringsproblem. Antalet lediga platser är högre nu än någonsin under de senaste tio åren. Samtidigt står tusentals personer utanför arbetsmarknaden i Jämtland Härjedalen. God tillgång till utbildning och fortbildning kan vara avgörande för den enskilda individens möjlighet till arbete – och även en förutsättning för näringslivets och företagens möjlighet till rekrytering och tillväxt. Därför måste arbetet med kompetensplattformarna vara en fortsatt viktig uppgift.

”En gynnsam utveckling och tillväxt i Jämtland Härjedalen måste ta tillvara all kompetens och främja alla inflyttares möjligheter till sysselsättning.”

Att ta tillvara och matcha den kompetens som finns hos nyanlända och deras möjligheter till en första anställning i sitt nya hemland är en avgörande faktor även för att hålla befolkningstalen uppe och i förlängningen säkra skattebasen för kommunerna och Region Jämtland Härjedalen. Och inte minst – att ge alla möjligheten att skapa sitt eget goda liv baserat på egenförsörjning. Processen med att validera nyanländas kompetenser behöver skyndas på, för att skapa en god integration i samhället och arbetslivet. Det skulle också ge bra förutsättningar för god språkinlärning.

Region Jämtland Härjedalen ska stimulera till flera finansiella lösningar för småföretagande och landsbygdens utveckling. Det ska ge starkare lokal drivkraft och samarbete i företagens utveckling. Fungerande system för innovationsutveckling är en avgörande faktor för att idéer inom både offentlig och privat verksamhet ska bli till verkliga produkter och tjänster.

De regionalpolitiska medlen (1:1) och EU:s olika fonder är mycket viktiga delar i den verktygslåda som Region Jämtland Härjedalen ska samordna för en bra näringslivsmiljö i Jämtland Härjedalen.

Som stor arbetsgivare har Region Jämtland Härjedalen ett särskilt ansvar för att bereda möjlighet till anställning och ta vara på den kompetens som finns hos olika grupper som annars har svårt att komma in på arbetsmarknaden.

Strategin för inflyttning och integration, den regionala innovationsstrategin med tillhörande handlingsprogram och Kompetensplattformens styrdokument tydliggör målen och lägger fast kursen.

Fler invånare i regionen

Det demografiska läget är allvarligt med en åldrande befolkning och en stigande försörjningskvot. Ett samlat långsiktigt program för befolkningstillväxt sätts igång i samverkan med andra aktörer. Det är en angelägenhet för alla som bor och är verksamma i Jämtland Härjedalen att den befolkningsökning som har skett de senaste fyra åren, efter tjugo års nedgång, fortsätter.

I det sammanhanget är det väsentligt att ungas framtidsbilder får genomslag i den regionala utvecklingsplaneringen. På så sätt ska vi få fler unga att stanna kvar och fler att flytta hit.

Ungdomsstrategin och strategin för inflyttning och integration är viktiga ingångar i arbetet med att ta fram det långsiktiga programmet.

Bättre infrastruktur

För att få en effektiv, attraktiv och fungerande region är de övergripande samhällsmålen att tåg och flyg har bra turtäthet och attraktiv prisnivå.

Standarden på vägarna i form av framkomlighet och säkerhet är viktig för boende, företagande och besökare, men också för att godstransporter ska flyta smidigt och effektivt. Kollektivtrafiken, ska erbjuda service utifrån invånares boendeort, där stråk är ett viktigt planeringsbegrepp. I det fallet är arbetspendling och skolskjutsar prioriterade. Fler cykel- och gångbanor är också viktigt – både ur hållbarhetssynpunkt och för att skapa trygghet. Utbyggnaden av bredband ska fortsätta för att uppnå de nationella målen. God mobiltäckning i hela Jämtland Härjedalen, inklusive fjäll och skog, är också av högsta betydelse för boende, näringsliv och besökare.

För att kunna driva Jämtland Härjedalens utvecklingsarbete effektivt, där infrastrukturfrågorna är mycket viktiga för funktionaliteten, är det viktigt med en god rumslig bild gällande olika delars förutsättningar.

För att få till en samsyn kring Jämtland Härjedalens viktigaste utvecklingsfrågor och dess geografiska lokalisering bör det påbörjas ett arbete med ”Strukturbild Jämtland Härjedalen”. Syftet ska vara att öka samverkan och stärka kopplingen mellan kommunal fysisk planering, regionala utvecklingsfrågor och regional infrastrukturplanering.

Styrdokumenten för genomförandet är länstransportplanen, trafikförsörjningsprogrammet och bredbandsstrategin.

Fossilbränslefri region 2030

Klimatpåverkan och förändringarna som de medför är en stor utmaning. Enligt analyser som SMHI gjort, bland annat utifrån klimat och utsläpps-scenarierna från FN:s klimatpanel, kommer temperaturen i Jämtland Härjedalen att öka med circa 3-5 grader fram till år 2100. Störst uppvärmning sker vintertid. Vegetationsperiodens längd ökar med cirka 30-50 dagar. Årsnederbörden förväntas öka med 20-30 procent och vi kan också förvänta oss en högre frekvens av kraftiga skyfall. De här förändringarna väntas innebära påfrestningar på samhället. Turismen är ett exempel på ett område som påverkas genom kortare vintersäsonger. Skogstillväxten kan öka men samtidigt ökar stormkänslighet och en ökad risk för insektsangepp.

Transportsektorn står för de största klimatpåverkande utsläppen. Därför är omställning till fossilbränslefria transporter ett prioriterat område liksom fler resfria möten. En del i omställningen är ett fortsatt arbete kring energieffektivisering inom byggande och boende.

Region Jämtland Härjedalen har som enda nordiska region skrivit under Global Climate Leadership Memorandum of Understanding (www.under2mou.org), som tillsammans med Klimatstrategi för Jämtlands län lägger ramarna för arbetet som sker bland annat inom Klimatrådet.

Ökat digitalt användande

Tillgång till bredband är viktigt – men lika viktigt är den regionala utvecklingsstrategins mål om att en övervägande del av hushållen och företagen ska vilja använda bredband i det dagliga livet. Olägenheterna med långa avstånd till arbete, studier och service ska minska genom ett högt användande av informationsteknologi i Jämtland Härjedalen.

Region Jämtland Härjedalens egna verksamheter ska arbeta aktivt med digitala tjänster och mobila lösningar i sina kontakter med patienter, anhöriga, medborgare och kunder.

Digital agenda för Region Jämtland Härjedalen lägger fast målen.

Kultur i hela regionen

Alla ska ha tillgång till kulturella upplevelser och möjlighet att själva skapa och uttrycka sig. Det uttrycks både i de nationella kulturpolitiska målen och i den regionala kulturvisionen. Det innebär att det behövs en kulturell infrastruktur med institutioner, scener och miljöer som är tillgängliga för alla medborgare i hela Jämtland Härjedalen.

Kulturen kan ses ur olika perspektiv, där kraften som regional utvecklare bara är den ena viktiga sidan och kulturens egen kraft är en annan viktig del. Det senare kan betyda att kulturen också kan göra oss till bättre människor, få oss att förstå sammanhang och stämningslägen. På så sätt kan kulturen också driva ett samhälles utveckling framåt.

Kulturen har en viktig roll i det livslånga lärandet. Samverkan mellan kultur, formellt och informellt lärande ska vara en av de samlade krafterna för Jämtland Härjedalens utveckling. Ett rikt kulturliv är också en förutsättning för ökat företagande och fler arbetstillfällen inom de kulturella och kreativa näringarna som har stor betydelse för Jämtland Härjedalen.

Länets barn och unga ska kunna vara delaktiga i och få ta del av det regionala utbudet av scenkonst som utvecklas utifrån deras intressen. Minst hälften av utbudet ska rikta till målgruppen 0 -25 år. Den samiska kulturen och dess del i kulturella och kreativa näringar är en självklar del i Regionens kultur och regionens utveckling. Region Jämtland Härjedalen ska arbeta för goda villkor för kulturskaparna, för ett rikt kulturliv som är en förutsättning för ökat företagande inom kultur- och kreativa näringar.

Kulturens roll och kopplingen till hälsa väcker allt större intresse. Kulturella upplevelser och eget skapande kan förebygga och rehabilitera ohälsa. Konst och kultur kan dessutom användas som ett komplement till traditionella behandlingsmetoder, exempelvis genom kultur och fysisk aktivitet på recept. Ett område inom fältet kultur och hälsa är

kultur för seniorer. Där har Region Jämtland Härjedalen en utmaning i att främja äldre kvinnor och mäns möjlighet till delaktighet och medskapande i kulturlivet. Ett exempel som kan utvecklas är kultur i vården.

Utgångspunkten för insatserna är Kulturplan för Region Jämtland Härjedalen.

Jämlik och jämställd region

Ett konsekvent och systematiskt arbete med jämställdhetsintegrering innebär att ett jämställdhetsperspektiv ska införlivas i allt beslutsfattande. Det gäller på alla nivåer och i alla steg av processen för de aktörer som normalt sett deltar i beslutsfattandet. Det ska inkludera alla åldrar så att kvinnor och män, flickor och pojkar ska ha samma möjligheter, rättigheter och skyldigheter inom livets alla områden. Det gäller även personer med funktionshinder, HBTQ- och transgenderpersoner och andra marginaliserade grupper. Region Jämtland Härjedalen ska också verka för att samhället i stort är ett föredöme när det gälller jämlikhet och jämställdhet.

Region Jämtland Härjedalen har som samisk förvaltningsmyndighet ett ansvar att synliggöra och främja samisk kultur och samiska språk.
Den särskilda utsatthet som många samer lever med idag innebär ett ansvar för oss att försöka motverka diskriminering och psykisk ohälsa, liksom att underlätta för samer att utveckla sin kultur i vårt län.

Region Jämtland Härjedalens handlingsplan för jämställd regional tillväxt och Region Jämtland Härjedalens policy för jämställdhet och jämlikhet som utvecklingskraft arbetet.

Bättre folkhälsa

Region Jämtland Härjedalen ska tillsammans med kommunerna i länet och andra aktörer skapa förutsättningar i samhället för att nå visionen om en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Det gemensamma folkhälsoarbetet ska främja social, psykisk och fysisk hälsa, öka människors välbefinnande och stödja förändring av ohälsosamma levnadsvanor. Ett särskilt fokus ska vara på barn, ungdomar och äldre.

I arbetet med ungas hälsa behövs en högre grad av samarbete och samverkan med andra aktörer, och då särskilt med skolan. Arbetet med att utveckla Hälsosamtalet i skolan, som sker tillsammans med skolhuvudmän i Jämtland Härjedalen ska fortsätta vara ett prioriterat arbete. Tillsammans med folkhälsorapporten Hälsa på lika villkor ska Hälsosamtal i skolan vara ett viktigt underlag för att följa ungas hälsoutveckling och planera hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.

Ungdomsmottagningarna ska fortsätta utveckla sitt arbete med att främja fysisk och psykisk hälsa. Fokus i det ska ligga på sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter hos unga.
När det gäller psykisk ohälsa ska särskilt samer, HBTQ- och transgenderpersoner och nyanlända uppmärksammas.

Jämtland Härjedalens övergripande folkhälsopolicy och Gememsam hälso- och sjukvårdspolitik 2015-2025 för Region Jämtland Härjedalen och kommunerna Jämtland Härjedalen utgör viktiga utgångspunkter i folkhälsoarbetet.

Minskade sjukskrivningstal

Sjuktalen i Jämtland Härjedalen överstiger vida landet i övrigt. Kvinnors sjukfrånvaro är särskilt hög men även männens ligger klart över genomsnittet. Därför har Region Jämtland Härjedalen tagit fram en långsiktig utvecklingsplan för att minska sjukskrivningar och öka frisktalet. I den står det att Region Jämtland Härjedalen under åren 2015-2022 ska ha utvecklat:

- En väl fungerande och jämställd sjukskrivningsprocess i länet.
- Minskat differensen till genomsnittet för sjukpenningdagar i riket med två dagar jämfört med år 2014.
- Minskat differensen mellan sjukfrånvaron för Region Jämtland Härjedalens medarbetare och landstingens genomsnittliga sjukfrånvaro med 1,2 %-enheter jämfört med år 2014.

Tillgänglig och samordnad hälso- och sjukvård

Genom att skapa ett hållbart, handlingskraftigt och förebyggande arbetssätt i vård och omsorg av äldre ska dessa uppleva trygghet och självbestämmande samt att de har tillgång till en god vård och omsorg. Det handlar också om att skapa förutsättningar så att personalen i både kommunerna och Region Jämtland Härjedalen känner sig motiverade, ser helheten och förstår nyttan av ett sammanhållet arbetssätt.

Det är särskilt viktigt att utveckla vårdens kvalitet för att öka förtroende och trygghet i vården. Trygghet handlar också om att den vård som ges är av god medicinsk kvalitet.

Även inom det här målområdet bör användningen av distansoberoende teknik och hjälpmedel öka.

Utgångspunkten är Gememsam hälso- och sjukvårdspolitik 2015-2025 för Region Jämtland Härejdalen och kommunerna i Jämtland Härjedalen.

Området patient ska fånga patienternas uppfattning om och medicinska resultat av given vård.
Här samlas mål:

- ✓ Där patienter själva värderar vården
- ✓ Med fokus medicinsk kvalitet
- ✓ Övriga mål med syfte att erhålla ett stabilt eller bättre arbetssätt som i nästa steg blir bättre för patienten och medverkar till en jämställd och jämlik vård.

Patient

Hälsa på lika villkor för hela befolkningen för en hållbar utveckling i Jämtlands län – det är den samlade visionen för framtidens hälso- och sjukvård. Det gäller både i regionala utvecklingsstrategin (RUS) *Jämtland/Härjedalen 2030 – innovativt och attraktivt*och i den *länsgemensamma folkhälsopolicyn* samt i *Mål för gemensam hälso- och sjukvårdspolitik* som dåvarande landstingsfullmäktige och de åtta kommuner i Jämtland Härjedalen har beslutat om. RUS:ens övergripande mål 2030 när det gäller hälsa är:

- Hälsa på lika villkor för hela befolkningen.
- I Jämtlands län har alla lika förutsättningar oavsett funktionsförmåga.
- Jämtlands län upplevs som landets tryggaste län.
- En väl fungerande jämlik och jämställd social välfärd.
- Hälso- och sjukvården erbjuder länsinvånarna högkvalificerad vård.

Strategiska mål inom området patient:

- Vård efter behov – jämlik och jämställd
- Bättre tillgänglighet
- God vård på patientens villkor
- Mer professionell vård i hemmet eller så nära hemmet som möjligt

Vård efter behov – jämlik och jämställd

Vård ska ges efter behov.Vården ska vara jämlik och jämställd för kvinnor, män, flickor, pojkar, utrikesfödda och inrikesfödda, oavsett funktionsnedsättning, sexuell läggning, könsidentitet eller uttryck, ålder, kulturell bakgrund, utbildning, bostadsort, religion, ekonomiska förutsättningar eller annat.

Nära vård kan ges på olika sätt. Primärvården utför vård nära patienten dels traditionellt, dels med nya sätt att möta patienten. Utveckling av distansoberoende teknik i vården sker också. Exempelvis har Brunflo utvecklat doktor på nätet och Härjedalen skapat "digitala" akutrum. Flera hälsocentraler har också "Hälsorum". Det finns även många mobila verksamheter i Regionen som utför vård nära patienten, exempelvis Mobila närvårdsteamet.

Vid prioritering inom hälso- och sjukvård ska följande gruppers specifika behov beaktas:

- Barn och unga
- Äldre
- Utsatta grupper

De utsatta grupperna kan variera över tid. Genom ständig omvärldsbevakning ska Region Jämtland Härjedalen fånga upp olika gruppers svårigheter och behov.

Samarbetet mellan kommunerna och Region Jämtland Härjedalen behöver fördjupas när det gäller barn, unga, äldre och utsatta grupper. I det ska ett gemensamt agerande prioriteras. I samarbetet ingår utveckling av familjecentraler, barn- och elevhälsa samt ungdomsmottagningar.

Barns bästa ska komma i första rummet och Barnkonventionen ska genomsyra alla verksamheter. Ungdomsmottagningens verksamhet ska utveckla ett strukturerat och målmedvetet sätt att förbättra jämlikt och jämställt bemötande till ungdomar.

Hälso- och sjukvårdens verksamheter ska identifiera våldsutsatta personer och erbjuda ett väl fungerande omhändertagande., Mäns våld mot kvinnor är ett prioriterat område. Barn som far illa är ett annat sådant område.

Skillnaderna i bemötande, vård och behandling till kvinnor och män ska minska.

Bättre tillgänglighet

Patienter ska erbjudas den bästa tillgängliga, kunskapsbaserade och ändamålsenliga hälso- och sjukvården. Region Jämtland Härjedalen ska ha ett hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande arbetssätt.

All information som ges ska vara lättillgänglig, tydlig och anpassad till olika målgruppers förutsättningar. Det omfattar även information på andra språk än svenska.

Vi lever i ett mångkulturellt samhälle. För att kunna möta personer med olika kultur- och trosuppfattningar krävs särskild kulturkompetens. Det handlar om hur vi ger ett bra bemötande och en jämlik vård, men också om specifika frågor såsom sex och samlevnad. Även kunskap om så kallad hederskultur är viktig.

För att förbättra bemötandet av samiska patienter och underlätta för samer att söka vård när de behöver det är det viktigt att sprida kunskap om samers hälsa och öka den samiska kulturförståelsen hos regionens medarbetare.

Den 1 januari 2018 föreslås ny lag om samverkan mellan sjukvårdens olika aktörer vid utskrivning från slutenvård att börja gälla. Det är angeläget att skapa rutiner som gör vårdövergångarna smidiga och att återinskrivningar minskar.

God vård på patientens vilkor

Enligt Socialstyrelsen är god vård:
- kunskapsbaserad och ändamålsenlig
- säker
- individanpassad
- effektiv
- jämlik
- tillgänglig.

Region Jämtland Härjedalen ska bedriva en hälso- och sjukvård och tandvård med patientens perspektiv i fokus. Ett övergripande mål är att hela hälso- och sjukvården genomsyras av ett hälsofrämjande perspektiv och att det ska vara en självklar del i all vård och behandling. Medborgarna ska få ett gott bemötande, bli respekterade och möjlighet att vara delaktiga i och påverka sin vård.

För att skapa trygghet krävs att medborgare och patienter känner tillit till att bedömningar, behandlingar och råd är baserade på vetenskap och evidens, att det är av bästa kvalitet och att verksamheten tar ansvar för patientens väg i vården. Kunskap och information om egenvård är en viktig del av vårdens utveckling.

Att inga människor ska skadas inom hälso- och sjukvården eller tandvården ska vara utgångspunkten i arbetet för trygg och säker hälso- och sjukvård av god kvalitet. Viktiga områden att fokusera på är en god patientsäkerhetskultur, att öka patientens delaktighet och minska frekventa och allvarliga vårdskador.

Insatser behövs för att stärka kvinnors hälsa och utveckla den vård som specifikt riktas till kvinnor.

Patienter i livets slutskede ska få bästa möjliga vård. Enligt palliativa registret finns det flera förbättringsområden. Till exempel bör fler patienter få en validerad smärtskattning.

År 2008 beslöt riksdagen att anta en nollvision för självmord. Sjukvårdens uppgift är att tidigt identifiera och behandla riskpatienter. Ingen som varit i kontakt med vården ska ta, eller försöka ta, sitt liv. Därför ska Region Jämtland Härjedalen bedriva ett suicidpreventivt arbete. För att kunna ge bättre och snabbare vård till personer med psykisk ohälsa ska samverkan mellan psykosociala enheterna inom primärvården, specialiserad psykiatri och andra samhällsaktörer utvecklas. Region Jämtland Härjedalens handlingsplan för det suicidpreventiva arbetet är vägledande för arbetet.

Patienters kunskaper och synpunkter ska tas tillvara både i den egna vården men också i verksamheternas förbättringsarbeten. Det kan till exempel vara genom patientcentrerad vård, i utformandet av vårdprogram och standardiserade vårdförlopp och genom att medverka i olika former av brukarråd.

Mer professionell vård i hemmet eller så nära hemmet som möjligt

Behandlingen av var och ens sjukdom blir alltmer unik, och mer av vården ska kunna utföras i hemmet och hos individen – inte minst med hjälp av nya läkemedel med lägre risk och färre biverkningar, och med hjälp av ny teknik. Det viktiga blir att rätt kunskap tillämpas i rätt tid, och det kan lika gärna göras hemma. Det handlar inte om att anhöriga ska ge mer vård. Snarare måste mer stöd ges till anhöriga som gör vårdande insatser i hemmet, vars hälsa särskilt ska beaktas.

Under 2018-2020 ska Region Jämtland Härjedalen utveckla sina verksamheter så att medborgarna upplever att vården ges NÄRA. Det handlar om att samordna primärvården och de specialiserade öppenvårdsverksamheterna med ambulansverksamheterna och kommunal vård- och omsorgsverksamhet och ge medborgarna utökade möjligheter till vård i, eller i närheten av, hemmet. Det innebär att utveckla mobila verksamheter, digitala lösningar och effektivare samordning. Det handlar också om att ge medborgarna utökade möjligheter till egenvård via 1177 Vårdguiden och e-tjänsterna (före detta Mina vårdkontakter), Journal via nätet och andra internettjänster. Detta ska ske så att Primärvårdens roll som styrande utvecklas.

Arbetet med att genomföra srukturförändringar i primärvården pågår och utgår från rapporten *Förändra strukturen för primärvården – paket 6 i långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning* som regionfullmäktige beslutade om under 2015.

Medarbetare

Region Jämtland Härjedalen ska vara en attraktiv och hälsofrämjande arbetsgivare för både kvinnor och män. Målbilden i den personalpolitiska policyn är att de mål som sätts upp ska uppnås genom ett aktivt medarbetarskap, närvarande och tydligt ledarskap, jämställdhet och mångfald, rätt kompetens och en god lönebildning. Tillsammans speglar det hur individen och verksamheten når sina mål. Med aktivt medarbetarskap menas att vara öppna för utveckling och nya sätt att arbeta, praktisera öppenhet, lyhördhet och dialog, förstå vikten av samverkan och samarbete och att förstå det egna arbetets betydelse för helheten.

Strategiska mål inom området medarbetare:

- Tydligt och lyhört ledarskap
- Ökad delaktighet
- Kompetensutveckling och karriärvägar för alla yrkesgrupper
- Sänkta sjuktal
- Kompetensförsörjning utifrån behov.

Tydligt och lyhört ledarskap

I Region Jämtland Härjedalen ska det finnas bra förutsättningar för alla chefer i organisationen att genomföra ett engagerat chefs- och ledarskap. Alla chefer ska veta vilka förväntningar och krav som ställs så att de kan vara tydliga och lyhörda representanter för Region Jämtland Härjedalen och goda förebilder och ledare.

Som en del i ledarförsörjningen ska Region Jämtland Härjedalen ta tillvara både kvinnor och män som vill och har förmåga att vara ledare.

”Alla medarbetares insatser, synpunkter och idéer är meningsfulla”

Region Jämtland Härjedalen ska sträva efter mångfald i organisationen. Olikheterna bland medarbetarna ska värdesättas och tas tillvara på, så att blandningen av kompetenser och erfarenheter skapar kreativa miljöer, ger nya infallsvinklar och fler perspektiv.

Ökad delaktighet

Region Jämtland Härjedalen ska vara en attraktiv arbetsgivare för både kvinnor och män och skapa förutsättningar för att medarbetare ska kunna medverka till goda resultat. Med stöd av tydliga uppdrag, möjlighet till delaktighet och ett engagerat ledarskap ska medarbetarna ges möjlighet att göra organisationens vision verklig genom att utveckla sig själv, verksamheten och samhället. Medarbetarnas förslag och idéer om förbättringar ska tas tillvara.

Det påbörjade värdegrundsarbetet ska fortsätta utvecklas. Alla ska ges möjlighet till normmedvetet agerande. Normmedvetenhet betyder att förstå att vissa gynnas av rådande normer medan andras möjligheter och t.o.m. rättigheter begränsas av dem. Ett bra bemötande med respekt lägger till grund ett bra arbetsklimat.

Arbetsmiljö och arbetsorganisation ska löpande förbättras tillsammans med medarbetarna. Det kräver inflytande och en positiv syn på fackligt inflytande. Medarbetare med arbetsuppgifter som är möjliga att utföra på distans ska kunna jobba delvis i hemmet eller så nära hemmet som möjligt.

Alla medarbetare ska arbeta utifrån ett tydligt fokus på verksamhetens behov och de vi är till för.

För en god vård behövs samverkan med patient-, närstående- och brukarorganisationer, och en helhetssyn mellan vårdgivare. För att lyckas med det

krävs ett tydligt ledarskap med klara befogenheter på alla nivåer.

Kompetensutveckling och karriärvägar för alla yrkesaktegorier

Utvecklingsmöjligheter, utbildningsvillkor och karriärvägar för alla yrkeskategorier är strategiskt viktiga områden. Medarbetarna ska erbjudas kompetensutveckling utifrån verksamhetens behov.

Elever och studenter är framtidens medarbetare och ska utifrån Region Jämtland Härjedalens behov av rekrytering erbjudas en bra verksamhetsförlagd utbildning.

Region Jämtland Härjedalen är en lärande organisation som genom sin forsknings- och utvecklingsverksamhet stimulerar och premierar kreativitet, innovation, forskning och lärande.

Medicinsk och teknisk utveckling inom hälso- och sjukvårdsområdet ställer allt större krav på fortbildning.

Kompetensförsörjning utifrån behov

Kompetensförsörjningen inom Region Jämtland Härjedalen ska utgå från de vi är till för. För att hålla en fortsatt hög kvalitet ska organisationen ha kunskap om vilka kompetenser som behövs i framtiden. Det är viktigt för att kunna bedöma verksamhetens behov av kompetenser och kompetensnivåer. Kompetensförskjutning ska eftersträvas så att alla kan känna att de arbetar på toppen av sin kompetens.

Styrningen ska ske med hänsyn till verksamhetens uppdrag, pensionsavgångar, personalomsättning samt yttre påverkansfaktorer. Dessa faktorer kan vara efterfrågan, befolkningsutveckling, sammansättningen av kompetens, utvecklingen inom framtidens hälso- och sjukvård och tillgång till nyutbildade kvinnor och män.

Med stöd från SKL har alla landsting och regioner hösten 2016 startat ett projekt för att senast 1 januari 2019 uppnå ett oberoende av inhyrd personal i vården. Med oberoende avses en situation där hälso- och sjukvården har en stabil och varaktig bemanning med egna medarbetare för den löpande verksamheten. Region Jämtland Härjedalen har prioriterat att bli oberoende av bemanningsföretag gällande distriktsläkare och allmänsjuksköterskor.

Sänkta sjuktal

Region Jämtland Härjedalen är i jämförelse med andra landsting och regioner i landet den enda som under den senaste två-årsperioden sänkt sjuktalen. Från att år 2014 ha legat allra högst i landet har Regionen nu efter år 2016 förbättrat sina sjuktal och ligger strax under medel för riket. Kvinnors sjuktal är fortsatt högre än männens, men värdena har sänkts för båda könen. Under planperioden kommer arbete att utföras i enlighet med de aktiviteter som beskrivs i Långsiktig utvecklingsplan för minskade sjukskrivningar och ökat frisktal samt Handlingsplan för attraktiv arbetsgivare.

Område Verksamhetsresultat ska visa strategiska områden för organisationens arbete och innefatta såväl finansiella som icke finansiella resultat. Bland icke finansiella resultat ingår utfall för ”stora” processer.
Här samlas:

- ✓ Mål för viktiga processer: Till exempel tillgänglighet till vård.
- ✓ Mål för finansiella utfall: Nettokostnadsutveckling.

Verksamhetsresultat

Region Jämtland Härjedalens verksamheter ska vara utvecklingsbenägna, lärande och ekonomiskt ansvarsfulla.

Strategiska mål inom området verksamhetsresultat:

- Högre medvetenhet och ökad samverkan i hela koncernen
- Lägre kostnadsutveckling än 2017
- Ökade intäkter
- Ökad produktionskapacitet
- Minskad miljö- och klimatpåverkan
- Fler arbetstillfällen utanför Östersund

Högre medvetenhet och ökad samverkan i hela koncernen

För att uppnå alla Region Jämtland Härjedalens uppdrag och ambitioner måste koncernens alla delar samverka. Det betyder ett aktivt arbete med ägardirektiv och samtal om ansvar och befogenheter. Detta gäller också koncernes totala ekonomiska resultat.

Det handlar också om att de tre förvaltningarna har kännedom om varandras uppdrag så att samverkan kan ske för ökad effektivitet och dubbelarbete undviks.

Lägre kostnadsutveckling än 2017

På grund av det ekonomiska läget 2016 måste Region Jämtland Härjedalen arbeta fokuserat för att minska kostnaderna och återställa det balanserade underskottet. Det ska ske genom tydliga krav på besparingsåtgärder och effektiviseringar. En av de viktigaste åtgärderna är att bli oberoende av bemanningsföretag senast 1 januari 2019. Fokus på att verkställa långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning är också prioriterat.

Varje ny verksamhet, aktivitet eller liknande ska noga övervägas. Om den bedöms nödvändig måste den finansieras antingen via ökade externa intäkter eller genom att fördela om inom befintlig verksamhet, krona för krona.

Det ekonomiska resultatet ska långsiktigt ge en god ekonomisk hushållning. God ekonomisk hushållning innebär att Region Jämtland Härjedalen ska uppnå och bibehålla en styrka i ekonomin och långsiktigt följa principen att varje generation jämställt och solidariskt bär kostnaderna för den service som den konsumerar och beslutar om.

Ökade intäkter

Region Jämtland Härjedalen ska utveckla arbetet med att öka intäkterna. Inom de regionala utvecklingsverksamheterna betyder det att fördjupa ansträngningarna för att får fler att bli skattebetalare i Jämtland Härjedalen. Inom hälso- och sjukvården betyder det att exempelvis etablera kontakter med andra som vill köpa hälso- och sjukvård eller administrativa tjänster. Det kan också betyda att få extern finansiering i andra former till exempel projektfinansiering.

Ökad produktionskapacitet

Region Jämtland Härjedalen ska ha en god tillgänglighet till vård för medborgarna. Vårdgarantin för första besök och till behandling ska uppfyllas liksom kontakt samma dag och tid för besök inom 7 dagar inom primärvården. Medborgarna ska också ha korta svarstider hos 1177 och bra information på nätet (vårdguidens regionala sidor).

Kontinuitet i form av att de patienter som har många vårdkontakter får träffa samma vårdgivare är också en prioriterad fråga.

Region Jämtland Härjedalen ska arbeta för att effektivisera verksamheten genom att tillämpa Lean

som princip. Verksamheten ska utföras på rätt nivå och med hög måluppfyllelse.

Riktningen ska också vara att hemsjukvård från såväl Region Jämtland Härjedalen som kommunen ska utvecklas. Inriktningen på strukturella förändringar är att mer ska kunna göras NÄRA medborgarna. Utveckling av distansoberoende metoder och arbetssätt är en del av det, liksom utvecklingen av primärvårdens roll som styrande. För verksamhetsutveckling och kvalitetshöjning kommer det krävas strukturella och organisatoriska förändringar på flera områden. Den specialiserade vården ska ändra arbetssätt och delta i utveckling av vård i hemmet tillsammans med primärvården och kommunerna.

Sjukhusets lokaler är en viktig resurs för en långsiktigt hållbar verksamhet och dess utformning ger förutsättningar för effektiva processer. Under 2017 planeras för ett inriktningsbeslut gällande en fastighetsutvecklingsplan. 2018 fastställs en fastighetsplan och därefter är det möjligt att i varje regionplan och finansplan med start 2018-2020 analysera vilka steg som kan tas för att realisera fastighetsutvecklingsplanen.

Minskad miljö och klimatpåverkan

Det är högt prioriterat att minimera Jämtland Härjedalens egna klimatpåverkan, minska negativ miljö- och hälsopåverkan från material och produkter såväl i byggnader som i verksamheten samt så långt möjligt undvika, alternativt minimera, negativ påverkan på miljö och hälsa från kemiska produkter och kemiska ämnen i varor.

För att minska klimatpåverkan och öka resurseffektiviteten ska Region Jämtland Härjedalen minimera behovet av tillförsel av energi och minimera klimatpåverkan från energianvändningen genom effektiv energianvändning, energi från förnyelsebara källor och egen förnyelsebar energiproduktion. Det är också viktigt att minimera slöserier av material och produkter samt arbeta strategiskt för att minska utsläppen från tjänsteresor och transporter.

Vid inköp, inklusive upphandling, är det viktigt att ställa höga krav utifrån miljö och hälsa där minskad klimatpåverkan, giftfri miljö, cirkulär ekonomi, djurskydd och minskad antibiotikaanvändning ska prioriteras.

Ekologiska livsmedel bör prioriteras. Former för att göra detta inom befintliga ekonomiska ramar ska utarbetas.

Fler arbetstillfällen utanför Östersund

I samverkan med andra intressenter ska Region Jämtland Härjedalen intensifiera arbetet med platsens varumärke i syfte att stärka bilden av Jämtland Härjedalen - allt för att fler människor ska välja att besöka, bo och verka i regionen.

I kommunikationsuppdraget ska också information om regionens verksamheter och utveckling ske för att påverka medborgarnas kunskap och förtroende för Regionen.

Mot bakgrund av den urbanisering som sker även ur ett regionalt perspektiv är det nödvändigt att det ömsesidiga beroendet som finns mellan stad och land beaktas och dess positiva fördelar utvecklas.

Regionen ska också arbeta med att omlokalisera verksamheter från Östersund till andra delar av Jämtland och Härjedalen.

Bilagor

Här redovisas de bilagor som det finns hänvisningar till i tidigare avsnitt.
Bilaga 1: Politisk organisation
Bilaga 2: En gemensam styrmodell
Bilaga 3: Målområden och ledningssystem
Bilaga 4: Policyer och andra av landstingsfullmäktige fastställda styrdokument

Bilaga 1: Politisk organisation

De förtroendevaldas roll är att ta ställning till och besluta om Region Jämtland Härjedalens övergripande mål, fördela resurser och följa resultaten i förhållande till de uppsatta målen. I regionfullmäktiges arbetsordning och reglementena för styrelsen och nämnderna framgår det vilka områden och särskilda sakuppgifter regionfullmäktige, regionstyrelsen och nämnderna har.

Regionfullmäktige fastställer Region Jämtland Härjedalens vision och strategiskt övergripande mål. Fullmäktige beslutar också om ekonomiska ramar för verksamheten och fastställer budget för Region Jämtland Härjedalen. Det är också fullmäktige som beslutar hur hög skattesatsen ska vara och vilka avgifter och taxor organisationen ska ta ut.

Regionstyrelsen och de olika nämnderna har tillsammans uppdrag att verkställa regionfullmäktiges beslut. Styrelse och nämnderna fastställer verksamhetsplaner som utgår från de strategiska målen kopplat till deras olika verksamhetsområden.

Regionstyrelsen är det ledande politiska förvaltningsorganet med ansvar för hela Region

Jämtland Härjedalens utveckling och ekonomiska ställning. Styrelsen ska också se till att organisationen uppfyller kraven på produktivitet, effektivitet och kvalitet.

I regionstyrelsens uppgifter ingår bland annat att leda hälso- och sjukvården och tandvården (förutom det som är vårdvalnämndens ansvar), samt att ansvara för sjukresor och arbeta med frågor om hälso- och sjukvårdsrelaterad folkhälsa, jämställdhet och mångfald, forskning och utveckling och utbildningsfrågor.

Regionstyrelsen har tre utskott: utskottet för ekonomi, utskottet för personal och utskottet för hälso- och sjukvård. Utskotten har bland annat som uppgift att arbeta med fördjupning inom strategiska utvecklingsområden. Under regionstyrelsen finns också tre samrådsorgan; Handikapprådet, Pensionärsrådet och Ungdomsrådet.

Vårdvalsnämnden ska med fokus på medborgarnas behov beställa hälso- och sjukvård enligt valfrihetssystem för primärvård eller annan vård. Nämnden ska också hantera frågor som rör lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapeuter samt hälso-och sjukvård utöver hälsoval som utförs av privata vårdgivare efter upphandling enligt lagen om offentlig upphandling. Nämnden ska också leda folktandvården inom Region Jämtland Härjedalen enligt 11 § tandvårdslagen vad avser beställning av barn-och ungdomstandvård enligt valfrihetssystem för barn-och ungdomstandvård och tandvård enligt 8a § tandvårdslagen.

Regionala utvecklingsnämnden har hand om de regionala utvecklingsfrågorna och ansvarar för de regionala utvecklingsuppgifterna som följer av lagen (2010:630) om regionalt utvecklingsansvar. Nämnden ansvarar också kulturverksamhet, fördelar bidrag och fullgör uppgiften som regional kollektivtrafikmyndighet. Nämnden ska också arbeta med internationella frågor, frågor om folkhälsa, utom hälso- och sjukvårdsrelaterad folkhälsa. Andra uppgifter är klimat, energi och miljö, ur ett regionalt perspektiv, jämställdhet- och mångfald ur ett regionalt perspektiv enligt uppdrag från staten och forskning och utveckling. Nämnden är också styrelse för folkhögskolorna. Utifrån sina uppgifter har nämnden både en beställar- och en utförarroll med fokus på medborgarnas behov, till exempel vad gäller infrastruktur, samt fokus på verksamheten utifrån nämndens utvecklingsansvar.

Regionala utvecklingsnämnden har två utskott: arbetsutskottet och utskottet för infrastruktur. Utskotten har bland annat som uppgift att arbeta med fördjupning inom fokusområden och strategiska utvecklingsområden.

Patientnämnden har till uppgift att främja kontakterna mellan patienterna och hälso- och sjukvårdspersonalen och tandvårdspersonalen,. Nämnden ska också förmedla information till patienterna.

Uppgifterna för **Gemensam nämnd för upphandling avseende samordnad upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter och hjälpmedel** är att på affärsmässiga villkor svara för samordnad upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter samt erbjuda hjälpmedel för funktionshindrade.

Gemensamma nämnden **för IT-drift och stöd**, i samverkan mellan Region Jämtland Härjedalen och Åre Kommun, ska leverera en definierad och ändamålsenlig IT-infrastruktur. Det för att kunna samutnyttja och samfinansiera i nödvändiga investeringar i IT-verksamheten.

Region Jämtland Härjedalens samverkansråd är ett organ för samverkan med kommunerna i Jämtland Härjedalen i frågor som är av gemensamt intresse.

Region Jämtland Härjedalens engagemang i **bolag, stiftelser och förbund** framgår av bilaga 3 i finansplanen.

Bilaga 2: En gemensam styrmodell

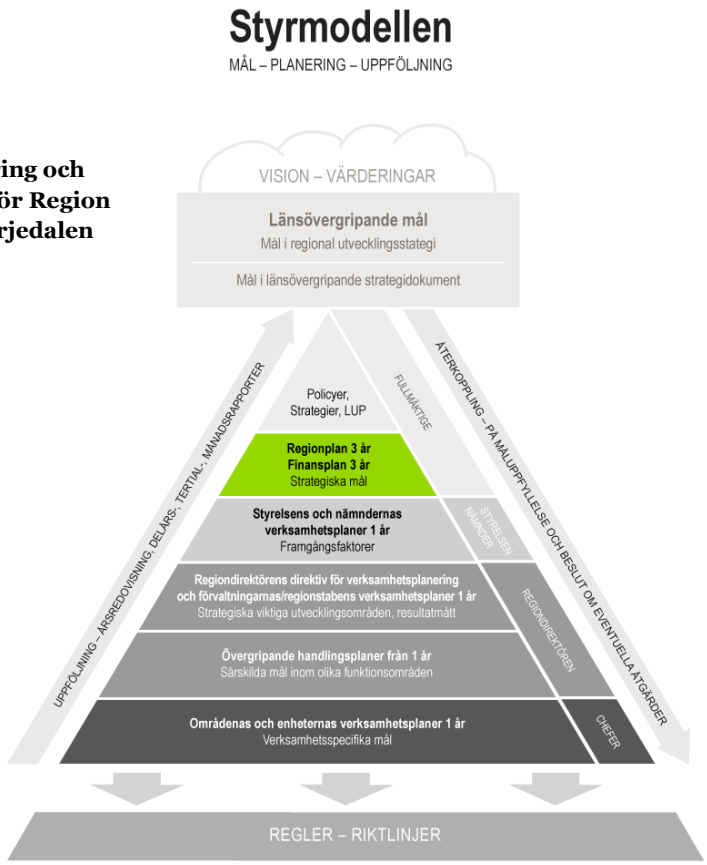
Politiker och tjänstemän inom Region Jämtland Härjedalen arbetar efter en gemensam styrmodell. Det innebär att det finns en röd tråd i styrningen från de visioner och strategiska mål som tas i regionfullmäktige till genomförande och uppföljning på verksamhetsnivå.

De styrdokument som Region Jämtland Härjedalen arbetar med kan delas in i två kategorier. Dels finns styrdokument som tas fram för att styra verksamheterna inom Region Jämtland Härjedalen. I figuren nedan finns de dokumenten i triangeln (på kanten anges på vilken nivå respektive dokument beslutas). Exempel är policyer, långsiktiga utvecklingsplaner och verksamhetsplaner på olika nivåer.

Dels finns också ett antal länsövergripande dokument som påverkar hela länets utveckling och som Region Jämtland Härjedalen har att förhålla sig till i sitt u tvecklingsarbete. De dokumenten finns i rektangeln som balanserar på toppen i figuren.

Exempel är Regional utvecklingsstrategi, Mål för gemensam hälso- och sjukvårdspolitik 2014-2025, samt regionalt trafikförsörjningsprogram. På nästa sida beskrivs de olika dokumenten lite närmare.

Figuren nedan illustrerar också grundidén med Region Jämtland Härjedalens uppföljningsprocess. Den innebär att uppföljning av de olika styrdokumenten sker på alla nivåer och liksom för planeringsprocessen ska det finnas en röd tråd i uppföljningen. Resultatet av uppföljningen ska återföras till verksamheten och vid behov ska åtgärder genomföras.



Figur: Planering och uppföljning för Region Jämtland Härjedalen

Länsövergripande styrdokument

De flesta länsövergripande dokumenten fastställs av regionfullmäktige. De har olika tidsperspektiv och riktar sig ofta till många aktörer, organisationer och myndigheter.

Den regionala utvecklingsstrategin är det viktigaste styrdokumentet på denna nivå. Strategin fastställs av regionfullmäktige och är basen för arbetet med konkreta mål och aktiviteter inom prioriterade områden för utveckling och hållbar tillväxt i hela Jämtland Härjedalen. Strategin länkar samman de myndigheter, organisationer och andra aktörer som driver och verkar för utvecklingsfrågor. I och med det påverkar den också arbetet med de styrdokument som olika organisationer och myndigheter själva tar fram.

Andra länsövergripande dokument är det regionala tillväxtprogrammet, Mål för gemensam hälso- och sjukvårdspolitik 2014-2025, regionalt trafikförsörjningsprogram, klimatstrategi, kulturplan och ungdomsstrategi.

Styrdokument för Region Jämtland Härjedalen

Policyer och strategier
Fastställs av regionfullmäktige. Policyer anger Region Jämtland Härjedalens värderingar och förhållningssätt till något och revideras vid behov. Strategier beskriver tillvägagångssättet för hur fattade beslut ska genomföras och gäller vanligtvis i tre år.

Långsiktiga utvecklingsplaner (LUP)
Fastställs av regionfullmäktige och beskriver vad som ska genomföras under en tolvårsperiod. Planerna upprättas för områden där det finns behov av en längre planeringshorisont. De utgår från policyer, vision och övergripande strategidokument och planer. För närvarande finns beslut om att långsiktiga utvecklingsplaner ska finnas inom områdena God ekonomisk hushållning, Miljö och Sjukskrivningar. Planerna revideras vart fjärde år.

Regionplan
Fastställs av regionfullmäktige. Innehåller plan för verksamheten med strategiska mål för vad som ska genomföras under en treårsperiod. Utgår från policyer, strategier, långsiktiga utvecklingsplaner och andra övergripande styrdokument. Revideras varje år.

Finansplan
Fastställs av regionfullmäktige. Innehåller finansiella mål och planer för en treårsperiod och en budget för det närmaste året. Dessutom finns ekonomiska ramar för regionstyrelsen och nämnderna, investeringsplan, taxor och avgifter för det närmaste budgetåret. Finansplanen utgår från policyer, övergripande mål i regionplanen, långsiktiga utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning och andra övergripande styrdokument. Finansplanen hör ihop med regionplanen och revideras varje år.

Verksamhetsplaner med budget och uppföljningsplan för regionstyrelsen och nämnderna fastställs av respektive nämnd men anmäls till regionfullmäktige. De innehåller framgångsfaktorer som är kopplade till strategiska mål i regionplanen. Framgångsfaktorerna markerar vad respektive nämnd eller styrelsen bedömer vara viktiga utvecklingsområden att fokusera på i styrningen det närmaste året för att verkställa det uppdrag och de övergripande målen som fullmäktige har beslutat om.

Regiondirektörens direktiv för verksamhetsplaner fastställs av regiondirektören. De innehåller för verksamhetsplaner strategiskt prioriterade inriktningar. Dessa ska driva på och markera behovet av utveckling**.** Dessutom beskriver regiondirektören särskilda saker som förvaltningscheferna ska beakta i sin planering, budgetdirektiv och en uppföljningsplan. Regionstyrelsen informeras om innehållet i direktiven, med möjlighet att agera om Regiondirektörens direktiv inte innehåller förväntad inriktning.

Verksamhetsplan för förvaltningschefer för nämndernas förvaltningar fastställs av respektive förvaltningschef men anmäls till berörd nämnd. Den innehåller strategiskt viktiga utvecklingsområden i form av mål och resultatmått för respektive förvaltning. Planen

konkretiserar vilka framgångsfaktorer respektive nämnd har att jobba med för att driva på och följa utvecklingen. Planen gäller i tre år men revideras varje år.

Övergripande handlingsplaner
I regiondirektörens och förvaltningschefernas verksamhetsplaner framgår vilka handlingsplaner som ska finnas. De upprättas inom områden som är i särskilt fokus, exempelvis miljö, tillgänglighet och jämställdhet. Handlingsplanerna beskriver vad som ska göras kopplat till målen i regionplanen och styrelsens och nämndernas verksamhetsplaner samt till lagstiftning, nationella riktlinjer och andra överenskommelser. Planerna har olika löptider, från ett till flera år.

Verksamhetsplaner för områdena och enheterna inom regionstyrelsens förvaltning fastställs av närmast högre linjechef. Planerna ska innehålla verksamhetsspecifika mål för ett år med utgångspunkt i regiondirektörens och förvaltningschefernas verksamhetsplaner och från övergripande handlingsplaner.

I bilaga 4 finns en förteckning över policyer och andra styrande dokument.

Uppföljningsdokument

Följande dokument utgör i huvudsak uppföljning av Region Jämtland Härjedalens verksamhet, mål, resultat och ekonomi:

- Årsredovisning
- Delårsrapport augusti
- Tertialrapport april
- Månadsrapporter
- Uppföljningsplan för respektive nämnd och styrelse
- Revisionsrapporter
- Personalbokslut
- Patientsäkerhetsberättelse
- Miljöbokslut
- Kvalitetsrapport
- Informationssäkerhetsberättelse
- Uppföljning av Hälsoval
- Uppsiktsplikt
- Internkontroll
- Resultattavlor
- Uppföljning av hälso- och sjukvården (t.ex. till SKL)

De strategiska målen följs upp genom att analysera måluppfyllelsen för de framgångsfaktorer i regionstyrelsens och nämndernas verksamhetsplaner som är kopplade till respektive strategiskt mål. I årsredovisning, tertialrapport och delårsbokslutska det också finnas en summering av måluppfyllelsen för varje perspektiv med utgångspunkt från måluppfyllelsen för de strategiska målen.

Övriga planeringsdokument

Förutom policyer och planer är följande planeringsdokument underlag i Region Jämtland Härjedalens styrning:

- Planeringsförutsättningar för Region Jämtland Härjedalen
- Övergripande politiska inspel och prioriteringar
- Inspel från hälso- och sjukvårdsförvaltningen och regionala utvecklingsförvaltningen
- Behovsanalyser – tas fram på begäran med specificerat ändamål och inriktning
- Övergripande rapporter och statistik, exempelvis Läget i länet, OECD-rapport och Öppna jämförelser.
- Enkäter – exempelvis patientenkäten

Planerings- och uppföljningsprocess

För att grundidén med styrmodellen ska kunna förverkligas måste arbetsprocessen med planering och uppföljning följas åt. Spårbarheten från de övergripande strategiska målen till verksamhetens egna mål måste vara tydlig i både planerings- och uppföljningsdokument. Arbetet med planer och uppföljning på de olika nivåerna sker parallellt.

Regler för planering och uppföljning enligt Region Jämtland Härjedalens styrmodell beskriver hur styrmodellen fungerar. (RS/101/2015)

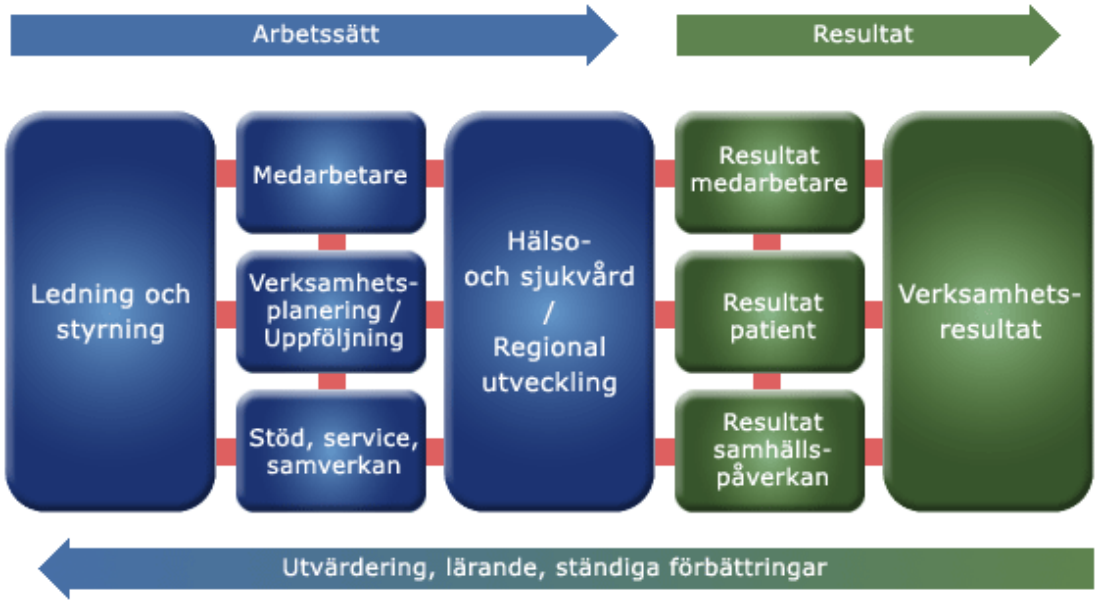
Bilaga 3: Målområden och ledningssystem

Allt planerings- och uppföljningsarbete inom Region Jämtland Härjedalen utgår från fyra områden: samhälle, patient, medarbetare och verksamhetsresultat. Därför utgår också alla mål från detta. Mål- och resultatområdena bygger på de politiska beslut som fastställs i regionplanen.

I ledningssystemet framgår det vilket övergripande ”ramverk” med lagar och styrdokument som alla verksamheter inom Region Jämtland Härjedalen har att förhålla sig till. Det är till exempel policyer, planer, rutiner, vårdprogram. I ledningssystemet finns också olika redovisande dokument, som årsredovisningar, ekonomirapporter, verksamhetsberättelser och protokoll.

Figuren nedan visar hur ledningssystemet är uppbyggt. Systemet är uppdelat i lednings-, kärn- och stödprocesser De övre pilarna visar organisationens sätt att arbeta och vilket resultat det ger utifrån uppsatta mål. Den undre pilen beskriver hur organisationen ska arbeta med utvärdering, lärande, för att utveckla och ständigt förbättra verksamheten.

Regionens modell för lednings- och verksamhetsutveckling



Bilaga 3: Styrdokument

Länsövergripande styrdokument

Vad gäller de länsövergripande dokumente n så har i många fall även andra aktörer, exempelvis länets kommuner, länsstyrelse och företrädare inom utbildningsområdet, näringslivet och så vidare varit delaktiga i processen att ta fram dokumentet. De dokument som tillkom innan Region Jämtland Härjedalen bildades 2015 och som fastställdes av regionförbundets styrelse gäller även regionen.

Dokument	Varaktighet	Dnr	Beslutad av
Bredbandsstrategi för Jämtlands län – mot 2020	2014-2020	RS/2013-64	Regionförbundets styrelse
Folkhälsopolicy för Jämtlands län 2016-2019	2016-2019	RS/1461/2016	Regionfullmäktige
Innovativt Jämtland Härje-dalen 2025 (Innovationsstrategi)	2014-2025	RS/2011-121	Regionförbundets styrelse
Jämtland Härjedalen 2030 Innovativt och attraktivt (Regional utvecklingsstrategi)	2014-2030	RS/2011-121	Regionförbundets styrelse
Jämtlands läns ungdoms-strategi 2014-2020	2014-2020	RS/2011-2016	Regionförbundets styrelse
Klimatstrategi för Jämtlands län 2014-2020	2014-2020	423-1574-2014	Länsstyrelsen
Kulturplan för Region Jämtland Härjedalen 2015-2018	2015-2017	RS/2013-133	Regionförbundets styrelse
Länstransportplan 2014-2025 för Jämtlands län	2014-2025	RS/2013-19	Regionförbundets styrelse
Mål för gemensam hälso - och sjukvårdspolitik i Jämtlands län 2014-2025	2014-2025	LS/727/2012	Landstings fullmäktige och länets samtliga kommuner
Program för Europeiska regionala utvecklingsfonden 2014-2020	2014-2020	RS/2013-851	Regeringen
Program för Europeiska socialfonden 2014-2020	2014-2020		Regeringen
Regional handlingsplan för europeiska socialfonden 2014-2020	2014-2020	RS/2014-405	Regionförbundets styrelse
Regional länstransportplan för Jämtlands län 2014-2025	2014-2025	RS/2013-19	Regionförbundets styrelse
Regional strategi för ökad inflyttning och förbättrad integration 2015-2020 (integrationsstrateg)	2015-2020	RS/99/2015	Regionfullmäktige 2015-02-11
Regionalt serviceprogram	2014-2018	300-4132-2013	Länsstyrelsen
Regionalt tillväxtprogram för Jämtlands län (RTP)	2015-2020	RS/2014-70	Regionförbundets styrelse
Trafikförsörjningsprogram 2016-2020	2016-2020	RS/102/2016	Regionfullmäktige

Policyer

Dokument	Dnr	Fastställd	Organ
Konstpolicy Jämtlands läns landsting	LS/1654/2010	2013-02-13	Landstingsfullmäktige
FoU-policy	LS/1882/2012	2013-11-27	Beredningen demokrati och folkhälsa
Hjälpmedelspolicy för Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner	RS/455/2016	2017-02-14	Regionfullmäktige och länets kommuner *(Änne ej fastställd i alla kommuner)*
Jämställdhets- och jämlikhetspolicy för förtroendevalda	LS/31/2012	2013-11-27	Landstingsfullmäktige
Kommunikationspolicy	RS/369/2016	2016-04-11	Regionfullmäktige
Kost- och nutritionspolicy	RS/457/2016	2016-10-19	Regionfullmäktige
Kvalitetspolicy	RS/103/2015	2015-04-14--15	Regionfullmäktige
Miljöpolicy	LS/1059/2011	2013-10-23	Beredningen demokrati och folkhälsa
Parkeringspolicy	LS/740/2007	2007-10-17	Landstingsstyrelsen
Personalpolitisk policy	LS/685/2010	2010-06-23	Landstingsstyrelsen
Policy för fastighets- och lokalförsörjning	LS/1060/2011	2012-06-20	Landstingsfullmäktige
Policy för Informationssäkerhet	LS/1508/2012	2013-06-18	Landstingsfullmäktige
Policy för jämställdhet och jämlikhet som utvecklingskraft	LS/1101/2013	2013-11-27	Beredningen demokrati och folkhälsa
Policy för ungdomsdemokrati i Jämtlands län (gemensam med kommuner)	LS/712/2004	2006	Ungdomsråd/ Beredningen demokrati och folkhälsa
Policy för uthyrning av landstingets lokaler	LS/12/2011	2011-02-16	Landstingsstyrelsen
Skyltpolicy för invändig skyltning	LS/474/2007	2007-06-27	Landstingsstyrelsen
Sponsringspolicy för Region Jämtland Härjedalen	RS/248/2015	2016-04-11	Regionfullmäktige
Upphandlingspolicy	LS/1509/2012	2014-02-11	Landstingsstyrelsen
Varumärkespolicy	RS/1384/2015	2015-11-23--25	Regionfullmäktige

Långsiktiga utvecklingsplaner

LUP	Dnr	Fastställd i fullmäktige
Långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning 2015-2025	LS/1810/2013 RS/337/2015	2014-10-15 Reviderad version fastställd 2015-06-16--17
Långsiktig utvecklingsplan för miljö	LS/1792/2012 RS/63/2015	2013-11-27 Reviderad version fastställd 2015-06-16--17
Långsiktig utvecklingsplan för minskade sjukskrivningar och ökat frisktal	RS/67/2015	2015-11-24--25

Andra styrande dokument

Dokument	Dnr	Fastställd	Beslutsorgan
Finansplan 2018-2020	RS/258/2017	*2017-06-21--22*	Regionfullmäktige
Grafisk profil för Region Jämtland Härjedalen	RS/426/2015	2016-04-11	Regionfullmäktige
Reglemente för intern kontroll vid Region Jämtland Härjedalen	RS/1657/2015	2016-04-11	Regionfullmäktige
Modervarumärkesstrategi	RS/100/2015	2015-04-14--15	Regionfullmäktige
Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg	LS/1058/2011	2012-02-15	Landstingsfullmäktige
Reglemente avseende finansiering och skuldförvaltning samt förvaltning av likviditet och pensionsmedel	RS/783/2016	2016-06-14	Regionfullmäktige
Planeringsförutsättningar för Region Jämtland Härjedalen 2017-2019	RS/1613/2015	2016-02-23--24	Regionstyrelsen
Regionplan 2018-2020	RS/257/2017	*2017-06-21--22*	Regionfullmäktige
Regler för Region Jämtland Härjedalen som ägare i bolag och medlem i föreningar	RS/467/2015	2016-10-19	Regionfullmäktige
Regional kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan	RS/1562/2015	2015-12-08	Regionstyrelsen
Regler för planering och uppföljning enligt Region Jämtlands Härjedalens styrmodell	RS/101/2015	*2017-06-21-22*	Regionfullmäktige
Regionstyrelsens verksamhetsplan och uppföljningsplan 2018		Fastställs hösten 2018	Regionstyrelsen

Dokument	Dnr	Fastställd	Beslutsorgan
Regionala utvecklingsnämndens verksamhetsplan och uppföljningsplan 2018		Fastställs hösten 2018	Regionala utvecklingsnämnden
Regler och villkor för bidrag till externa organisationer samt för länskulturens övriga stödformer	LS/926/2014	2014-11-25	Landstingsfullmäktige
Reglemente för stipendiet Företagsam skola Jämtlands län	LS/1138/2014	2014-11-25	Landstingsfullmäktige
Reglemente för kulturpris och stipendier	LS/927/2014	2014-11-25	Landstingsfullmäktige
Strategi för eSamhället	LS/1058/2011	2012-02-15	Landstingsfullmäktige
Vårdvalsnämndens verksamhetsplan 2018		Fastställs hösten 2018	Vårdvalsnämnden

FOTO FRAMSIDA: DAVID ZANDÉN/SCANDINAV BILDBYRÅ

Region Jämtland Härjedalen │ Box 654 │ 831 27 Östersund
063-14 75 00 │ region@regionjh.se │ www.regionjh.se

REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN

45

Finansplan 2018-2020

RS/258/2017

§34

Finansplan 2018-2020 (RS/258/2017)

Sammanfattning

Regionfullmäktige fastställer Region Jämtland Härjedalens vision och strategiskt övergripande mål. Fullmäktige beslutar också om ekonomiska ramar för verksamheten och fastställer budget. Det gör fullmäktige genom att om en regionplan och en finansplan för en treårsperiod. Regionstyrelsen och nämndernas uppgift är att verkställa fullmäktiges beslut.

Finansplanen 2018-2020 innehåller planeringsförutsättningar utifrån det ekonomiska läget, budgetramar för regionstyrelsen och nämnder, investeringstak samt finansiella mål och budget för det närmaste året. Anledningen till att ekonomin behöver hanteras i särskild ordning är bland annat det mycket ansträngda ekonomiska läget, behovet av att sammanfatta de ekonomiska konsekvenserna från både regionplan och den långsiktiga utvecklingsplanen för god ekonomisk hushållning samt behovet av att kunna revidera finansplanen utifrån de ekonomiska konsekvenserna som statligt beslut innebär och förändringar i skatteprognoser.

Den övergripande finansiella inriktningen för Region Jämtland Härjedalen är att uppnå en stabil ekonomi som kännetecknas av långsiktighet och hållbarhet. Finansplanens finansiella mål för planperioden är ett ekonomiskt resultat på 0 %, på längre sikt 2 %, av verksamhetens budgeterade nettokostnader. För att nå målet står regionen inför stora ekonomiska utmaningar. Verksamheten har de senaste åren redovisat underskott i varierad storlek och även om ekonomin på flera områden går åt rätt håll är det ekonomiska läget fortfarande svårt. Det leder till att det även under kommande planperiod kommer att krävas stort fokus på åtgärder för att nå en ekonomi i balans och god ekonomisk hushållning.

Region Jämtland Härjedalens ekonomiska resultat för 2016 var -197 miljoner kronor. Prognosen efter april 2017 är -170 miljoner kronor och står sig den kommer det ackumulerade underskottet att återställa enligt balanskravet att uppgå till 941 miljoner kronor inför 2018. På grund av den ansträngda ekonomiska situationen uppstår också ett upplåningsbehov för att finansiera de av fullmäktige beslutade investeringarna. För planperioden är upplåningsbehovet 181 mkr 2018 och 96 mkr för 2019 respektive 2020.

En ständig utmaning och viktig planeringsförutsättning för regionens ekonomi är också att hantera målet att bedriva en kostnadseffektiv vård som är likvärdig med den som erbjuds i övriga landet. Rättigheten till hälso- och sjukvård är reglerad i lag och den nya patientlagen från 2015 ger den enskilde patienten också stora rättigheter till vård, samtidigt som landstingens möjligheter att begränsa vårdutbudet kraftigt begränsats.

Region Jämtland Härjedalens samlade intäkter sätter gränser för hur stora kostnaderna kan tillåtas vara. Enligt SKL kommer skatteunderlagets utveckling 2018-2020 bli betydligt svagare allt eftersom konjunkturen utvecklas i lugnare takt. En snabb befolkningsökning,

främst bland barn och till viss del äldre, kommer att innebära en kostnadsutveckling högre än normalt. Det i kombination med att skatteunderlaget har en normal, eller till och med långsammare, utveckling medför att landstingssektorn måste hålla tillbaka kostnadsökningar för att motverka gapet mellan intäkter och kostnader. Under planperioden väntas också kraftigt stigande pensionskostnader. En stor del av dessa kostnader rör tidigare intjänade pensioner och är därför inte påverkningsbara. Förutom stora kostnadssänkningar kommer det för Region Jämtland Härjedalen att vara väldigt viktigt att nettokostnadsutvecklingen blir betydligt långsammare än tidigare år.

För att nå en stabil ekonomi i balans ligger i första steget fokus på arbetet kring resultatförbättrande åtgärder innan balanskravet kan införlivas. Ger alla planerade åtgärder full effekt under 2017 och 2018 förväntas resultatet att vara i balans 2018 och 2019. Till år 2020 behövs däremot ytterligare åtgärder på 74 mkr för att komma i ekonomisk balans. Sammanlagt för åren 2017-2020 behövs resultatförbättrande åtgärder på ca 390 mkr.

Finansplanens finansiella mål och ekonomiska ramar följs upp genom månadsrapporter, tertialrapport per april, delårsbokslut per augusti och i årsredovisningen. Löpande uppföljning av ekonomin görs också ständigt i ledningsgrupper och på andra sätt i verksamheten.

Utskottet för ekonomi fick på sitt sammanträde den 22 maj 2017 en genomgång av innehållet i finansplanen. Utskottet fick ställa frågor och lämnade synpunkter.

Förslag till beslut

Utskottet för ekonomi föreslår Regionstyrelsen

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Finansplan 2018-2020 godkänns

Yrkande

Ann-Marie Johansson (S) yrkar följande tillägg:

1. Under avsnitt 4.1 om Långsiktigt hållbar ekonomi i finansplanen ska det läggas till ett förtydligande om återställandet av det ackumulerande underskottet.

2. Under avsnitt 4.2 om Kostnadskontroll i finansplanen ska mätetalen för nettokostnadsutveckling jämfört med föregående år räknas om och baseras på prognos per april 2017 som är -170 mkr.

3. Efter ovanstående justeringar och ytterligare redaktionella ändringar som utskottet föreslagit godkänner utskottet för ekonomi Finansplan 2018-2020.

4. Utskottet för ekonomi föreslår Regionstyrelsen

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Finansplan 2018-2020 godkänns.

Proposition
Ordförande ställer proposition på sina egna yrkanden och finner dem antagna.

Beslut
1. Under avsnitt 4.1 om Långsiktigt hållbar ekonomi i finansplanen ska det läggas till ett förtydligande om återställandet av det ackumulerande underskottet.

2. Under avsnitt 4.2 om Kostnadskontroll i finansplanen ska mätetalen för nettokostnadsutveckling jämfört med föregående år räknas om och baseras på prognos per april 2017 som är -170 mkr.

3. Efter ovanstående justeringar och ytterligare redaktionella ändringar som utskottet föreslagit godkänner utskottet för ekonomi Finansplan 2018-2020.

4. Utskottet för ekonomi föreslår Regionstyrelsen

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Finansplan 2018-2020 godkänns.

Protokollsanteckning
Anton Nordqvist (MP) deltar inte i beslutet.

Expedieras till
Regiondirektör, Bitr. regiondirektör, Hälso- och sjukvårdsdirektör och Regionstabschef

Beslutsunderlag
- Finansplan 2018-2020 budget och ekonomiska ramar 170517 ve 2
- Tjänsteskrivelse om finansplan 2018-2020

2018-2020

Finansplan



BUDGET OCH EKONOMISKA RAMAR

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

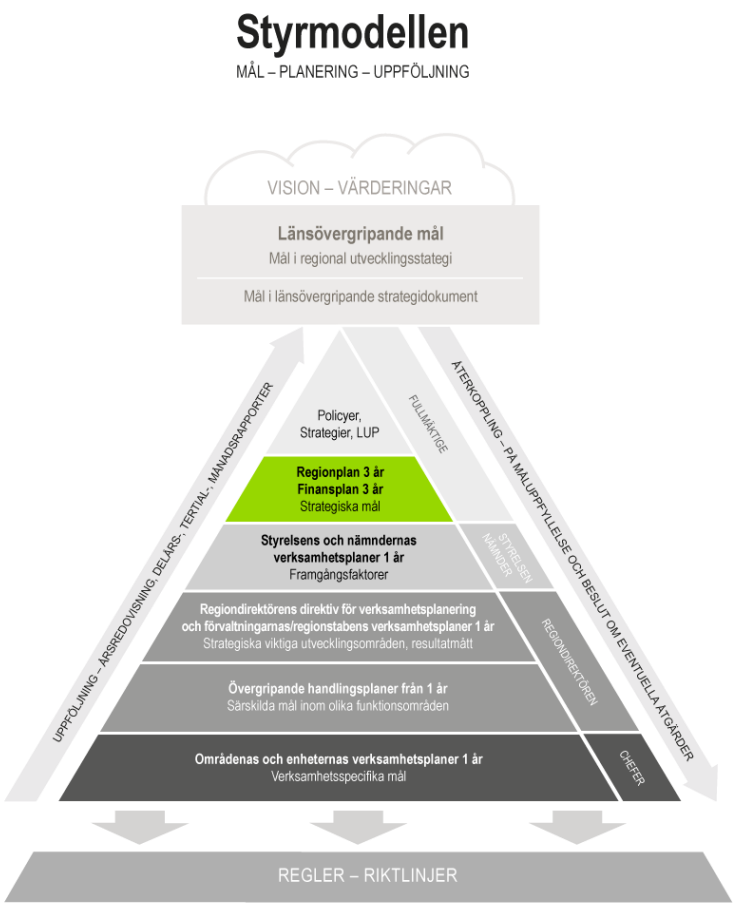
Version	Datum	Ändring	Beslutat av
1.	2017-05-23	Nyutgåva	

Finansplan

Finansplanen innehåller finansiella mål och planer för åren 2018-2020, samt budget, ekonomiska ramar, investeringsplan och taxor och avgifter för 2018.

Finansplanen hör ihop med regionplanen. De två planerna innehåller de övergripande mål som regionstyrelsen och de olika nämnderna har att utgå från i sitt arbete. Finansplanen utgår från policyer, mål i regionplanen, långsiktigt utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning och andra övergripande styrdokument.

I bilaga 2 i regionplanen finns en beskrivning av regionens styrmodell och där framgår vilka styrdokument som finns för Region Jämtland Härjedalen och hur de hör ihop.



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 Planeringsförutsättningar 7
1.1 Planeringsförutsättningarna 2018-2020 7
1.2 Regionens ekonomiska utveckling 7
1.3 Den samhällsekonomiska utvecklingen 9
1.4 Befolkningsutveckling 10
1.5 Skatteunderlagets utveckling 11
1.6 Löne- och prisförändring för landsting 12
2 Region Jämtland Härjedalens finansiering 14
2.1 Skatteintäkter 14
2.2 Kommunala utjämningsbidrag och generella statsbidrag 16
2.3 Nationella satsningar, riktade statsbidrag 20
2.4 Läkemedelsbidrag 21
2.5 Finansnetto 21
2.6 Pensionskostnader 22
2.7 Läkemedelskostnader 23
2.8 Likviditeten 24
2.9 Upplåningsbehov 25
2.10 Resultatförbättrande åtgärder 25
3 Budgetramar per nämnd samt finansiering 2018-2020 28
3.1 Ekonomimodell 28
3.2 Utveckling av ny ekonomimodell med hjälp av KPP 28
3.3 Budgetramar 29
3.4 Förändring budgetramar 32
3.5 Avkastningskrav 33
3.6 Investeringstak 33
4 Finansiella mål 35
4.1 Långsiktigt hållbar ekonomi 35
4.2 Kostnadskontroll 35
4.3 Avtalstrohet 35
4.4 Investeringstak 36
4.5 Självfinansieringsgrad investeringar 36
5 Resultat-, balans- och finansieringsbudget 37

5.1 Resultatbudget 37
5.2 Balansbudget 38
5.3 Finansieringsbudget 39
6 Sammanfattande slutsatser 40
7 Bilagor 43
7.1 Bilaga 1 Investeringsbudget 2018 43
7.2 Bilaga 2 Avgifter och taxor 47
7.3 Bilaga 3 Regionens engagemang i bolag, stiftelser och förbund 48
7.4 Bilaga 4: Ordlista och förkortningar 49

Region Jämtland Härjedalens ekonomi – en utmaning för alla

Region Jämtland Härjedalen har en liten befolkning på en stor yta. Drygt 1 procent av landets befolkning finns på 12 procent av landets yta. Regionen är till stora delar glest eller mycket glest befolkat och har en befolkning med en av Sveriges lägsta skattekrafter. Det innebär särskilda utmaningar i för att upprätthålla och finansiera en likvärdig och trygg sjukvård, en fungerande kollektivtrafik och tillgång till kulturupplevelser.

Regionen behöver växa, få fler invånare, fler som arbetar och fler som driver företag. Det regionala utvecklingsansvaret innebär, att tillsammans med andra, att stimulera och stödja den utvecklingen. Det görs genom företagsstöd, bidrag till kompetensförsörjning och genom stöd och satsningar på infrastruktur, inte minst bredbandsutbyggnad.

Region Jämtland Härjedalen har under många år haft svårt att finansiera verksamheten och gjort stora underskott. Också kommande planperiod ställs stora krav på att kostnadsutvecklingen hålls på en låg nivå. Förutom att möta utvecklingen inom hälso- och sjukvården, där det kontinuerligt krävs med nya, dyrare och effektivare behandlingsmetoder och läkemedel, måste det skapas ekonomiskt utrymme för kraftigt ökande pensionskostnader.

Att jobba för fler invånare och ökad skattekraft räcker inte för att möta behoven, varken på kort eller lång sikt. Vi behöver även hitta andra sätt att bedriva regionens verksamheter på - det är det viktigaste för att komma till nollresultat och därefter närma oss en ekonomi i balans. I arbetet ska fokus vara på de vi är till för, det vill säga patienter, brukare, kunder och medborgare. Regionens medarbetare, engagemang, förslag och idéer behövs för att nå framgång.



Ann-Marie Johansson
Regionstyrelsens ordförande

1 PLANERINGSFÖRUTSÄTTNINGAR

I detta kapitel redovisas förutsättningar som är viktiga för Region Jämtland Härjedalens ekonomiska planering inför åren 2018 – 2020.

I finansplanen fastställer regionfullmäktige finansiella ramar för respektive nämnd, skattesats samt resultat-, balans- och finansieringsbudget.

1.1 Planeringsförutsättningarna 2018-2020

Region Jämtland Härjedalens ekonomiska läge är allvarligt. Resultat 2016 var -197 miljoner kronor, prognos efter april 2017 är -170 miljoner kronor och prognos för ackumulerat underskott 2017 att återställa enligt balanskravet är 941 miljoner kronor.

Övergripande finansiell inriktning är att uppnå en stabil ekonomi som kännetecknas av långsiktighet och hållbarhet.

Region Jämtland Härjedalens samlade intäkter sätter gränser för hur stora kostnaderna kan tillåtas vara.

Rättigheten till hälso- och sjukvård är reglerad i lag. Vid årsskiftet 2015 trädde en ny patientlag i kraft som ger den enskilde patienten stora rättigheter till vård, samtidigt som landstingens möjligheter att begränsa vårdutbudet kraftigt begränsats. Regionens mål är att bedriva en kostnadseffektiv vård som är likvärdig med den som erbjuds i övriga landet.

Anpassning till givna ramar är överordnat vid en eventuell målkonflikt med verksamhetens omfattning.

1.2 Regionens ekonomiska utveckling

Med undantag för 2010, då ett tillfälligt konjunkturbidrag räddade ekonomin, har Region Jämtland Härjedalen (fram till 2015 Jämtlands läns landsting) de senaste nio åren haft ekonomiska underskott.

Nettokostnadsutvecklingen beror till stor del på en ökad efterfrågan på vård när allt fler medborgare blir äldre. Dessutom har vissa kostnader stigit mer än den allmänna prisutvecklingen. Kostnaderna för den högspecialiserade riks- och regionvården har med tiden tagit en allt större del av resurserna i anspråk. Riks- och regionvården steg med över sex procent per år under en följd av år, fram till 2015 då de sjönk något. En bidragande orsak är hemtagningen av PCI till Östersunds sjukhus som har gett en ackumulerad effekt på 8,2 miljoner kronor. På grund av stora svårigheter att rekrytera läkare har regionens kostnader för stafettläkare stadigt stigit. De senaste åren har även brist på sjuksköterskor tilltagit, vilket lett till större köp från bemanningsföretag även när det gäller denna yrkeskategori. Under 2016 ökade dessa kostnader med 39 % jämfört med året innan och sett på de senaste 2 åren är ökningen över 100 %. Denna ökningstakt väger ensamt upp i stort sett alla övriga vidtagna resultatförbättrande åtgärder. Att bryta denna utveckling är därför helt avgörande för att regionens ekonomi ska nå balans.

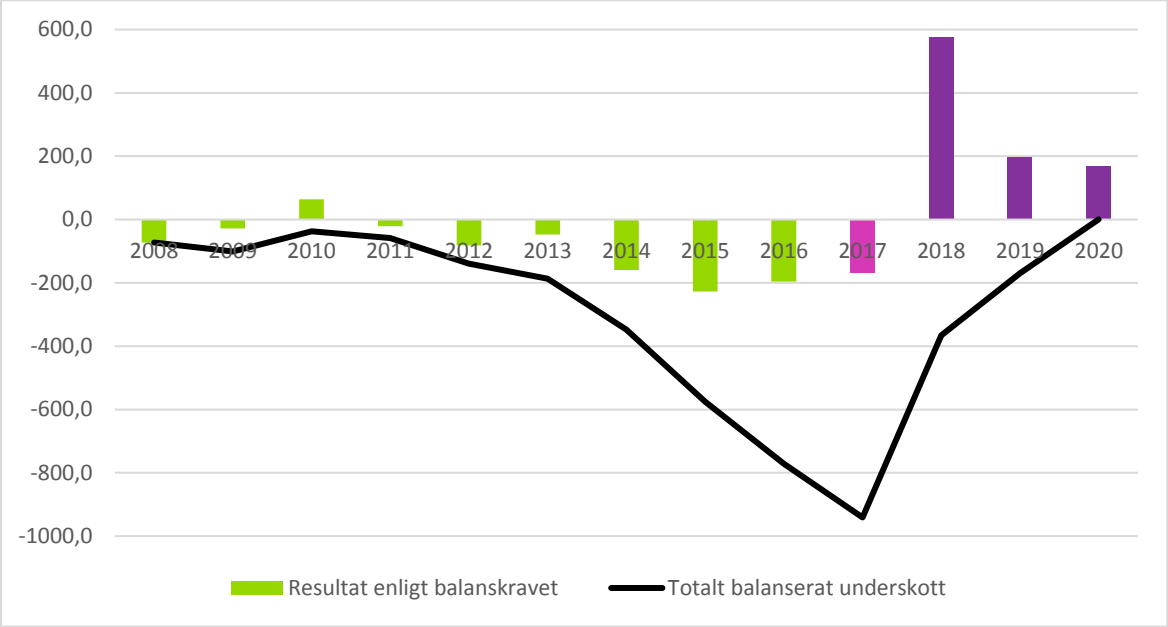
Diagram 1. Jämtlands läns landsting resultat exkl RIPS-effekter 2001-2014, Region Jämtland Härjedalen 2015-2016 samt prognos 2017 per april.



De kostnader som Region Jämtland Härjedalen lättare har kunnat kontrollera, har hållits nere under lång tid. Fastighetsinvesteringarna är exempelvis på en mycket låg nivå jämfört med övriga regioner och landsting. Nu är behoven stora att bygga om sjukhuset för att anpassa det efter nutida krav på logistik och patientsäkerhet – investeringar som skulle underlätta en effektivisering av vården.

Enligt kommunallagen ska kommuner och landsting ha en god ekonomisk hushållning i sin verksamhet och en budget i balans, dvs att intäkterna överstiger kostnaderna. Om de redovisade kostnaderna överstiger intäkterna ett räkenskapsår ska det negativa resultatet och det egna kapitalet återställas inom tre år. Det ackumulerade underskottet att återställa för Region Jämtland Härjedalen uppgår efter 2016 till 771 miljoner kronor och står sig prognosen för april 2017 kommer det ackumulerade underskottet efter 2017 att uppgå till 941 miljoner kronor. För att nå ett resultat som är i nivå med god ekonomisk hushållning och för att uppfylla kraven i kommunallagen skulle Region Jämtland Härjedalen behöva budgetera ett överskott på 575 miljoner kronor, vilket motsvarar 14,5 procent av nettokostnaderna 2016. För år 2019 och 2020 skulle det budgeterade överskottet behöva uppgå till 197 respektive 170 miljoner kronor.

Diagram 2. Resultat enligt balanskrav 2008-2016, prognos april 2017 och behovet av budgeterade överskott för att uppfylla kraven i kommunallagen.



Om allt annat lika och under förutsättning att de resultatförbättrande åtgärderna ger full effekt skulle det krävas en höjning av skattesatsen på ca 1,20 kr om balanskravet ska kunna återställas under planperioden. I dagsläget finns inga beslut om justeringar i skattesatsen utan allt fokus ligger på att få Region Jämtland Härjedalens ekonomi stabil och i balans med ett intensivt arbete kring resultatförbättrande åtgärder.

Prognosen för Region Jämtland Härjedalen efter april 2017 landade på ett underskott på 170 miljoner kronor. Tumregeln för god ekonomisk hushållning är att verksamheten ska leverera ett överskott på 2 % av nettokostnaderna, vilket betyder att det behövs ytterligare ca 80 miljoner kronor. Gapet som uppstår mellan intäkter och kostnader blir därmed ca 250 miljoner kronor.

Om Region Jämtland Härjedalen de kommande åren håller god ekonomisk hushållning och levererar ett överskott på 2 procent per år kommer det ackumulerade underskottet att vara återställt efter 11-12 år.

1.3 Den samhällsekonomiska utvecklingen

Efter justering av skottår och ett relativt stort antal arbetsdagar ökade BNP med 3,0 procent 2016. Under 2017 beräknas tillväxten i svensk ekonomi blir nästan lika stark som föregående år och BNP förutses växa med 2,9 procent.

Bedömningen om en fortsatt hög produktionstillväxt baseras på att det under 2017 blir bättre fart på export och hushållens konsumtionsutgifter. Däremot beräknas investeringar och offentlig konsumtion växa i långsammare takt. Den fortsatt positiva utvecklingen i svensk ekonomi innebär att sysselsättning och skatteunderlag fortsätter växa i snabb takt. Arbetslösheten pressas tillbaka och når mot slutet av 2017 en nivå jämförbar med den som rådde föregående hög-konjunktur, dvs strax före finanskrisens utbrott.

Under 2018 beräknas resursutnyttjandet i svensk ekonomi stabiliseras på en hög nivå och att konjunkturläget under de efterföljande åren normaliseras. Det innebär att BNP, sysselsättningen och skatteunderlaget utvecklas svagare dessa år än under åren innan. Och BNP beräknas då årligen växa med cirka 2 procent.

Utvecklingen efter 2018 innebär stora och växande problem för både kommuner och landsting, trots att de generella statsbidragen antas öka med 2 procent per år realt. För att intäkter och kostnader ska gå ihop krävs det enligt SKL åtgärder motsvarande ett skatteuttag på 2 kronor till och med år 2020. Dessa anpassningar tros i verkligheten komma att ske genom en kombination av skattehöjningar, effektiviseringar, omprioriteringar, höjda statsbidrag och försämrat ekonomiskt resultat.

Tabell 1. Den ekonomiska utvecklingen 2017-2020, några prognosvariabler

	2017	2018	2019	2020
BNP (Regeringen april 2017)	2,9	2,2	2,0	2,2
Konsumentprisindex, KPI (SKL feb 2017)	1,6	2,3	2,7	2,8
Realt skatteunderlag (SKL feb 2017)	2,0	0,8	0,4	0,5
Befolkning (SKL feb 2017)	1,3	1,2	1,1	1,1

Högre aktivitet i samhällsekonomin medför även en del negativa effekter vid sidan om högre kostnadstryck. Marknadsräntorna förväntas stiga kraftigt särskilt mot slutet av perioden. Många högt belånade hushåll kommer då att få mindre pengar över för konsumtion, vilket dämpar den ekonomiska tillväxten.

1.4 Befolkningsutveckling

I den befolkningsprognos som ligger till grund för beräkning av skatteunderlag och kommunalt utjämningsbidrag, har SKL använt sig av SCB:s reviderade befolkningsprognos från april 2017. I tabell 2 visas den nya prognosen.

Tabell 2. Befolkningsprognos för åren 2016–2020 SCB, samt prognos Jämtland Härjedalen (Regionens egna justerade)

	2016	2017	2018	2019	2020
Befolkning 1/11 året innan	9 838 418	9 967 637	10 091 139	10 192 946	10 296 241
Årlig förändring		1,31 %	1,24 %	1,01 %	1,01 %
SCBs prognos för Jämtland Härje-dalen	127 169	128 276	129 213	129 859	130 513
Region Jämtland Härjedalen, egen prognos	127 169	128 276	128 876	129 176	129 326

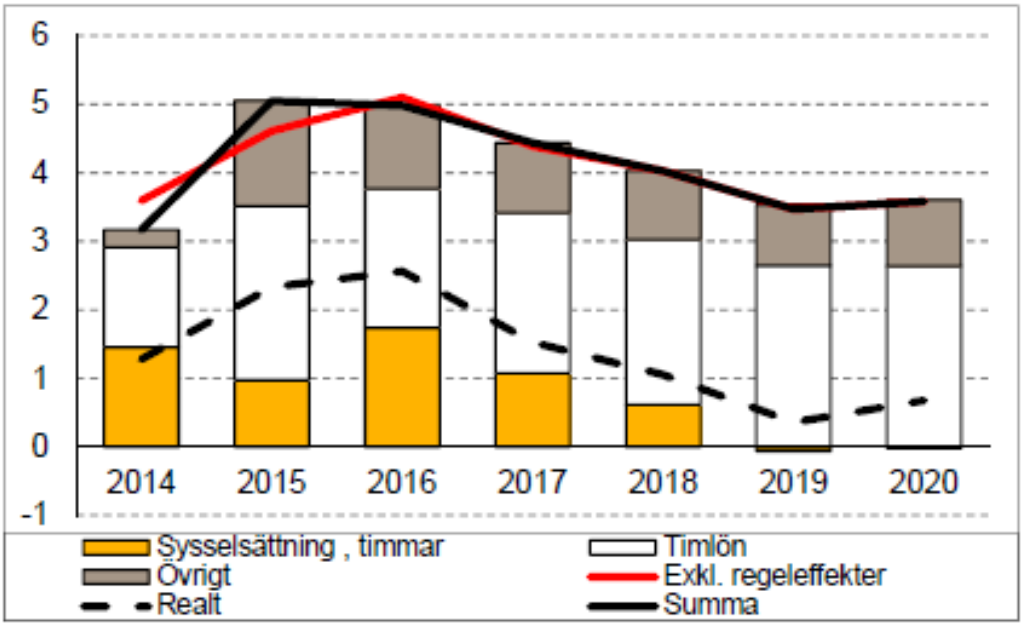
De senaste fyra åren har länets befolkning ökat, vilket helt och hållet beror på utrikes inflyttande. Migrationsverket drar nu kraftigt ner antalet platser i länet och reglerna för anhöriginvandring har skärpts. Regeringen bestämmer årliga antal för kommunerna hur många nyanlända en kommun ska ta emot och ordna bosättning åt, dvs. utanför migrationsverkets boenden. För Jämtlands län är detta 365 stycken år 2017 vilket är högre än 2016 års siffra. Det finns fortfarande en eftersläpning i behandlingen av 2015 års stora flyktinginflyttning av de människor som fortfarande bokförs som asylsökande. Det innebär att fortsatt, i upparbetandet av den långa kön, kommer Jämtland att få många nyanlända kommuninnevånare med utomeuropeisk födelseort.

I regel har SCB tidigare överskattat befolkningsstorleken när det gäller prognoser för Jämtland Härjedalen. För närvarande är det svårare än vanligt att prognostisera befolkningsutvecklingen. Den beror på hur många asylsökande som kommer till länet och i vilken utsträckning de som beviljas uppehållstillstånd sedan stannar kvar. Av ovan angivna skäl har befolkningsprognosen sänkts, jämfört med SCB, vid beräkningen av Regionens generella statsbidrag. Befolkningen i länet förväntas visserligen växa under planperioden, men med ett betydligt mindre antal än i SCBs prognos. Länets befolkning beräknas öka med 600 personer under 2017, 300 personer 2018 och 150 personer 2019.

1.5 Skatteunderlagets utveckling

Skatteunderlaget har under år 2015 och 2016 haft en stark tillväxt. År 2016 ökade antalet arbetade timmar dubbelt så mycket som under 2015 men lönesumman tilltog bara marginellt. Inkomsterna för de sociala avgifterna ökade endast svagt och grundavdragen steg mer än året innan. Den sammantagna effekten är en liten nedgång i tillväxten av skatteunderlaget.
För år 2017 prognostiseras också en hög tillväxt, även om ökningen avtar något. Avmattningen hänger ihop med att sysselsättningsutvecklingen dämpas samt minskade utbetalningar av sjukpenning och arbetslöshetsersättningar.

Diagram 3. Skatteunderlagstillväxt och bidrag från vissa komponenter



Från och med 2018 växlar skatteunderlagets ökning ner till en nivå under den genomsnittliga sedan millennieskiftet. Det beror framför allt på att den långa perioden med sysselsättningsökning upphör när konjunkturtoppen passerats.

Tabell 3. SKLs prognos för utvecklingen av skatteunderlaget

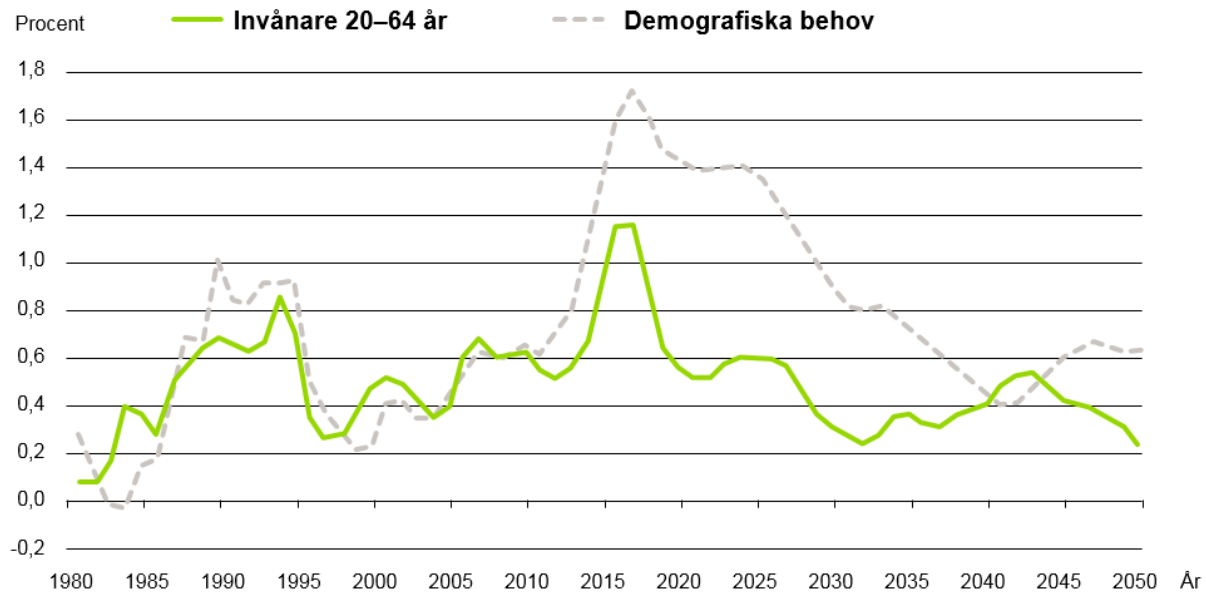
	2016	2017	2018	2019	2020	2016-2020
SKL april 2017	5,00	4,40	4,00	3,50	3,60	**20,50**
SKL:s prognos för Region Jämtland Härjedalen	4,38	3,92	3,46	2,96	3,06	**17,78**
Egen prognos för Region Jämtland Härjedalen	4,38	3,92	3,19	2,69	2,66	**16,85**

På grund av en låg genomsnittsinkomst i länet är skatteunderlaget per invånare bland de lägsta i landet. Skatteunderlaget för länet växer normalt i en långsammare takt än för riket som helhet, så ser det även ut i SKLs senaste skatteunderlagsprognos i tabell 3.

1.6 Löne- och prisförändring för landsting

En omständighet som lyfts fram av SKL, är den ökning av kostnaderna som beror på de demografiskt betingade behovsökningarna. De demografiska behoven har ökat från 0,6 % år 2005 till 1,5 % år 2016. Kulmen prognostiseras komma under 2017 då kostnadsökning för demografiska behov tros uppgå till 1,7 %. Förklaringen till den stora ökningen är framförallt flyktinginvandringen under 2015, men också på en förändrad befolkningsstruktur med en ökad andel äldre och stora barnkullar under de närmsta åren.

Diagram 4. Behoven i kommuner och landsting ökar snabbare än arbetskraften



SKL räknar med att landstingen får löneutveckling 2,7 - 3,2 procent per år 2017-2020. Landstingsprisindex (LPIK), som innefattar flera priskomponenter, förväntas hamna på en ökningstakt på mellan 2,2 och 2,9 procent per år under perioden 2017–2020.

Tabell 4 SKLs prognos för Landstingprisindex LPIK

	2016	2017	2018	2019	2020
LPIK inkl läkemedel	2,1%	2,2%	2,7%	2,8%	2,5%
Timlön	2,7%	2,8%	2,9%	3,2%	3,2%
Soc avg	2,7%	3,7%	5,8%	5,4%	3,4%
Läkemedel	0,8%	-1,1%	-1,1%	-1,1%	-1,1%
Förbrukning	1,3%	2,0%	2,2%	2,3%	2,3%
LPIK exkl läkemedel	**2,3%**	**2,8%**	**3,3%**	**3,5%**	**3,0%**

SKL räknar med fallande läkemedelspriser efter en tillfällig ökning 2016. Endast rena prisförändringar på befintligt sortiment inklusive generika tas med i SKLs beräkningar. Eventuell merkostnad för nya läkemedel ingår inte i prismätningarna, då de höga kostnaderna för en del av de nya läkemedlen antas spegla en förbättrad kvalitet och därför inte betraktas som en prisförändring.

2 REGION JÄMTLAND HÄRJEDALENS FINANSIERING

I det här avsnittet redovisas vilka förutsättningar Region Jämtland Härjedalen har att finansiera sin verksamhet med skatteintäkter, generella statsbidrag (kommunala utjämningsbidrag) samt övriga intäkter.

I tabellen ges en sammanställning av regionens intäkter. Patientavgifter och liknande ingår i verksamhetens intäkter som är en del av nettokostnaderna. Summan av intäkterna i tabellen ger ramarna för hur stora Regionens nettokostnader får vara.

Tabell 5. Intäkter exkl verksamhetens intäkter (baserat på SKLs prognos april 2017) Region Jämtland Härjedalen

Finansiering (miljoner kronor)	Prognos 2017	Budget 2018	Plan 2019	Plan 2020
Skatteintäkter	**2822**	**2915**	**3003**	**3087**
Generella statsbidrag (utjämningssystem)	737	738	751	760
Läkemedelsbidrag	343	343	343	343
Summa intäkter	**3902**	**3996**	**4096**	**4190**
Förändring	138	94	101	94
Årlig procentuell förändring	3,7%	2,4%	2,5%	2,3%

2.1 Skatteintäkter

För att finansiera Region Jämtland Härjedalens uppgifter betalar länets invånare skatt. Skatteintäkterna är beroende av skatteunderlagets storlek, som i sin tur beror på samhällsekonomi, arbetsmarknadsstruktur och demografi. Regionens förtroendevalda kan påverka skatteintäkternas storlek genom beslut om skattesats.

Preliminär skatt för 2017 budgeteras enligt prognos för det slutliga skatteunderlaget 2015, uppräknat till 2017 års nivå. Prognos för preliminärskatt och avräkning utgår från SKL:s prognos i april 2017. Skattesatsen för 2018 föreslås vara 11,20 vilket är oförändrat jämfört med 2017. I beräkningarna antas länets befolkning växa med 1050 personer under perioden 2017 – 2019.

Tabell 6. Skatteintäkter - Region Jämtland Härjedalen

Finansiering (miljoner kronor)	Prognos 2017	Budget 2018	Plan 2019	Plan 2020
Skatteintäkter	**2822**	**2915**	**3003**	**3087**
Varav				
Preliminärskatt	2841	2915	3003	3087
Avräkning skatteintäkter	-18	0	0	0
Förändring	97	92	88	84
Årlig procentuell förändring	3,6%	3,3%	3,0%	2,8%

Skatteintäkterna motsvarar 61 procent av Region Jämtland Härjedalens totala intäkter, vilket är en liten andel jämfört med i alla landsting. Skatteintäkterna utgör för hela landstingssektorn 68 procent av intäkterna.

Diagram 5. Procentuell fördelning av Region Jämtland Härjedalens intäkter (2016)

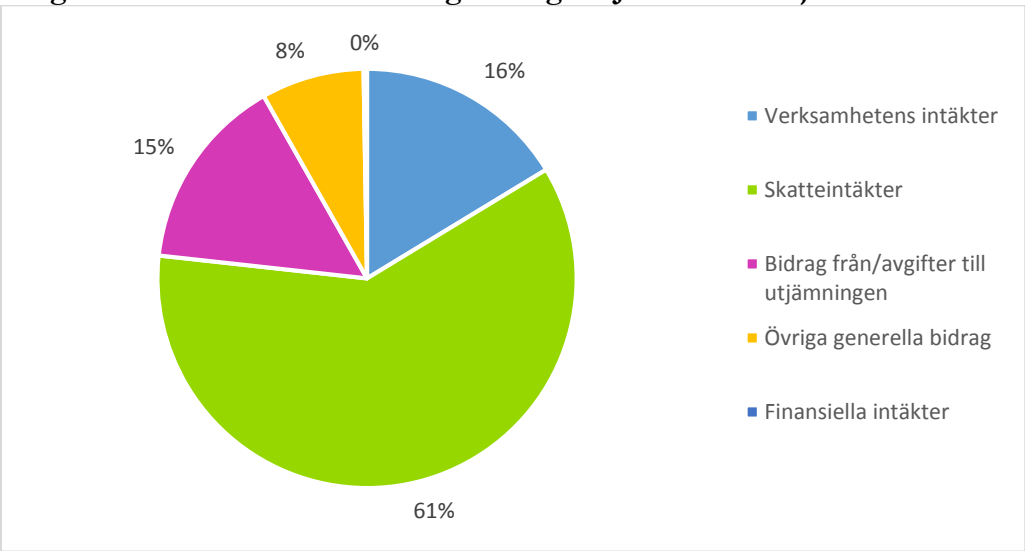
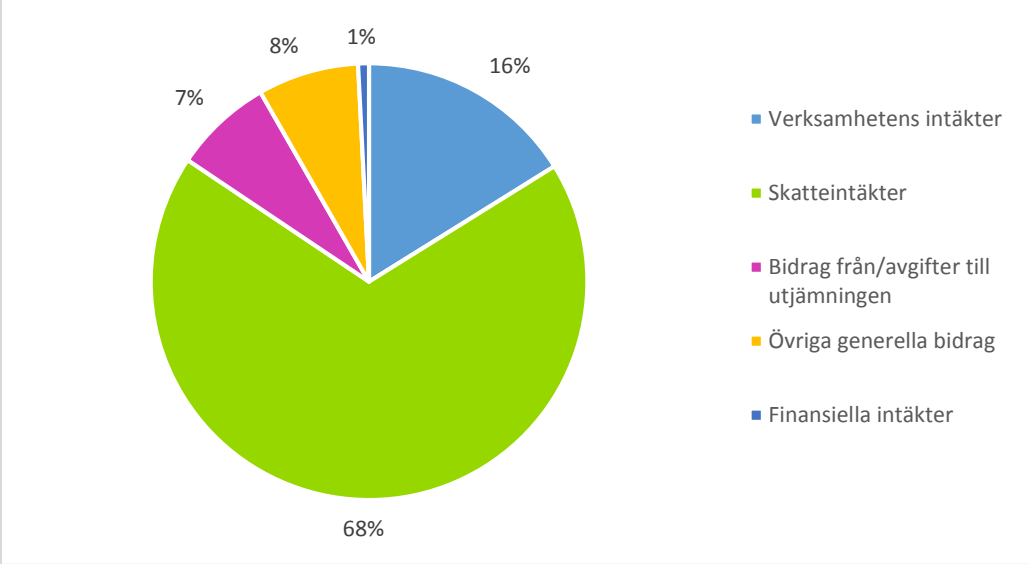


Diagram 6. Procentuell fördelning av intäkter alla landsting (2016)



Av Region Jämtland Härjedalens intäkter utgörs 15 procent av generella statsbidrag (kommunala utjämningsbidrag), vilket är en betydligt större andel, än de 7 procent som är de generella statsbidragens andel av samtliga landstings intäkter.

Jämtlands län har en av de lägsta skattekrafterna i landet. Som en jämförelse, ifall skattekraften i Jämtlands län skulle vara lika som rikssnittet, skulle skatteintäkterna öka med 328 miljoner kronor och inkomstutjämningen skulle minska med 261 miljoner kronor. Nettoeffekten skulle bli 67 miljoner kronor mer intäkter till Region Jämtland Härjedalen

Tabell 7. Effekt om Jämtlands län hade haft skattekraft som riksmedel

I tusen kronor	2018
Skatteintäkter, ursprungsläget för länet	2 908 903
Skatteintäker om länet haft skattekraft enligt riksmedel	3 236 951
Diff	328 048
Inkomstutjämning, ursprungsläget för länet	647 215
Inkomsutjämning om länet haft skattekraft enligt riksmedel	386 241
Diff	-260 974
Netto	**67 074**

2.2 Kommunala utjämningsbidrag och generella statsbidrag

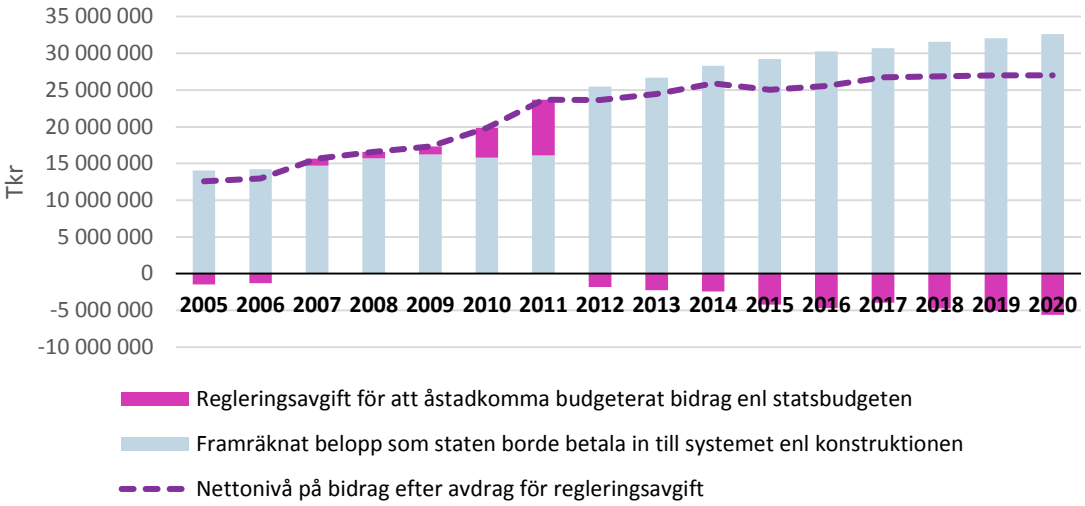
Syftet med kommunal utjämning är att skapa likvärdiga ekonomiska förutsättningar för alla landsting och regioner att kunna tillhandhålla sina invånare likvärdig service oberoende av länsinvånarnas inkomster och andra strukturella förhållanden.

Systemet för kommunalekonomisk utjämning omfattar

- Inkomstutjämning – utjämning av skatteintäkter mellan kommuner och landsting baserad på länets skattekraft. Staten garanterar medelskattekraft på 115 %. Inkomstutjämningen ska ge Region Jämtland Härjedalen kompensation för låga inkomster och svagt skatteunderlag.
- Kostnadsutjämning – utjämning för strukturella kostnadsskillnader beroende på demografi, brukarens behov och produktionsvillkor. Utgörs av fyra delmodeller, hälso- och sjukvård, befolkningsförändringar, lönekostnader och kollektivtrafik. Kostnadsutjämning ska ge Region Jämtland Härjedalen kompensation för höga kostnader på grund av stor andel äldre i befolkningen, sjukresor/sjuktransporter, små hälsocentraler och ambulansstationer som en anpassning till en liten befolkning glest utspridd på stor yta.
- Strukturbidrag och införandebidrag – utgår till vissa kommuner och landsting som kompensation för större förändringar i utjämningssystemet genom åren. Strukturbidraget ger Region Jämtland Härjedalen viss kostnadstäckning för de extrakostnader som regionen har för t.ex. central administration, politiskt ledning och systemkostnader som måste fördelas på ett mycket mindre invånarantal och som inte är proportionella med befolkningsstorleken.
- Regleringsavgift – reglerar att statens utgifter för kommunalekonomisk utjämning hamnar på samma nivå som regeringen föreslår och riksdagen beslutar om. Avgiften är ett enhetligt belopp per invånare. För Region Jämtland Härjedalen innebär det en betydande minskning av intäkterna.

Den streckade linjen i diagram 7 visar nivån på bidraget perioden 2005 till 2020. Den visar tydligt att bidraget kommer att ligga på ungefär samma nivå i kronor räknat under hela perioden, samtidigt som befolkningen i riket väntas öka med ca 650 000 personer fram till år 2020.

Diagram 7 Utvecklingen av bidragsnivåerna i det kommunala utjämningssystemet landstingssektorn



SCB räknar utifrån systemets regler fram hur mycket varje landsting ska betala in till eller få ut från det kommunala utjämningssystemet. Summan av alla in- och utbetalningar blir det belopp som staten skulle behöva betala in till systemet för att skapa likvärdiga förutsättningar för att bedriva vård i hela landet. Detta belopp blir större och större för varje år framåt i tiden, vilket illustreras av de ljusa växande staplarna. I statsbudgeten görs dock andra fördelningar. För att inte staten ska behöva betala mer än planerat, tillämpas den s.k. *regleringsavgift*. Denna avgift debiteras alla landsting med ett lika stort belopp per invånare.

Regleringsavgiften blir under kommande år allt större, vilket de mörka staplarna under 0-linjen i diagram 7 tydligt visar. Den ”äter” därmed upp alltmer av utjämningsbidragen. Ju större regleringsavgiften blir, desto mindre omfördelande effekt får det kommunala utjämningssystemet. Att systemet i allt mindre omfattning omfördelar resurser mellan landstingen, samt från staten till landstingen, drabbar allra mest de landsting som är mest beroende av de kommunala utjämningsbidragen[1] för finansieringen av sin hälso- och sjukvård, däribland Region Jämtland Härjedalen.

Tabell 8. Bidrag från utjämningssystemet i kronor per invånare - Region Jämtland Härjedalen

Finansiering kr/invånare	Prognos 2017	Budget 2018	Plan 2019	Plan 2020
Inkomstutjämning	4 965	5 030	5 096	5 206
Kostnadsutjämning	393	391	431	442
Strukturbidrag	784	784	784	784
Regleringsavgift	-398	-477	-501	-553
Summa utjämningssystem per invånare	**5 744**	**5 728**	**5 811**	**5 879**

[1] Dessa har i regel lägre inkomster och högre kostnader även efter kompensation med utjämningsbidrag. Annars skulle regleringsavgiften drabba alla lika.

Tabell 9. Bidrag från utjämningssystemet i miljoner kronor - Region Jämtland Härjedalen

Finansiering (miljoner kronor)	Prognos 2017	Budget 2018	Plan 2019	Plan 2020
Utjämningssystem	**737**	**738**	**751**	**760**
varav				
Inkomstutjämning	637	648	658	673
Kostnadsutjämning	50	50	56	57
Strukturbidrag	101	101	101	101
Regleringsavgift	-51	-61	-65	-72
Förändring		1	12	10
Årlig procentuell förändring		0,2%	1,7%	1,3%

Beloppen i utjämningssystemet baseras på preliminära uppgifter enligt SKL:s prognos i april 2017. Det slutliga utfallet av utjämningen 2018 fastställs i december 2017.

I samband med vårbudgeten 2016 aviserade Regeringen ett nytt statsbidrag på 10 miljarder kronor, Välfärdsmiljarderna. Till landstingen fördelar regeringen 1,4 miljarder utifrån det specifika asyl-och flyktingmottagandet i länet och 0,9 miljarder fördelas utifrån länets befolkning. Denna del finns med i det kommunala utjämningssystemet. För Jämtland Härjedalen blev den slutliga fördelningen för 2017 28 respektive 11 miljoner kronor. För perioden 2018-2021 övergår bidraget från att i huvudsak fördelas via flyktingvariabler till att fördelas utifrån befolkning.

Diagram 8. Utvecklingen av de kommunala utjämningsbidragen för Region Jämtland Härjedalen



Förutom Välfärdsmiljarderna ingår ett antal andra generella statsbidrag i systemet för kommunalekonomisk utjämning. Inom dem regleras utökat eller minskat uppdrag mellan staten

och kommunsektorn enligt finansieringsprincipen. Finansieringsprincipen innebär att inga nya obligatoriska uppgifter från staten får införas utan medföljande finansiering. En reglering fördelas i kronor per invånare i den pris- och volymnivå som gäller när förändringen träder i kraft och gäller för hela landstingskollektivet. Någon reglering för enskilda landsting görs aldrig.

I budgetpropositionen 2016, och till viss del 2015, har följande ändringar gjorts som har inarbetats i denna plan.

		Kr/inv samt totalt belopp för Region Jämtland Härjedalen utifrån befolkningsprognos			**Effekter för Region Jämtland Härjedalen**
År		**2018**	**2019**	**2020**	
Välfärdsmiljarderna *Regeringen har i Budgetpropositionen anvisat 10 miljarder till kommuner och landsting från år 2017 för mer resurser i välfärden*	*Kr/inv*	89	147	203	*Generell ökning av bidraget*
	Totalt belopp	11 469 964	18 988 872	26 253 178	
Vaccin mot pandemisk influensa *Regeringen har gett Folkhälsomyndigheten ett uppdrag om att säkerställa tillgången vaccin vid en influensapandemi.*	*Kr/inv*	-6	-6	-6	*Generell minskning av bidraget*
	Totalt belopp	-773 256	-775 056	-775 956	
Glasögon för unga *Kompensation till landstingen för de kostnader som skyldigheten att erbjuda glasögon till barn och unga medför.*	*Kr/inv*	12	12	12	*Minskning av patientintäkter. Bidraget tillförs Regionstyrelsens budget.*
	Totalt belopp	1 546 512	1 550 112	1 551 912	
Avgiftsfri tandvård *Tandvård blir avgiftsfri för unga till och med 21 år från och med den 1 januari 2017, 22 år från och med den 1 januari 2018, och 23 år från och med den 1 januari 2019.*	*Kr/inv*	41	56	56	*Minskning av patientintäkter samt att bidrag från Försäkringskassan förvinner. Bidraget tillförs Vårdvalsnämndens budget.*
	Totalt belopp	5 283 916	7 233 856	7 242 256	
Avdrag för resor till och från arbetet	*Kr/inv*	-11	-10	-10	*Generell minskning av bidraget och ökning av skatteunderlaget.*
	Totalt belopp	-1 417 636	-1 291 760	-1 293 260	
Skatteavtal Sverige-Danmark *Reglering av vissa skattefrågor om hur länderna ska kompensera varandra för minskade skatteintäkter till följd av att pendlare mellan länderna beskattas i arbetslandet och inte i bosättningslandet.*	*Kr/inv*	-7	-7	-7	*Generell minskning av bidraget.*
	Totalt belopp	-902 132	-904 232	-905 282	
Förstärkning av sjukvården	*Kr/inv*	49	49	49	*Generell ökning av bidraget*
	Totalt belopp	6 314 924	6 329 624	6 336 974	
Mammografi *Avgiftsfrihet för kvinnor mellan 40 och 74 år.*	*Kr/inv*	20	20	20	*Minskning av patientintäkter. Bidraget tillförs Vårdvalsnämndens budget.*
	Totalt belopp	2 577 520	2 583 520	2 586 520	

Sänkt högkostnadsskydd för personer 85 år och äldre *Avgiftsfrihet inom öppen hälso-och sjukvård för personer 85 år och äldre.*	*Kr/inv* *Totalt belopp*	20 2 577 520	19 2 454 344	19 2 457 194	*Minskning av patientintäkter. Bidraget tillförs Regionstyrelsen och Vårdvalsnämndens budget.*

2.3 Nationella satsningar, riktade statsbidrag

Förutom de generella statsbidragen som staten ger till kommuner och landsting genom utjämningssystemet ger de även riktade statsbidrag. Riktade statsbidrag (specialdestinerade) är öronmärkta för ett visst ändamål. De betalas inte ut med automatik utan måste sökas efter särskilda rutiner, vilket innebär en ökad administration för kommuner och landsting. Satsningarna antas vara kostnadsneutrala och icke resultatpåverkande, därför budgeteras de inte.

Riktade statsbidrag	**Belopp**			**Effekter för Region Jämtland Härjedalen**
ÅR	**2018**	**2019**	**2020**	
Välfärdsmiljarden, fördelning enligt flyktingkvot[2]	28 187 694	20 130 000	12 080 000	
Bidrag till psykiatri	6 600 000	*Inget beslut*	*Inget beslut*	*Belopp under förutsättning att villkoren inte ändras*
varav ungdomsmottagningar	*1 600 000*			
En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess	15 700 000	*Inget beslut*	*Inget beslut*	*Potentiellt belopp om villkoren uppfylls*
Professionsmiljarden	12 000 000	*Inget beslut*	*Inget beslut*	*Belopp under förutsättning att villkoren inte ändras*
Kortare väntetider i cancervården	*Inget beslut*	*Inget beslut*	*Inget beslut*	*Tilldelning av medel baseras på om kraven som ställts uppfylls*
Kvinnors hälsa, förstärkning primärvården	1 500 000	*Inget beslut*	*Inget beslut*	*Belopp under förutsättning att villkoren inte ändras*
Kvinnosjukvård, förlossningsvård	4 800 000	*Inget beslut*	*Inget beslut*	*Belopp under förutsättning att villkoren inte ändras*
Jämlik cancervård	2 000 000	*Inget beslut*	*Inget beslut*	*Belopp under förutsättning att villkoren inte ändras*

[2] Dessa räknas med i resultaträkningen under *Generella statsbidrag* i resultatbudgeten.

2.4 Läkemedelsbidrag

För 2018 och framåt finns inget fastställt belopp på överenskommelse om läkemedelsbidraget mellan SKL och staten, därför budgeteras läkemedelsbidraget till Region Jämtland Härjedalen på samma nivå som överenskommits 2017.

Tabell 10. Läkemedelsbidrag - Region Jämtland Härjedalen

Finansiering (miljoner kronor)	Utfall 2016	Prognos 2017	Budget 2018	Plan 2019	Plan 2020
Läkemedelsbidrag	**318,0**	**343,0**	**343,0**	**343,0**	**343,0**

2.5 Finansnetto

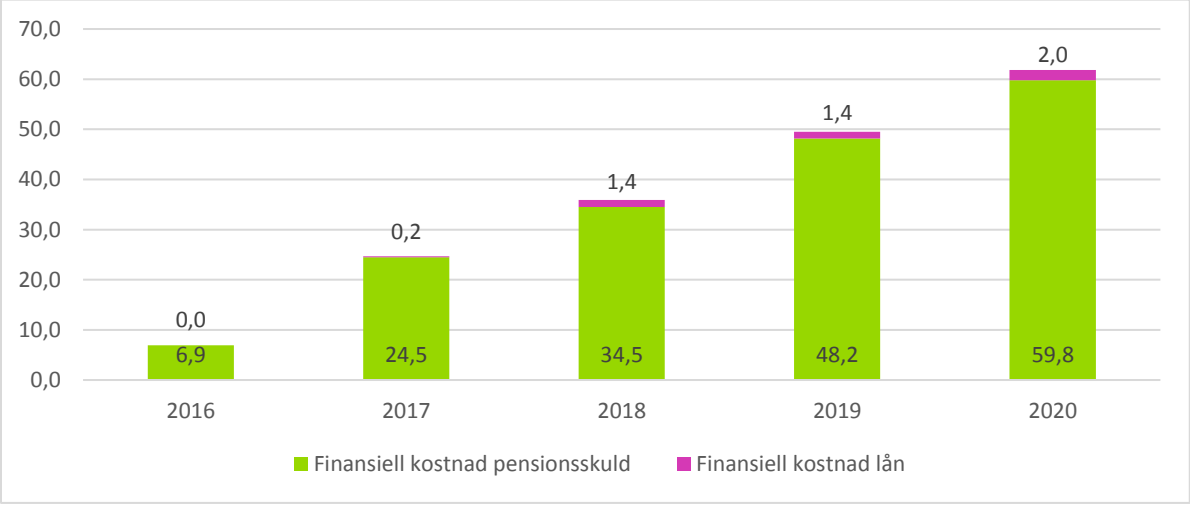
Den största delen av de finansiella kostnaderna i planen för 2018-2020 avser räntekostnader på pensionsskulden. Skandia lämnar prognoser om den finansiella kostnaden för intjänandedelen på pensionsskulden för respektive år. Den finansiella kostnaden för pensioner består av ränte- och basbeloppsuppräkningar. För 2018 beräknas den finansiella kostnaden för pensioner till 34,5 miljoner kronor. För 2019 och 2020 räknar Skandia med att de räntor som ligger till grund för pensionsberäkningarna stiger, varför den finansiella kostnaden 2019 blir 49,4 miljoner kronor och 63,2 miljoner kronor 2020.

Tabell 11 Utvecklingen av marknadsräntor enligt prognos från regeringen

Marknadsräntor enligt Regeringen, april 2017	2017	2018	2019	2020
10-årig statsobligationsränta	1,0%	1,7%	2,4%	3,0%
5-årig statsobligationsränta	0,3%	0,3%	0,3%	0,2%
6-mån statsskuldväxelränta	-0,6%	-0,2%	0,2%	0,8%

Vid beräkningarna har ränteprognosen i regeringens vårproposition använts. Om regeringens och Skandias prognos om stigande marknadsräntor infrias, kommer de finansiella kostnaderna att stiga kraftigt under planperioden.

Diagram 9 Prognos finansiella kostnader 2016-2020 Region Jämtland Härjedalen



Resten av finansnettot avser ränteintäkter på likvida medel samt avkastning på korta placeringar och pensionsplaceringar.

Realisationsvinster och förluster budgeteras inte.

2.6 Pensionskostnader

Enligt prognos från pensionsadministratören Skandia beräknas pensionskostnaderna öka kraftigt under kommande år och då framförallt under 2018.

Tabell 12. Pensionskostnader - Region Jämtland Härjedalen

	2018	2019	2020
Totala pensionskostnader	364	387	434
Årlig förändring	52	23	47
Årlig procentuell förändring	17%	6%	12%
Varav påverkningsbara pensionspremier inkl löneskatt	99	103	107

Förändringen kan till största del förklaras av högre pensionsavsättning. Orsaken är bland annat att pensionsutbetalningar ökar då fler valt att ta ut sin pension i förtid.
Av pensionskostnaderna är det endast en mer begränsad del av kostnaderna som går att minska genom åtgärder. Den del som skulle kunna sänkas något, rör varje års intjänade individuella pension som sedan betalas ut i mars året därpå. Vid en neddragning av personal, minskar dessa kostnader. Även en mindre del av ökningen av pensionsskulden i balansräkningen går att påverka, eftersom pensionsskulden ökar i relation till den del av medarbetarnas lön som överstiger 7,5 basbelopp. Den största delen av skulden består dock av tidigare års intjänade förmånspensioner. Som tabell 13 visar är det dock inte de påverkbara pensionskostnaderna som ökar mest.

Tabell 13. Pensionskostnader, detalj - Region Jämtland Härjedalen

	2018	2019	2020
Förändring av pensionsavsättning	74,7	72,6	92,6
Pensionsutbetalningar	110,8	117,2	122,5
Premier	80,1	83,0	86,1
Finansiell kostnad	27,8	38,8	48,1
Löneskatt	71,2	75,6	84,7
Summa kostnader	**364,5**	**387,2**	**434,1**

Tabell 14. Pensionsåtagande - Region Jämtland Härjedalen

	2018	2019	2020
Ansvarsförbindelse	1 632,7	1 590,4	1 553,0
Avsatt till pensioner	1 119,0	1 230,3	1 371,0
Upplupna kostnader	79,3	82,2	85,2
Löneskatt	686,8	704,2	730,1
Summa skuld	**3 517,7**	**3 607,1**	**3 739,3**

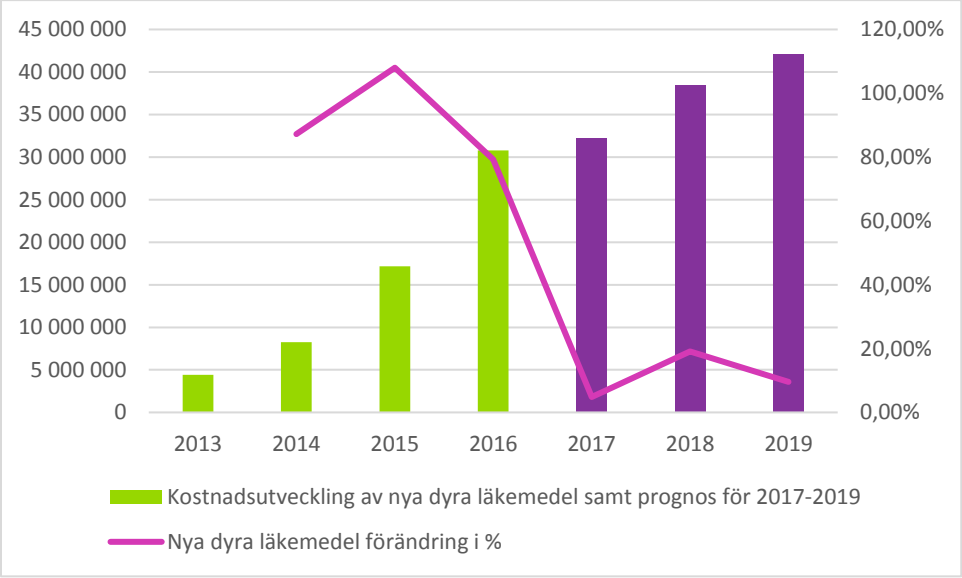
2.7 Läkemedelskostnader

Kostnaderna för alla läkemedel ökar i hela landet. Det beror dels på en allmän kostnadsökning av billiga vanligt förekommande läkemedel, ökad subvention av läkemedel (bland annat barn under 18 år och preventivmedel till kvinnor under 21 år) samt introduktionen av nya dyra läkemedel.

Region Jämtland Härjedalen har fortsatt bland de lägsta kostnader per invånare när det gäller läkemedel. Skillnaderna mellan landstingens kostnader per invånare jämnas dock ut allt mer på grund av fler nationella riktlinjer och strävan efter en jämlik vård i hela landet samt nationellt ordnat införande av nya dyra läkemedel.

Kostnaderna för nya dyra läkemedel fortsätter att stiga mycket snabbt. De flesta nya läkemedel som introduceras är så kallade biologiska läkemedel. De är komplicerade att framställa och får därmed ett högt pris på marknaden. Alla landsting/regioner samarbetar tillsammans med flertalet myndigheter och läkemedelsföretag för att snabbare introducera nya läkemedel i Sverige och dessutom uppnå en jämlik, kostnadseffektiv och ändamålsenlig användning. Den här processen och kostnaden kan inte regionen själv styra över, utan om ett nationellt beslut om införande har fattats, kommer den läkemedelskostnaden att belasta regionen.

Diagram 10 Kostnad för nya dyra läkemedel samt prognos för 2017-2019 Region Jämtland Härjedalen



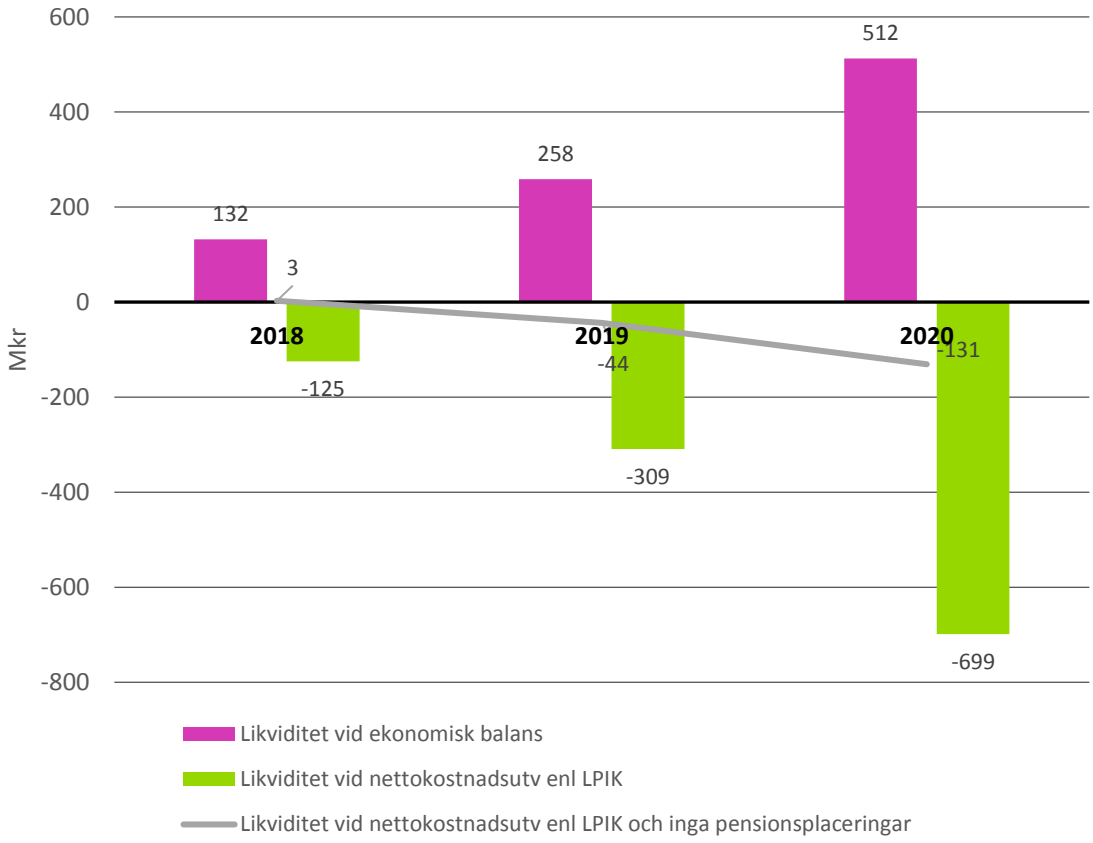
I prognosen ingår inte alla läkemedel som nu är på gång att introduceras, de flesta av dem mycket kostnadsdrivande, varför kostnadsökningen kan bli ännu större.

2.8 Likviditeten

Om regionen klarar att nå nollresultat under planperioden kommer upplåningsbehov bara att uppstå under 2018 för att finansiera investeringarna. I diagram 11 visas hur likviditeten skulle utvecklas vid olika scenarier:

- Om resultatet 2017 blir -170 miljoner kronor i enlighet med prognosen från april och nettokostnaderna i fortsättningen utvecklas i takt med landstingsprisindex inklusive läkemedel (LPIK), samt upplåningen 2017 går enligt plan, dvs. 100 miljoner kronor.
- Om samma antaganden som i föregående punkt gäller, men inga pensionsplaceringar[3] görs.
- Om Regionen uppnår ekonomisk balans, dvs. noll-resultat 2018, 2019 och 2020

Diagram 11 Utvecklingen av Regionens likviditet i ett scenario med fortsatta underskott och nettokostnadsutveckling enligt LPIK inkl läkemedel respektive med en ekonomi i balans.



I resultatbudgeten ingår att regionen ska fortsätta att arbeta med resultatförbättrande åtgärder för att förhindra att likviditeten utvecklas som staplarna under nollstrecket i diagram 11 visar.

[3] I planen ingår att sätta av medel för pensionsplaceringar motsvarande den årliga ökningen av pensionsskulden. Placerade belopp blir 127, 138 och 175 miljoner kronor åren 2018, 2019 och 2020.

2.9 Upplåningsbehov

Det teoretiska investeringstaket utgörs av summan av årets resultat och avskrivningar. Det innebär att om resultatet är negativt och underskottet är större än årets avskrivningar, finns egentligen inget utrymme för investeringar men vissa investeringar är helt nödvändiga för att Region Jämtland Härjedalen ska kunna bedriva en patientsäker hälso- och sjukvård. Mycket noggranna prioriteringar måste göras och det är därför viktigt att regionfullmäktige beslutar hur stora regionens totala investeringar ska vara.

Målet om en självfinansieringsgrad på minst 100 % har inte uppfyllts de senaste åren, det betyder att investeringsutgifterna har delfinansierats genom en minskning av likviditeten samt återlån från de anställdas pensionsavsättningar. För 2016 var självfinansieringsgraden negativ med -69 procent vilket kan förklaras av alla år med stora negativa resultat.

På grund av den ansträngda ekonomiska situationen uppstår ett upplåningsbehov för att finansiera de av fullmäktige beslutade investeringarna enligt tabellen nedan.

Tabell 15 Upplåningsbehov - Region Jämtland Härjedalen

Upplåningsbehov, miljoner kronor	2018	2019	2020
Investeringar, enligt bilaga 1	96	96	96
Cook and chill	77		
Ambulansflyg, KSA	8		
SUMMA UPPLÅNINGSBEHOV	181	96	96

2.10 Resultatförbättrande åtgärder

Region Jämtland Härjedalen arbetar kontinuerligt med att genomföra åtgärder för att nå en ekonomi i balans. Vid sidan om de handlingsplaner som varje område inom hälso-och sjukvården tagit fram, pågår det mer långsiktiga förändringsarbetet i ”Långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning 2015-2025”, även kallad ”LUP ekonomi”. Den första versionen togs fram 2014 och reviderades i juni 2015. Syftet med LUP ekonomi var att identifiera ett antal områden där strukturförändringar skulle kunna genomföras för att förbättra Region Jämtland Härjedalens ekonomiska resultat. På fem-sex års sikt, med växande intäkter, ska ekonomin kunna hamna i balans.
Planen innehåller 15 strukturpaket.

- Akutflöde
- Sjuktransporter
- Lokal/resursutnyttjande
- Primärvårdsstruktur
- Folktandsvårdsstruktur
- Administration
- Externa intäkter

- Färdigbehandlade på vårdavdelning
- Psykisk ohälsa
- Läkemedelshantering
- Hemtagning riks-och regionvård
- Samverkan med kommunerna
- Samverkan med landstinget Västernorrland
- Samarbete labverksamhet
- Minskad sjukskrivning

Den totala effekten på 2016 års resultat, efter 2 års genomförande av åtgärder, blev en förbättring med 71 miljoner kronor, vilket är 23 miljoner bättre än enligt plan. Tillsammans med områdenas handlingsplaner samt oförändrade priser för diagnostik, teknik och service, uppgick den totala förstärkningen av det ekonomiska resultatet till 131 miljoner kronor.

I mars 2016 tog Regionstyrelsen ett beslut om att alla enheter i organisationen skulle minska antalet arbetade timmar ner till 2013 års nivå, vilket motsvarar cirka 140 årsarbetare. Parallellt med detta ökade köp från bemanningsföretag kraftigt. För att lyckas på en ekonomi i balans är det därför helt avgörande att dessa kostnader snabbt minskar. Trenden med att ökade kostnader för inhyrd personal och beroendet av bemanningsföretag finns i hela landet och för att ta itu med detta startade alla landsting och regioner tillsammans med Sveriges kommuner och landsting (SKL) under 2016 ett projekt för att uppnå oberoende av bemanningsföretag senast 1/1 2019. Varje region/landsting ska ta fram en egen plan med åtgärder som kommer att genomföras och verkställas under 2017 och 2018. För Region Jämtland Härjedalen är det för 2017 fokus på att kraftigt reducera kostnader för köp av distriktsläkare och allmänsjuksköterskor. I mars 2017 omformulerades Regionstyrelsens beslut från att minska antalet arbetade timmar till att istället innebära en reducering av kostnaderna med 70 miljoner kronor. Första etappmålet för 2017 är en återgång till 2015 års nivå för köp från bemanningsföretag vilket innebär en kostnadsreducering på 49 miljoner kronor.

Inrättande av inköpsråd beräknas leda till 30 miljoner lägre kostnadsökningar under perioden 2017-2018.

Under 2016 gjordes en genomlysning av område ”Kirurgi, ögon och öron” av en extern konsultfirma. Rapporten som presenterades under hösten 2016 pekade på ett antal förbttningsområden. Målet är att under 2017 och påföljande år successivt nå nödvändiga besparingar som sammanlagt skall uppgå till 45 miljoner kronor.

Den 11/11 2015 genomfördes en workshop med alla chefter och flertalet läkare med medicinskt ledningsuppdrag, MLU, i Region Jämtland Härjedalen. Syftet var att beskriva det ekonomiska kärva läget och för att tillsammans ta fram åtgärdsförsöag för ytterliggare besparingsåtgärder. Dagen gav 5-600 lappar med förslag till åtgärder vilka soreterades under 3 kategorier, 1 – mycket pengar och/eller snabb effekt, 2 – effekt 2017 och bortåt och 3 – åtgärder som bedöms komplicerade att verkställa och svåra att beräkna effekterna av.

Sammanfattningsvis har en stor del av förslagen från den 11/11 2015 genomförts och för de övriga pågår arbeten. Prioriteringen under 2017 och framåt kommer därför att ligga på projektet Uppnå oberoende av bemanningsföretag och på att fortsätta arbetet med LUP ekonomi.

För att visa hur Region Jämtland Härjedalens resultat kan komma att utvecklas under planperioden och vilka åtgärder som krävs för att nå ekonomisk balans har följande beräkningar gjorts:

- Nettokostnaderna har räknats upp med de olika delarna i LPIK
- Intäkterna har räknats upp enligt SKLs prognos från april för skatteintäkter och generella statsbidrag
- För pensionskostnader används prognos från Skandia

Tabell 16 visar dels Region Jämtland Härjedalens resultaträkning, prognostiserad efter ovanstående punkter, men den visar även de resultatförbättrande åtgärderna som är under genomförande eller planeras för kommande år.

Tabell 16. Region Jämtland Härjedalens resultat 2018-2020 samt åtgärder och behov av ytterligare åtgärder för att nå en ekonomi i balans

Resultaträkning	Prognos 201704	2018	2019	2020
Verksamhetens intäkter	648	685	690	690
Verksamhetens kostnader	-4 606	-4 813	-4 948	-5 101
Avskrivningar	-123	-126	-120	-116
Verksamhetens nettokostnader	**-4 082**	**-4 254**	**-4 378**	**-4 527**
Skatteintäkter	2 823	2 916	3 004	3 088
Statsbidrag läkemedel	343	343	343	343
Generella statsbidrag, inkl. "Välfärdsmiljarderna"	761	763	767	769
Finansiella intäkter	9	12	2	2
Finansiella kostnader	-24	-36	-49	-62
Årets resultat	**-170**	**-257**	**-311**	**-387**
Åtgärder LUP ekonomi inkl höjning patientavgifter.	44	29	7	
Bemanningsprojekt	49	50	25	
Andra åtgärder för att minska personalkostnader	20			
Inrättande av inköpsråd	20	10		
OPUS 2020 (förändringsarbetet inom KÖÖ)	15	15	15	
Centraliserade inköp		5	5	
Samverkan med kommunerna administration och teknisk service alt. Outsoursing		2	2	2
Samverkan labmedicin i Norrland		3		
Samverkan sterilcentral med annan part		1	1	
Inprioritering driftbidrag Nationalmuseum norr, beslut finansplan 2016-2018		-0,5		
Inprioritering logopedtjänst		-0,5		
Inprioritering ST-läkare i primärvården		-7	-6	
Ytterligare åtgärder som krävs för att nå ekonomisk balans	**22**	**-20**	**5**	**74**
Summa resultatförbättrande åtgärder per år	**170**	**87**	**54**	**76**
Ackumulerad resultatförbättring efter åtgärder	**170**	**257**	**311**	**387**
Årets resultat efter åtgärder	**0**	**0**	**0**	**0**

Sammanställningen i tabell 16 visar att Regionen arbetar med åtgärder som ska leda till stora nedskärningar av kostnader och i viss mån höjningar av intäkter. Med hänsyn till den stora obalansen mellan intäkter och kostnader i utgångsläget, krävs dock ytterligare åtgärder under 2017 på 170 miljoner kronor. Ger alla planerade åtgärder full effekt under 2017 och 2018, kommer resultatet att vara positivt 2018 och 5 miljoner från balans år 2019. Till år 2020 behövs däremot ytterligare åtgärder på 74 miljoner kronor för att komma i ekonomisk balans. Sammanlagt för åren 2017-2020 behövs resultatförbättrande åtgärder på ca 390 miljoner kronor. I dessa beräkningar ingår inte prognostiserade kostnadsökningar för nya dyra läkemedel (beskrivna i avsnitt 2.7).

3 BUDGETRAMAR PER NÄMND SAMT FINANSIERING 2018-2020

I det här avsnittet redovisas hur Region Jämtland Härjedalens ekonomiska ramar fördelats mellan nämnder samt det investeringstak som gäller för regionen som helhet.

3.1 Ekonomimodell

De ekonomiska ramarna utgår från en skattesats som är 11,20 kronor. 2018-2020 års ekonomiska ramar har, förutom när det gäller läkemedels-kostnader i primärvården, räknats upp med 2,7 procent, vilket motsvarar Landstingsprisindex (LPIK inkl läkemedel) i SKL:s aprilprognos. Läkemedelskostnaderna i primärvården har inte räknats upp. Det är de *budgeterade* nettokostnaderna som räknas upp. Eftersom de verkliga nettokostnaderna efter 2016 låg 197 miljoner över de budgeterade, betyder det i praktiken att det krävs omfattande *minskningar* av kostnaderna för att de budgeterade nettokostnaderna ska nås.

Vid regionfullmäktige i juni fastställs finansplan med budgetramar per nämnd enligt tabell 18.

Under hösten pågår arbetet med att fördela budgetramar inom respektive nämnd. Inom nämnderna är ramuppräkningen differentierad avseende t ex lönekostnader, riks- och regionvård, läkemedel och övriga kostnader. I november beslutar respektive nämnd om fördelning av budgetram inom nämnden.

Vid fullmäktiges möte i november tas beslut om eventuella justeringar i finansplanen.

3.2 Utveckling av ny ekonomimodell med hjälp av KPP

Region Jämtland Härjedalen har under tre års tid lämnat underlag till den nationella KPP[4]-databasen avseende somatiskt vård. Införandet av vårdsystemet Cosmic förra året har medfört en temporär försämring av kodningskvaliteten. Anpassning pågår och avsikten är att börja använda KPP i större utsträckning, till att börja med för analyser. KPP-data har börjat tillämpas aktivt i regionens ekonomimodell och målsättningen är att KPP successivt ska ingå i regionens totala ekonomimodell och utgöra grund för resurstilldelning.

Det pågående förändringsarbetet (OPUS 2020) kommer inom områden ”Kirurgi, ögon och öron” att kompletteras med en pilotstudie i att utforma produktionsuppdrag för verksamheterna. Piloten kommer även att omfatta område ”Kvinna” samt eventuellt ytterligare ett till område och planeras att genomföras 2018.

[4] KPP = Kostnad Per Patient

3.3 Budgetramar

I tabell 17 beskrivs satsningar och behov där beslut tagits om eventuellt införande, avslag, hantering och eventuell finansiering.

Tabell 17. Speciella satsningar/ofinansierade behov/inprioriteringar etc

Nämnd (tkr)	Objekt	2018	2019	2020	ja/ nej	Finansiering
Region-styrelse	Otillräckligt omhändertagande av patienter med andningssvikt	800	800	800	Nej	Uppdrag om process-kartläggning och åt-gärdsförslag, klart 31/3-17, avvaktar re-sultat
Region-styrelse	Intermediärplatser neuro-strokeen-heten Skapa intermediärplatser för att kunna omhänderta akut svårt sjuka patienter med övervakningsutrus-ting samt resurs. Detta för att und-vika IVA-vård	1 800	1 800	1 800	Nej	Utredningsuppdrag krävs för bedömning av effekter på hel-heten vår-davd/IVA/HIA.
Region-styrelse	Patienter med akuta tillstånd i be-hov av ambulanstransport. Utöka ambulansresurser	2 800	2 800	2 800	Nej	Avvakta prehospitalt projekt som startar vå-ren 2017
Region-styrelse	Behov av anestesisjuksköterske-kompetens.	1 500	1 500	1 500	Nej	Beslut kräver en be-dömning av helhetsbil-den gällande postope-rativ vård, nattöppet UVA, intermediärvård och IVA-vård men även föreslagna inter-mediärvårdsplatser på stroke/neuroavdel-ningen
Region-styrelse	Patienter i behov av postoperativ vård och övervakning.	3 000	3 000	3 000	Nej	Beslut kräver en be-dömning av helhetsbil-den gällande postope-rativ vård, nattöppet UVA, intermediärvård och IVA-vård men även föreslagna inter-mediärvårdsplatser på stroke/neuroavdel-ningen
Region-styrelse	Postoperativ vård för "tyngre kirurgi"	1 200	1 200	1 200	Nej	Beslut kräver en be-dömning av helhetsbil-den gällande postope-rativ vård, nattöppet UVA, intermediärvård och IVA-vård men även föreslagna inter-mediärvårdsplatser på stroke/neuroavdel-ningen

Nämnd (tkr)	Objekt	2018	2019	2020	ja/ nej	Finansiering
Region-styrelse	Patienter i behov av postoperativ vård och övervakning				Nej	Beslut kräver en bedömning av helhetsbilden gällande postoperativ vård, nattöppet UVA, intermediärvård och IVA-vård men även föreslagna intermediärvårdsplatser på stroke/neuroavdelningen
Region-styrelse	Barn som far illa, psykosocialt, utsätts för övergrepp, misshandel, etc. 25 % tjänst	160	160	160	Nej	För tidigt att ta beslut, ytterligare utredning behövs. Kommunen har ett uppdrag.
Region-styrelse	Ökat behov av onkologisjuksköterska	600	600	600	Nej	Avvakta utredning OPUS 2020
Region-styrelse	Logopedtjänst, för barn med språksvårigheter som inte har stödet idag	500	500	500	Ja	Utökning av ram
Region-styrelse	Patienter i väntan på transplantation eller som är transplanterade - Fysisk träning/rehabilitering samt kostråd	300	300	300	Nej	Utredningsuppdrag krävs för bedömning av effekter på helheten
Region-styrelse	Patienter med KOL - Fysisk träning/rehabilitering	300	300	300	Nej	Uppdrag riktlinjer Astma-KOL behöver aktiveras innan beslut. Riktlinjer säger att slutenvård minskar
Region-styrelse	Könsdysfori	2 100	2 100	2 100	Nej	Utredning p.g.a. om det är en lönsam investering, både hemtagande från NUS och att ta emot patienter från andra landsting
Region-styrelse	Osteoporos patienter >75 år med kot- eller höftfraktur, läkemedelsbehandling	1 400	1 400	1 400	Ja	Under förutsättning att det kan göras inom befintlig ram
Region-styrelse	Extra lönesatsning sjuksköterskor	10 000	10 000	10 000	Ja	Under förutsättning att det kan göras inom befintlig ram
Regionala utvecklings-nämnden	Satsning på fler företag till regionen. Etableringsfrämjande projektet tar slut i juni 2018. Sedan behövs pengar till den funktionen.	950	1 800	1800	Ja	Under förutsättning att det kan göras inom befintlig ram
Regionala utvecklings-nämnden	Elbussprojektet. Projekt i linje med målet om fossilbränslefritt Jämtland Härjedalen. Totalkostnad 3000 tkr. Länstrafiken finansierar andra halvan.	1 500	1 500	1 500	Ja	Ska genomföras inom befintlig ram

Nämnd (tkr)	Objekt	2018	2019	2020	ja/ nej	Finansiering
Regionala utvecklings-nämnden	Norrtåg Enligt ingånget konsortialavtal ska Region Jämtland Härjedalen årligen betala 4300 tkr mer än vad som finns i förvaltningens ram. Kostnadsökningen beror dels på ny upphandling, och dels på minskad statlig medfinansiering 2017 klarades det genom återbetalning av vår del av tidigare överskott i bolaget.	4 300	4 300	4 300	Ja	Ska genomföras inom befintlig ram
Regionala utvecklings-nämnden	Länstrafiken Nytt avtal om länstrafiken från december 2018 Bolagisering av bussgods Intäktsminskning Norrlandsresan Ökade krav på arbetspendling				Ja	Ska genomföras inom befintlig ram
Regionala utvecklings-nämnden	Kulturbussen Mobilverksamhet - kulturbussen till mindre orter. Arvsfonden finansierar sista året 2017. Kan kopplas närmare kulturskolan i framtiden..	300	300	300	Ja	Under förutsättning att det kan göras inom befintlig ram
Regionala utvecklings-nämnden	Kulturskolesamordning Utredningen säger att staten tillskjuter 500 tkr för samordningsansvaret. Det kan betyda att vi måste skjuta till högst lika mycket.	300-500	300-500	300-500	Ja	Under förutsättning att det kan göras inom befintlig ram
Regionala utvecklings-nämnden	Statistik och analys, 1 tjänst	800	800	800	Ja	Förutsatt att det kan ske utan ramförstärkning. Hanteras av RUN i dialog med kommunerna
Regionala utvecklings-nämnden	Integration, samordning, 1 tjänst	800	800	800	Ja	Förutsatt att det kan ske utan ramförstärkning. Hanteras av RUN i dialog med kommunerna
Regionala utvecklings-nämnden	Kompetensförsörjning, 1 tjänst	800	800	800	Ja	Förutsatt att det kan ske utan ramförstärkning. Hanteras av RUN i dialog med kommunerna
Regionala utvecklings-nämnden	Demografi, 1 tjänst	800	800	800	Ja	Förutsatt att det kan ske utan ramförstärkning. Hanteras av RUN i dialog med kommunerna
Vårdvals-nämnden	Bemanning ST-läkare	7 000	13 000	13 000	Ja	Utökning av ram
Region-staben	Anpassning inför GDPR (dataskyddsförordningen), ny lag from 2018	500	500	500	Ja	Under förutsättning att det kan göras inom befintlig ram

Nämnd (tkr)	Objekt	2018	2019	2020	ja/ nej	Finansiering
Region-staben	Medicinskt bibliotek	230	130	130	Ja	Under förutsättning att det kan göras inom befintlig ram

Tabell 18. Budgetramar per nämnd samt finansiering

Budgetram enligt RF juni Miljoner kronor	Budget 2017	Budget 2018	Plan 2019	Plan 2020
Regionstyrelsen	2 604,4	2 690,1	2 764,8	2 833,9
Regionala utvecklingsnämnden	311,6	321,2	328,5	336,7
Vårdvalsnämnden	670,5	695,4	718,3	732,2
Revision	5,4	5,5	5,7	5,8
Patientnämnden	2,8	2,9	2,9	3,0
Förtroendevalda politiker	25,0	25,3	25,7	26,0
Finansförvaltningen	241,1	256,9	220,5	202,0
SUMMA BUDGETRAM	3 861	3997	4067	4140
FINANSIERING				
Skatteintäkter	2 841	2 916	3 004	3 088
Inkomstutjämning	618	648	658	673
Kostnadsutjämning	49	50	56	57
Regleringsavgift/bidrag	-62	-61	-65	-72
Reglering kommunerna LSS mm	-3	-4	-4	-4
Strukturbidrag	100	101	101	101
Nytt statsbidrag resursförstärkning	42	28	20	12
Läkemedelsbidrag	292	343	343	343
Finansiella intäkter	9	12	2	2
Finansiella kostnader	-25	-36	-49	-62
SUMMA FINANSIERING	3 861	3997	4067	4140
RESULTAT	0	0	0	0

3.4 Förändring budgetramar

Regionstyrelsen: Följande förändringar har gjorts i Regionstyrelsens anslag.

- 7,2 miljoner kronor samt 1,8 miljoner kronor omfördelas från Vårdvalsnämndens budget för privata vårdgivare (RS/1819/2016).
- 1 miljon kronor omfördelas från Finansförvaltningen för specialistmottagning ortopedi. (LS/71/2008).
- 1,2 miljoner kronor omfördelas från Vårdvalsnämndens budget för privata vårdgivare
- Generella statsbidrag har tillförts Regionstyrelsens anslag för år 2018 med 1,6 miljoner kronor för glasögonbidrag för unga, 0,8 miljoner kronor för sänkt högkostnadsskydd 85

år och äldre och 1,1 miljoner kronor för fria läkemedel för barn. Totalt 3,5 miljoner kronor. Totala beloppet för 2019 är 3,5 miljoner kronor och för 2020 3,6 miljoner kronor.
- Inprioritering 0,5 miljoner kronor avseende logopedtjänst.

Vårdvalsnämnden: Följande förändringar har gjorts i Vårdvalsnämndens anslag.
- 10,2 miljoner kronor har omfördelats till Regionstyrelsens budget för privata vårdgivare (RS/1819/2016)
- Generella statsbidrag har tillförts Regionstyrelsens anslag för år 2018 med 5,3 miljoner kronor för avgiftsfri tandvård, 2,6 miljoner kronor för avgiftsfri mammografi, 1,7 miljoner kronor för sänkt högkostnadsskydd 85 år och äldre och 4,9 miljoner kronor för fria läkemedel för barn. Totalt 14,5 miljoner kronor. Totala beloppet för 2019 är 16,7 miljoner kronor och för 2020 17 miljoner kronor.
- Inprioritering 13 miljoner kronor för bemanning ST-läkare i primärvården. 7 miljoner kronor tillförs 2018 års budget och 6 miljoner kronor till 2019 års budget.

Regionala utvecklingsnämnden: Följande förändringar har gjorts i Regionala utvecklingsnämndens anslag.
- 1,7 miljoner kronor i tillfällig budget 2018 avseende investeringsbidrag Nationalmuseum norr
- Inprioritering beslutad i finansplanen 2016-2018, 0,5 miljoner kronor i driftbidrag för Jamtli.

Revision: Budgetramen har räknats upp med LPIK inkl läkemedel

Patientnämnden: Budgetramen har räknats upp med LPIK inkl läkemedel

Förtroendevalda politiker: Budgetramen har räknats upp med LPIK inkl läkemedel exklusive de delar som avser arvoden.

Finansförvaltningen: Budgetramen förändras bland annat beroende på nya prognostiserade kostnader för pensioner samt med de omfördelningar som gjorts av budgetramar till andra nämnder.

3.5 Avkastningskrav

Inom regionstyrelsens verksamhet har Folktandvården ett avkastningskrav för 2018 på 4 miljoner kronor.

3.6 Investeringstak

För 2018 föreslås investeringstaket uppgå till 96 miljoner kronor. Investeringsvolymen fördelas på större utrustningsinvesteringar 32,6 miljoner kronor, mindre utrustningsinvesteringar 11,6 miljoner kronor och fastighetsinvesteringar 35 miljoner kronor. För oförutsedda behov av akuta ersättningsinvesteringar behålls en buffert på 16,8 miljoner kronor som Regionstyrelsen beslutar

om. Investeringsvolymen på 96 miljoner kronor ligger något lägre än budgeterade avskrivnings-kostnader. Det innebär en mycket återhållsam investeringsnivå.

Investeringarna beskrivs mer i detalj i bilaga 1 Investeringsplanen.

Utöver investeringsbudgeten finns ytterligare investeringsbehov under 2018 för Cook and chill på 77 miljoner kronor. Totala investeringsbeloppet uppgår därmed till 173 miljoner kronor år 2018.

Hjälpmedel hanteras enligt särskilda rutiner och ligger utanför investeringstaket. Budgeten för hjälpmedel är 14 miljoner kronor.

4 FINANSIELLA MÅL

I fullmäktiges uppgifter ingår enligt kommunallagen, 8 kap 5§, att för ekonomin ange de finansiella mål som är av betydelse för god ekonomisk hushållning. De målen preciseras i det här avsnittet.

4.1 Långsiktigt hållbar ekonomi

Under planperioden är målet en ekonomi i balans. För att uppnå det övergripande målet om en *långsiktig hållbar* ekonomi och för att kunna återställa det ackumulerade underskottet, krävs positiva ekonomiska resultat efter planperioden.

Mätetal	Mål för planperioden	Mål på längre sikt
Ekonomiskt resultat efter finansnetto som procentandel av verksamhetens budgeterade nettokostnader	0 %	2 %

4.2 Kostnadskontroll

God kostnadskontroll är viktigt för att uppnå god ekonomi. Därför sätts mål för hur stor nettokostnadsökningen maximalt får vara. Målet för nettokostnadsutvecklingen 2018 baseras på ett prognostiserat helårsresultat 2017 om -170 miljoner kronor[5]. Med detta underskott som utgångspunkt, måste nettokostnaderna 2018 således minska med ungefär 2 procent.

Mätetal	Budget 2018	Plan 2019	Plan 2020	Mål på längre sikt
Nettokostnadsutveckling jämfört föregående år	-2,07 %	1,73 %	1,80 %	Ej högre än ökningen av skatter och generella statsbidrag

4.3 Avtalstrohet

Ett verktyg för att begränsa nettokostnadsökningen är att i största möjliga mån göra inköp mot regionens upphandlade avtal. Avtalstroheten mäts som den andel av inköpen som skett mot upphandlade avtal.

Mätetal	Mål 2018	Mål 2019	Mål 2020	Mål på längre sikt
Avtalstrohet	92 %	95 %	95 %	Minst 95 %

[5] Prognos per tertialrapport april 2017.

4.4 Investeringstak

Region Jämtland Härjedalen ska prioritera investeringar som kan bidra till att visionen om en god hälsa och en positiv livsmiljö uppnås.

Regionfullmäktige ska fastställa ett tak för investeringar varje år.

Investeringstaket föreslås ligga på nedanstående nivåer:

Mätetal	Mål 2018	Mål 2019	Mål 2020	Mål på längre sikt
Investeringstak per år i miljoner kronor	96	96	96	Det teoretiska investeringstaket
Utökad investering 2018 p.g.a. Cook chill	77			
TOTAL INVESTERINGSTAK	173	96	96	

4.5 Självfinansieringsgrad investeringar

Det andra finansiella målet för investeringar avser självfinansieringsgraden[6]. På längre sikt bör de årliga investeringarna helt finansieras av skattemedel. En hög självfinansieringsgrad är önskvärd för att inte övervältra kostnader på kommande generationer och för att undvika räntekostnader för lån.

[6] Definition *självfinansieringsgrad*: Årets resultat + årets avskrivningar dividerat med årets investeringar minus försäljning av anläggningstillgångar.

5 RESULTAT-, BALANS- OCH FINANSIERINGSBUDGET

I det här avsnittet redovisas resultat-, balans- och finansieringsbudget.

5.1 Resultatbudget

Nedanstående resultatmål förutsätter nettokostnadsminskningar motsvarande ca 390 miljoner kronor i enlighet med vad som beskrivs i avsnitt 2.9.

Miljoner kronor	Resultat 2016	Budget 2017	Prognos 2017*	Budget 2018	Plan 2019	Plan 2020
Verksamhetens intäkter	736,3	646,5	647,5	685,0	690,0	690,0
Verksamhetens kostnader	-4 580,4	-4 384,9	-4 606,4	-4 556,8	-4 636,6	-4 714,3
Avskrivningar	-120,6	-122,6	-123,3	-125,7	-120,0	-115,6
Verksamhetens nettokostnader	**-3 964,8**	**-3 861,0**	**-4 082,1**	**-3 997,5**	**-4 066,6**	**-4 139,9**
Skatteintäkter	2 726,2	2 842,4	2 823,5	2 915,8	3 004,1	3 088,0
Statsbidrag läkemedel	318,2	292,0	342,9	342,9	342,9	342,9
Generella statsbidrag ***	719,1	742,5	761,3	762,6	767,0	768,6
Finansiella intäkter	11,7	9,2	9,2	12,0	2,0	2,0
Finansiella kostnader	-7,2	-25,2	-24,7	-35,8	-49,4	-61,6
Årets resultat	**-196,8**	**0,0**	**-170,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**

*** Prognos efter april 2017**

****) Generella statsbidrag**	**Prognos 2017**	**Budget 2018**	**Plan 2019**	**Plan 2020**
Inkomstutjämning	636,9	648,2	658,3	673,3
Kostnadsutjämning	50,4	50,4	55,7	57,2
Regleringsavgift/bidrag	-51,0	-61,4	-64,7	-71,5
Strukturbidrag	100,6	101,0	101,3	101,4
Statsbidrag "Välfärdsmiljarderna"	28,2	28,2	20,1	12,1
Överföring statsbidrag till kommunerna	-3,8	-3,8	-3,8	-3,8
Summa	**761,3**	**762,6**	**767,0**	**768,6**

Nettokostnadsutveckling	-2,07%	1,73%	1,80%

5.2 Balansbudget

I plan 2018-2020 förutsätts att avsättningar görs till pensionsportföljen motsvarande den årliga ökningen av pensionsskulden exklusive ansvarsförbindelsen för pensioner.

Miljoner kronor	Utfall 2016	Prognos 2017	Plan 2018	Plan 2019	Plan 2020
TILLGÅNGAR					
Anläggningstillgångar					
Immateriella tillgångar	13,7	9,5	6,3	4,2	2,8
Mark och byggnader och tekniska anläggningar	665,0	650,3	639,6	629,7	620,3
Maskiner och inventarier	254,8	246,4	230,6	218,7	209,8
Finansiella anläggningstillgångar	64,8	64,8	64,8	64,8	64,8
Långfristiga fordringar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Summa anläggningstillgångar	**998,3**	**971,0**	**941,3**	**917,3**	**897,7**
Omsättningstillgångar					
Förråd	14,5	14,5	14,5	14,5	14,5
Kortfristiga fordringar	211,8	211,8	211,8	211,8	211,8
Kortfristiga placeringar	468,3	545,3	672,7	811,0	985,9
Likvida medel	145,0	102,3	313,1	433,2	548,9
Summa omsättningstillgångar	**839,7**	**874,0**	**1212,2**	**1470,6**	**1761,1**
SUMMA TILLGÅNGAR	**1838,0**	**1845,0**	**2153,5**	**2387,9**	**2658,8**
EGET KAPITAL, AVSÄTTNINGAR OCH SKULDER					
Eget kapital					
Eget kapital	121,2	-75,7	-245,7	-245,6	-245,5
Årets resultat	-196,8	-170,0	0,1	0,1	0,1
Summa eget kapital	**-75,7**	**-245,7**	**-245,6**	**-245,5**	**-245,4**
Avsättningar					
Avsättning pensioner	954,5	1016,5	1119,0	1230,3	1371,0
Särskild löneskatt övriga avsättningar	231,6	246,6	271,5	298,5	332,6
Avsättning skatter	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Summa avsättningar	**1186,0**	**1263,1**	**1390,4**	**1528,7**	**1703,6**
Skulder					
Långfristiga skulder	9,5	109,5	290,5	386,5	482,5
Kortfristiga skulder	718,1	718,1	718,1	718,1	718,1
Summa skulder	**727,7**	**827,7**	**1008,7**	**1104,7**	**1200,7**
SUMMA EGET KAPITAL, AVSÄTTNINGAR OCH SKULDER	**1838,0**	**1845,0**	**2153,5**	**2387,9**	**2658,8**
Ansvarsförbindelse pensioner		1691,0	1632,7	1590,4	1553,0
Ansvarsförbindelse löneskatt		410,2	396,1	385,8	376,8

5.3 Finansieringsbudget

Köp av värdepapper avser placering i pensionsportfölj.

Miljoner kronor	Utfall 2016	Prognos 2017	Budget 2018	Plan 2019	Plan 2020
Tillförda medel					
Internt tillförda medel	-76,2	30,3	253,1	258,3	290,5
Förändring av kortfristiga placeringar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Förändringar av kortfristiga fordringar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Minskning av långfristiga fordringar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ökning av långfristiga skulder	0,0	100,0	181,0	96,0	96,0
Summa tillförda medel	**-76,2**	**130,3**	**434,1**	**354,3**	**386,5**
Använda medel					
Nettoinvesteringar	96,0	96,0	96,0	96,0	96,0
Köp av värdepapper	0,0	77,0	127,4	138,3	174,9
Minskning av långfristiga skulder	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Summa använda medel	**96,0**	**173,0**	**223,4**	**234,3**	**270,9**
Förändring likvida medel	**-172,2**	**-42,7**	**210,7**	**120,0**	**115,6**

	2016	2017	2018	2019	2020
Internt tillförda medel miljoner kronor.					
Årets resultat	-196,8	-170,0	0,0	0,0	0,0
Avskrivningar	120,6	123,3	125,7	120,0	115,6
Ökning pensionsskuld inkl räntekostnader	0,0	77,0	127,4	138,3	174,9
Summa	**-76,2**	**30,3**	**253,1**	**258,3**	**290,5**
pensionsskuld RIPS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ökning premieskuld LÖF	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Summa internt tillförda medel	**-76,2**	**30,3**	**253,1**	**258,3**	**290,5**

6 SAMMANFATTANDE SLUTSATSER

Under 2016 var Region Jämtland Härjedalens nettokostnadsutveckling (rensat för engångseffekter) 2,9 procent, vilket var betydligt bättre än 2015. Trots detta är ekonomin fortfarande mycket ansträngd och står sig prognosen efter april 2017 kommer det ackumulerade underskottet att återställa enligt balanskravet att uppgå till 941 miljoner kronor inför 2018. I första steget ligger fokus på att få en stabil ekonomi i balans genom arbetet kring resultatförbättrande åtgärder innan balanskravet kan införlivas.

Enligt SKL kommer skatteunderlagets utveckling 2018-2020 bli betydligt svagare allt eftersom konjunkturen utvecklas i lugnare takt. En snabb befolkningsökning, främst bland barn och till viss del äldre, kommer att innebära en kostnadsutveckling högre än normalt. Det i kombination med att skatteunderlaget har en normal, eller till och med långsammare, utveckling medför att landstingssektorn måste hålla tillbaka kostnadsökningar för att motverka gapet mellan intäkter och kostnader.

Tabell 19 visar på gapet som kan uppstå ifall de budgeterade kostnaderna utvecklas enligt LPIK och skatteunderlaget håller den prognos som presenterades i april 2017.

Tabell 19. Jämförelse av intäktsökning med nettokostnadsökningar enl. LPIK inkl läkemedel samt förändring av finansnetto under planperioden

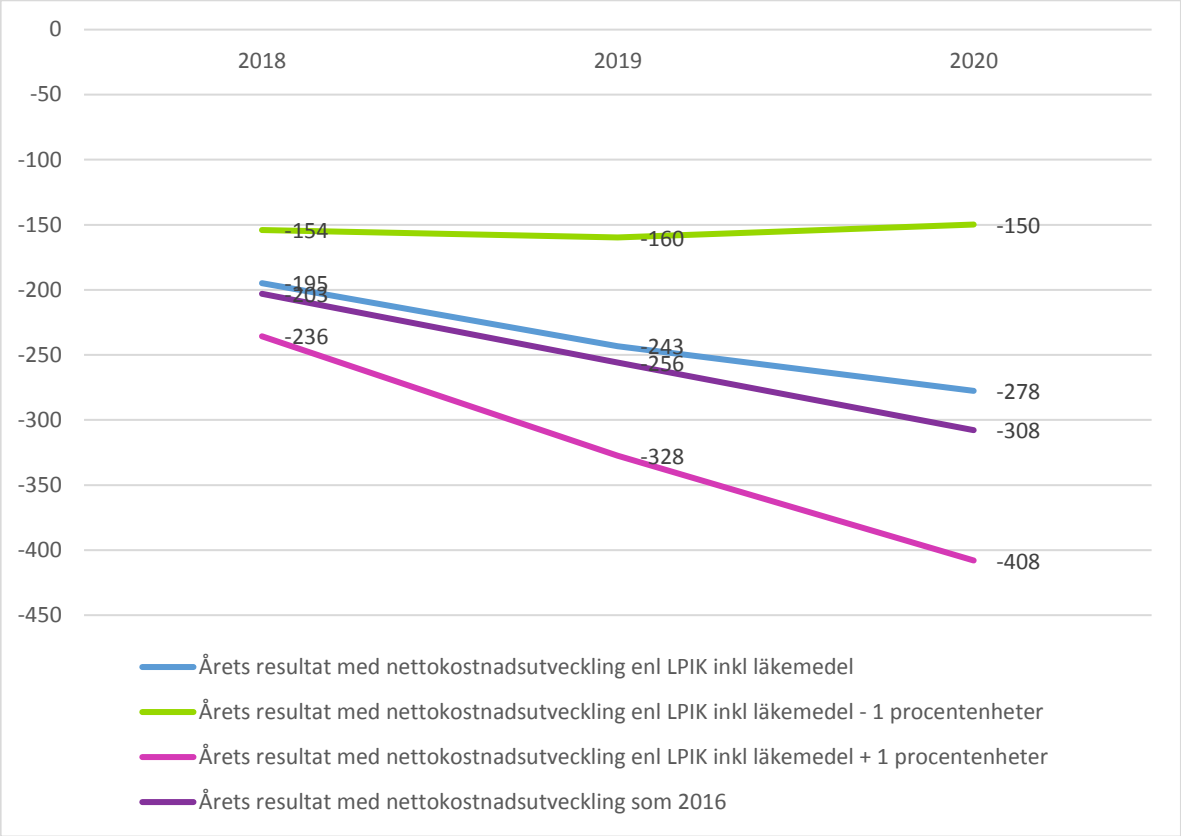
Miljoner kronor	Plan 2018	Plan 2019	Plan 2020
Förändring verksamhetens nettokostnader enl LPIK inkl läkemedel	104,2	111,0	101,9
Ökning finansnetto	7,9	23,6	12,2
Summa behov av intäktsökningar	**112,1**	**134,6**	**114,1**
Ökning av skatteintäkter	73,4	88,3	83,9
Förändring av utjämningbidrag och läkemedelsbidrag	71	4,3	1,6
Summa ökning intäkter	**144,4**	**92,6**	**85,5**
Differens mellan faktiska intäkter och behov av intäkter	**32,3**	**-42,1**	**-28,6**
Ackumulerat gap	**32,3**	**-9,7**	**-38,3**

Resultatet blir att intäkterna ökar mer än kostnaderna under 2018 medan ett negativt gap uppstår för åren 2019 och 2020.

Under planperioden består en del av kostnadsökningen av kraftigt stigande pensionskostnader. En stor del av dessa kostnader rör tidigare intjänade pensioner och är därför inte påverkningsbara. Samtidigt planar intäktsökningen ut till en nivå runt 2,5 % per år och regleringsavgiften per invånare höjs.

Förutom stora kostnadssänkningar är det viktigt att nettokostnadsutvecklingen blir betydligt långsammare än tidigare år, annars kommer Region Jämtland Härjedalen snart att visa ett negativt resultat igen. Diagram 12 visar hur nettokostnadsutvecklingen ger effekt på resultatet under planperioden. Som utgångspunkt har det prognostiserade resultatet i april 2017 använts.

Diagram 12. Jämförelse av resultatutveckling med olika nivåer på nettokostnadsutveckling

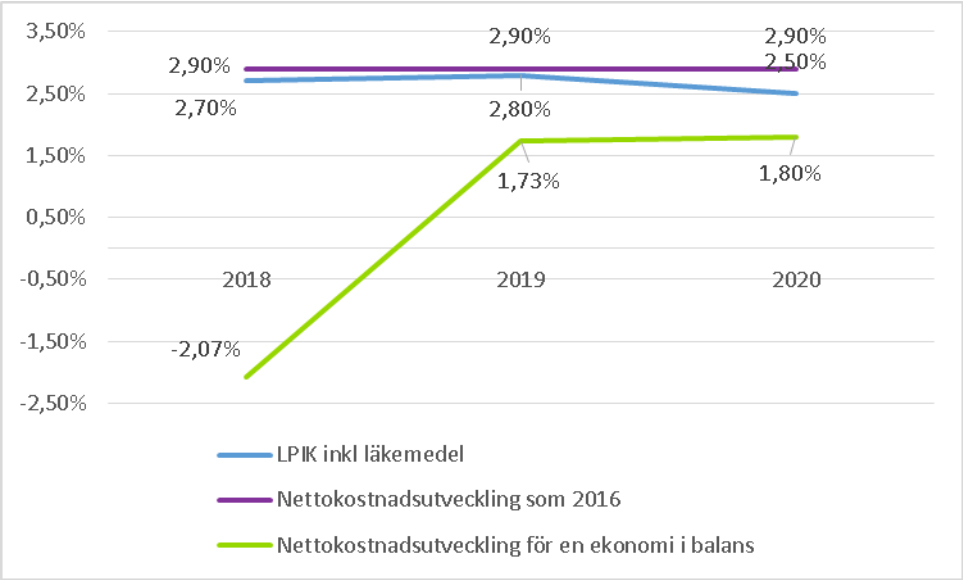


	2018	2019	2020
LPIK inkl läkemedel	2,70%	2,80%	2,50%
LPIK inkl läkemedel - 1 procentenheter	1,70%	1,80%	1,50%
LPIK inkl läkemedel + 1 procentenheter	3,70%	3,80%	3,50%
Nettokostnadsutveckling som 2016	2,90%	2,90%	2,90%

Efter tre år uppstår en skillnad på nära 260 miljoner kronor mellan scenariot där nettokostnaderna växer i en takt som är en procentenhet lägre än LPIK och en procentenhet högre än LPIK.

Diagram 13 visar en jämförelse mellan den nettokostnadsutveckling Region Jämtland Härjedalen kan ha under följande år för att hålla en ekonomi i balans, LPIK inkl läkemedel samt den nettokostnadsutveckling som var under 2016.

Diagram 13. Nettokostnadsutveckling i tre olika scenarier, samma som 2016, enligt LPIK och den acceptabla för en ekonomi i balans



För att Region Jämtland Härjedalen ska kunna hålla en ekonomi i balans under planperioden krävs att nettokostnadsutvecklingen är betydligt lägre än både LPIK och den nettokostnadsutveckling som hölls under 2016.

7 BILAGOR

7.1 Bilaga 1 Investeringsbudget 2018

Investering tkr				
Inventarier/Med. tekn. utrustning/ fastighetsinv. plan 2018	**Område**	**Ny- eller Re-investering**	**Belopp**	**Kommentarer**
Inventarier över 250 000				
Uppgradering/investering befintlig övervakning neonatal	Barn och Ungdomsmedicin	Re	2 350	Flertalet av de barn som vårdas på neonatalavdelningen har en kontinuerlig övervakning. En klient till barnavdelning 108 för deras övervakningsfunktionalitet är tillika kopplad till denna övervakning. Efter dialog med ansvariga på MTA framkommer att befintlig central övervakningssystem ej längre kan garanteras drift då leverantören ej kan garantera detta längre p.g.a. vårt gamla system.
300IR lab (Ombyggnationskostnader ligger i den totala kostnaden)	Diagnostik Teknik Service	Re	12 000	Befintlig röntgenutrustning GE innova 3100 IQ är av äldre modell som saknar brusreducerande och bildförbättrande mjukvara vilket är nödvändigt för att minska stråldoser till patient och personal
Pletysmograf	Diagnostik Teknik Service	Re	550	Ligger i befintlig plan 2017. Finns inga reservdelar, mkt begränsad MTA kompetens. Hemmabygge från 1988
Pipitteringsrobot	Diagnostik Teknik Service	Ny	300	Pipittering av agens för ett bättre och jämnare resultat. Utvecklingssteg inom mikrobiologin
Hjälpmedelsbussar, 2 st.	Diagnostik Teknik Service	Re	800	Leverans av hjälpmedel och teknikservice
1 Akutbarnbord	Kvinna	Ny	400	Komplettering av ytterligare ett akutbord för vård av nyfödda barn i behov av akutvård på förlossningen
2 Ultraljuds-apparater à 370 tkr	Kvinna	Re	740	Används i princip vid samtliga patient undersökningar vid gynmottagningen. Dessa två apparater ger nu betydligt sämre bild och behöver bytas ut med det snaraste
Fordon + utrustning	Akuten	Re	6 840	Ambulansuppdrag
Respirator	Akuten	Re	530	Andningshjälp

Kontorsinredning Medicinenheten	Hud, infektion och medicin	Ny	500	Verksamhet
Övervakningsutrustning. Skapa Intermediärrum Strokeenheten.	Hjärta Neurologi Rehabilitering	Ny	300 *varav 100 i ombyggnad*	Patientvård. Bättre övervakning av svårt sjuka patienter. Tidsbesparande
Operationsbord för genomlysning	Akuten	Ny	1 000	Operationsbord/ traumabord med möjlighet att kombinera öppna och endovaskulära operationsmetoder
Operationsbord	Specialistvård Campus	Ny	330	Mobilt operationsbord (med pelare) och axeltillsats för möjlighet att bedriva operationer. Operationsal 2 Campus
Anestesiapparat	Specialistvård Campus	Ny	400	Möjlighet att söva vid operationer. Operationsal 2 Campus
Sammanhållen investering -Unit/behandlingsstol 4 st -Intraoral röntgen 4 st -Diskdesinfektor 1 st -Diskutrustning för vinkelstycken 1 st	Folktandvården	Ny	1 200	Tandvårdsbehandlingar. Röntgen för tandvårdsundersökning, diagnostisering
Endoskop	Kirurgi, ögon och öron	Re	1 220	Basutrustning för att kunna genomföra undersökningar av tarmar, magsäck, matstrupe och gallgångar
IOL Master (Har prioriterats som prio 1 av IR)	Kirurgi, ögon och öron	Re	400	Basinstrument för beräkning av linsstyrka som görs i samband med kataraktoperationer. Nödvändig inför kataraktoperation
Total stapel (videoprocessor, ljuskälla, monitor och vagn)	Kirurgi, ögon och öron	Re	595	Basutrusning för att kunna använda alla endoskop som finns på enheten. Ökar flexibiliteten enormt mot idag då vi ej kan genomföra vissa undersökningar på 1 rum p.g.a. för gammal utrustning
ISE licenser	Regionstaben		700	Används för att stärka IT-säkerheten och motståndskraft mot skadlig kod och virus
SAN datalagring årlig tillväxt	Regionstaben	Ny	1 000	Lagringsbehoven är helt beroende av verksamhetens digitala utveckling
Utbyte/anskaffning övriga servrar	Regionstaben	Re	400	Normala utbyten och nyanskaffningar av servrar utifrån behov som verksamheten löpande har och därmed kravställer från infrastrukturen
Summa			**32 555**	

Investeringar under 250 tkr (potter)				
	Diagnostik Teknik Service		3 000	
	Barn och Ungdomsmedicin		700	
	Akutvård		2 200	
	Cop Klinikgemensamt		80	
	Tandvården		200	
	Hjärta, neurologi och rehabilitering		200	
	Hud, infektion och medicin		850	
	Kvinna		200	
	Primärvård		2 200	
	Kirurgi, ögon och öron		1 000	
	Ortoped		300	
	Barn och unga vuxna		150	
	Psykiatri		150	
	Regionstaben		150	
	Regional Utvecklingsförvaltning		270	
Summa potter			**11 650**	
Fastighetsinvesteringsplan				
Psykiatri			3 000	Anpassning av utemiljövistels samt delning lokalerna för vård av barn och vuxna med anledning av ny lagstiftning. 1 miljon avsatt i 2016 års investeringsplan
Tillgänglighetsanpassningar			200	Kontinuerlig tillgänglighetsanpassningar av vårt fastighetsbestånd
Energiåtgärder			2 000	Större investeringar som syftar till att minska energikostnader för landstinget (belysning, vent, klimatskal). Viktigt för att klara energimålen. Ombyggnad av fjärrvärmeinstallationen för att sänka effektuttagen
Onkologen			2 000	Anpassningar för att öka antalet behandlingsplatser på plan 12
Ombyggnad plan 6 mm			20 000	Ombyggnad av lokaler för kirurgi och ortopedmottagning, rygg och handterapi i anslutning (hus 10 pl 6)

Akuten			3 000	Ombyggnad för bättre överblick och ökad säkerhet vid "torget" samt reception, traumarum utökad
Plan 8			3 000	Anpassning av lokalen för färre inneliggande patienter och ökad dagvård och ett helt nytt arbetsätt. Ombyggnad av två avdelningar till en verksamhet
Ambulansverksamhet			1 500	Anpassning av lokaler i Strömsund, uppsagda från nuvarande lokal
Övrigt			300	
Summa fastighetsinvesteringar			**35 000**	
Pott till Regionstyrelsens förfogande				
	Diagnostik Teknik Service		1 000	Utbyte av befintligt larmsystem, finns inga reservdelar på marknaden
	Diagnostik Teknik Service		2 500	Uppgradering av patientsignalsystemen 95 och 96
	Psykiatri		1 500	Utbyte av befintligt larmsystem, finns inga reservdelar på marknaden
	Akuten		3 000	Integrering av ambulansjournal
	Kirurgi, ögon och öron		850	Diagnostiskt verktyg kopplat till nya behandlingsmöjligheter för keratokonuspatienter behövs för ST-läkarnas utbildning och uppfyllnad av målbeskrivning
Summa			**8 850**	
Pott för akuta investeringar			**7 945**	Buffert för oförutsedda händelser, beslutas av regiondirektören.
Total investeringsbudget 2018			**96 000**	

7.2 Bilaga 2 Avgifter och taxor

För ytterligare information om avgifter hänvisas till Region Jämtland Härjedalens avgiftshandbok.

Öppenvård

Enhetstaxa 300 kr

Vårdbesök oavsett vårdgivarkategori	300 kr
Gruppbesök och teambesök	300 kr
Besök via distansöverbryggande teknik	300 kr
Ambulanstransport (ingår inte i högkostnadsskyddet) - Högst 10 resor på år debiteras	300 kr
Laboratoriemedicin hälsokontroll (ingår inte i högkostnadsskyddet)	300 kr
Nödvändig tandvård	300 kr
Debitering uteblivna besök, även avgiftsfria (ingår inte i högkostnadsskyddet). - Ungdomsmottagningen, patienter under 18 år, undantaget	300 kr

Undantag från enhetstaxa

Vårdbesök på jourtid och på akutmottagning (0 kr med remiss)	400 kr
Hälsoskolor, hela utbildningen	300 kr
Screening/riktade hälsokontroller (ingår inte i högkostnadsskyddet) - Gynekologiskt cellprov och aortascreening	150 kr
Receptförnyelse per telefon/elektroniskt	150 kr

Ingen avgift

Egenprovtagning virtuella hälsorum (under en prövotid t o m 2018-03-31)	0 kr
Barn och unga under 18 år Inom Ungdomspsykiatriska mottagningen (UPM) och Ungdomsmottagningen är det avgiftsfritt för barn och ungdomar under 23 år.	0 kr
Laboratoriemedicin på grund av sjukdom	0 kr
Röntgen, fysiologen och nuklearmedicin	0 kr
Oplanerade återbesök pga. försämrat tillstånd inom 24 timmar	0 kr
Antabusdelning	0 kr
Dosettdelning	0 kr
Första besöket i specialistvården efter akut remiss från primärvården	0 kr
Avbokning akut tid	0 kr

Högkostnadsskydd öppenvård pga sjukdom

Högkostnadsskydd - tak för patientavgift under 12-månadersperiod (för högkostnadsgrundande avgifter)	1 100 kr

Intyg och hälsokontroller

Intyg och vissa hälsokontroller debiteras enligt följande gruppnivåer. För vissa intyg tillkommer moms.

Grupp 1	0 kr
Grupp 2	300 kr
Grupp 3 Timtaxa	500 kr
Grupp 4 Timtaxa	1 000 kr

Vaccinationer

Grundavgift Tillkommer vaccin enligt prislista	300 kr Varie-rar
Resevaccination som ovan med tillägg för hanteringskostnad per vaccin	100 kr
Säsongsinfluensa totalkostnad normal taxa	130 kr
Säsongsinfluensa totalkostnad över 65 år m fl. undantag	65 kr

Slutenvård – inlagd på sjukhus

0-17 år	0 kr
18 år och äldre	100 kr
Patienthotell för anhöriga	585 kr +moms
Högkostnadsskydd, tak per 30-dagarsperiod	2400 kr

Hjälpmedel

Besöksavgift	300 kr
Hörapparat inkl. besök	500 kr
Övriga hörselhjälpmedel, synhjälpmedel, ortopedtekniska hjälpmedel	Se avgifts-handbok
Övriga hjälpmedel via Hjälpmedelscentralen	Varierar

Sjukresor

Ersättning ges för billigaste färdsätt med hänsyn till patientens medicinska tillstånd.

Egenavgift	100 kr
Högkostnadsskydd, tak för egenavgift under 12-månadersperiod	1 600 kr

7.3 Bilaga 3 Regionens engagemang i bolag, stiftelser och förbund

Region Jämtland Härjedalens verksamhet kan bedrivas i annan form än inom förvaltningsorganisationen om medborgarnyttan bedöms bli högre än om verksamheten drivits inom den egna organisationen. Samverkan med andra kan ibland vara ett alternativ. Arbetet med koncernfrågorna inom regionen utgår från den policy om ägarstyrning som antogs av landstingsfullmäktige i april 2006.

När Region Jämtland Härjedalen använder sig av begreppet ”koncernen” avses regionens verksamhet, hel- eller delägda aktiebolag, stiftelser där regionen är engagerat, bostadsrättsföreningar, kommunalförbund, finansiella samordningsförbund och gemensamma nämnder. I koncernredovisningen inkluderas företag där regionen utövar väsentligt inflytande. Med väsentligt inflytande menas att regionen har en röstandel motsvarande minst 20 procent eller tillsätter minst 20 procent av styrelseledamöterna.

Koncernen 2018

Bolag	
Landstingsbostäder i Jämtland AB	Helägt bolag, 100 procent.
Vattenbrukcentrum Norr AB	Delägt bolag, 20 procent.
Almi Företagspartner Mitt AB	Delägt bolag, 24,5 procent.
Torsta AB	Delägt bolag, 40 procent.
Länstrafiken i Jämtlands län AB	Helägt bolag, 100 procent.
Norrtåg AB	Delägt bolag, 25 procent.
Stiftelser	
Stiftelsen Jamtli	Det regionala basbidraget till stiftelsens drift ersätts med, 65% av Region Jämtland Härjedalen och 35% av Östersunds kommun, vilket utgör ca 30% av stiftelsens ekonomiska årsomsättning. Andel av stiftelsekapital 33 procent.
Stiftelsen Zenit	Jämtkraft AB:s stiftelse för forskning, Östersunds kommun, Mittuniversitetet och Region Jämtland Härjedalen. Regionen har ingen andel av stiftelsekapitalet.
Bostadsrättsföreningar	
Bostadsrättsföreningen Åkerärtan	Region Jämtland Härjedalens andel 64 procent av andelskapitalet
Bostadsrättsföreningen Lugnviks centrum	Region Jämtland Härjedalens andel 10 procent
Bostadsrättsföreningen Torvalla centrum	Region Jämtland Härjedalens andel 16 procent
Övrigt	
Kommunalförbund och finansiellt samordningsförbund	Norrlandstingens regionförbund (medlemmar är de fyra norrlandstingen). Årsavgift utifrån invånarantal, ca 14 procent. Finansiellt samordningsförbund syftar till att ge förbundsmedlemmarnas aktörer (kommuner i Jämtlands län, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen samt Region Jämtland Härjedalen) bättre möjligheter att samordna och prioritera gemensamma insatser. Andel 25 procent. Bidrag 1 500 tkr per år.
Gemensamma nämnder	Gemensam nämnd för upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter (Region Jämtland Härjedalen och alla kommuner i länet) Närvård Frostviken (Strömsunds kommun och Region Jämtland Härjedalen)
Norrlands nätverk för musikteater och dans	Kommunalförbund tillsammans med övriga tre norrlandsting. Regionens andel 25 procent av en samordnartjänst i Umeå (200 tkr per år). Kommunalförbundet får statsbidrag 10 300 tkr per år (2014). Regionens andel varierar lite över tid. Regionen går in med pengar för egen del av samarbetet, vilket uppgick till 2 400 tkr 2015.
Folkets hus Östersund	Medlemskap övertaget från Kommunförbundet.

7.4 Bilaga 4: Ordlista och förkortningar

Anläggningstillgång/omsättningstillgång

Ett landsting har två sorters tillgångar: anläggningstillgångar och omsättningstillgångar.

Anläggningstillgångar är avsedda att användas eller ägas av verksamheten under längre tid. Dessa kan delas in i:

- materiella – till exempel maskiner, inventarier och fastigheter
- finansiella– till exempel aktier i dotterbolag
- immateriella– till exempel goodwill, patent- och licensrättigheter.

Motsatsen är omsättningstillgångar. Dessa är avsedda att på kort sikt säljas, förbrukas eller på annat sätt omsättas i verksamheten. Exempelvis likvida medel (pengar), varor i lager eller fordringar på kunder och leverantörer.

Avsättning
En skuld som är oklar när det gäller beloppet eller vid vilken tidpunkt den förfaller. En avsättning ska redovisas i balansräkningen om företaget förväntar sig en händelse där det är troligt att det kommer krävas resurser för att klara av åtagandet – och att företaget kan göra en uppskattning av det beloppet. Ett exempel på avsättning är kostnaden för pensioner.

Eget kapital
Värdet av ett företags tillgångar med avdrag för skulder och avsättningar. Om regionens resultat är positivt (överskott) ökar det egna kapitalet, medan ett negativt resultat (underskott) minskar det egna kapitalet.

IB (Ingående balans)
Det sammanlagda värdet av organisationens tillgångar, skulder och eget kapital vid årets början.

Investering
Inköp av anläggningstillgångar (till exempel fastigheter, utrustning eller maskiner) som är tänkta att användas inom organisationen i över tre år och har inköpsvärde på minimum ett halvt basbelopp.

Regionkoncernen
Region Jämtland Härjedalen med dess förvaltning samt de aktiebolag, ekonomiska föreningar och stiftelser där regionen har ett väsentligt inflytande.

Likvida medel
Organisationens penningtillgodohavanden i kontanter: kassa, postgiro, bank och bankgiro men även utländska sedlar och erhållna checkar.

LPIK
Prisindex med kvalitetsjusterade löner för landsting. Indexet används som underlag vid beräkningen av kostnaderna för löne- och prisutvecklingen i fasta löner och priser.

Nettoinvestering
Årets investeringsutgifter efter avdrag för årets försäljning och utrangering.

Nettokostnad

Verksamhetens intäkter (avgifter och ersättningar) minus verksamhetens kostnader (personal, material, tjänster och avskrivningar). Nettokostnaden finansieras med skatter och generella statsbidrag.

Resultat
Skillnaden mellan intäkter och kostnader under en viss period.

Resultaträkning
Uppställning som visar hur vinsten eller förlusten för perioden har uppkommit.

Skuld
Åtagande att i framtiden betala eller på annat sätt fullgöra en ekonomisk förpliktelse till någon utomstående. Skulder som förfaller till betalning inom ett år benämns kortfristiga, övriga långfristiga.

46

Regler för planering och uppföljning av Region Jämtland Härjedalens styrmodell

RS/101/2015

2017-05-23

Samordningskansliet
Sandra Hedman
Tfn: 063-147509
E-post: sandra.hedman@regionjh.se

RS/101/2015

Regler för planering och uppföljning av Region Jämtland Härjedalens styrmodell

Ärendebeskrivning

I Region Jämtland Härjedalen arbetar politiker och tjänstemän efter en gemensam styrmodell. Det innebär att det finns en enhetlig, systematisk och tydlig struktur för hur Region Jämtland Härjedalens verksamheter ska styras och följas upp. Nuvarande styrmodell utgår från den modell som utvecklades under 2013 men har sedan dess justerats och anpassats efter verksamhetens nya förutsättningar. Styrmodellen regleras i de av fullmäktige fastställda reglerna för planering och uppföljning. Senaste versionen av reglerna fastställdes av fullmäktige den 19 oktober 2016, § 143.

Sedan regionens styrmodell infördes 2013 har störst fokus varit på att kartlägga och tydliggöra planeringsprocessen. Det har därefter funnits behov av att utveckla en mer tydlig struktur även för uppföljningsprocessen. I januari 2017 initierades därför ett arbete med att klargöra hur uppföljningen ska gå till, vilka dokument och mallar som ska finnas, vad som ska följas upp, vilka som gör vad samt vilka system som ska hantera uppföljningen. Arbetet har resulterat i en revidering av reglerna för styrmodellen.

Grundprincipen för uppföljningsprocessen är att uppföljning av mål, verksamhet, resultat och ekonomi sker på verksamhetens alla nivåer. Liksom för planeringen ska det finnas en röd tråd genom hela processen. På övergripande nivå knyts uppföljningen från verksamheterna ihop och summeras. Resultatet av all uppföljning ska sedan återföras till verksamheten och vid behov ska åtgärder genomföras. Genom den nya modellen för uppföljningen kommer också fullmäktiges strategiska mål att följas upp på ett bättre och tydligare sätt. I årsredovisning, tertialrapport och delårsbokslut ska det finnas en summering av måluppfyllelsen för varje perspektiv med utgångspunkt från måluppfyllelsen av regionstyrelsens och nämndernas framgångsfaktorer.

För att grundidén med styrmodellen ska kunna förverkligas måste arbetsprocessen med planering och uppföljning följas åt. Spårbarheten från de övergripande strategiska målen till verksamhetens egna mål måste vara tydlig i både planerings-

och uppföljningsdokument. I de reviderade reglerna har ansvaret för de olika delarna tydliggjorts.

Regler för planering och uppföljning redogör för hur styrmodellen fungerar och vilken ansvarsfördelning som gäller i det interna arbetet. I dem finns också en beskrivning för hur och när styrande dokument ska utformas, fastställas och följas upp. Reglerna innehåller också en beskrivning av de perspektiv som alltid ska tas hänsyn till i allt planerings- och uppföljningsarbete - jämställdhets- och jämlikhetsperspektivet, barnrättsperspektivet, ekonomiperspektivet och regional utveckling.

Reglerna ska följas av alla politiska organ och verksamheter.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Reviderade regler för planering och uppföljning av Region Jämtland Härjedalens styrmodell godkänns.

Utdrag till

Ekonomidirektör, Planeringsdirektör, Förvaltningschefer, regionstabschef och områdeschefer

Regler för planering och uppföljning enligt Region Jämtland Härjedalens styrmodell

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

SAMMANFATTNING/BAKGRUND

I Region Jämtland Härjedalen arbetar politiker och tjänstemän efter en gemensam styrmodell. De här reglerna redogör för hur styrmodellen fungerar och vilken ansvarsfördelning som gäller för det interna arbetet. Reglerna anger också hur och när styrande dokument ska utformas, fastställas och följas upp. Reglerna ska följas av alla politiska organ och verksamheter.

Den styrmodell som beskrivs i det här dokumentet kommer att tillämpas fullt ut under 2018. Styrmodellen utgår från den modell som gällt sedan 2013.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 STYRMODELLEN 3
1.1 Organisation 3
1.2 Tjänstemannaledning 5
2 DOKUMENT FÖR PLANERING OCH UPPFÖLJNING....6
2.1 Mål- och styrdokument 7
2.2 Uppföljningsdokument 8
2.3 Övriga planeringsdokument....9
3 MÅLOMRÅDEN....9
4 PERSPEKTIV11
5 PLANERINGSPROCESS OCH UPPFÖLJNINGSPROCESS....12
5.1 Länsövergripande styrdokument 12
5.2 Styrdokument för Region Jämtland Härjedalen 13
5.3 Summering 22
6 RAPPORTERNA....24
7 UPPSIKTSPLIKT 25
8 INTERNKONTROLL 25
9 SAMMANHÅLLANDE OCH EFTERARBETE 26
9.1 Sammanhållande....26
9.2 Mallar....26
9.3 Registrering och diarieföring av styrande dokument 26
10 STÖDDOKUMENT I ARBETET MED STYRMODELLEN 27
BILAGA: SAMMANSTÄLLNING 28

1 STYRMODELLEN

Att använda en gemensam styrmodell innebär att det finns en enhetlig, systematisk och tydlig struktur för hur Region Jämtland Härjedalen ska styras och följas upp. Syftet med styrmodellen är att verkställa politiska mål och säkerställa kvaliteten i verksamheten. Grundprincipen är att det ska finnas en röd tråd från visioner på politisk nivå till genomförande och uppföljning på verksamhetsnivå.

För att genomföra och bryta ner övergripande politiska mål skapas olika styrdokument, exempelvis verksamhetsplaner. Målen i planerna följs upp på respektive verksamhetsnivå och ska slutligen knytas till uppföljning på övergripande nivå. Styrdokumenten tillsammans med uppföljningen är viktiga utgångspunkter i styrningen och ska följas av alla politiska organ och verksamheter.

1.1 Organisation

De förtroendevaldas uppgifter är att ange mål, fördela resurser och följa resultaten i förhållande till de uppsatta målen. Regiondirektör och högsta tjänstemannaledning ska se till att åstadkomma resultat i linje med de politiska uppdragen.

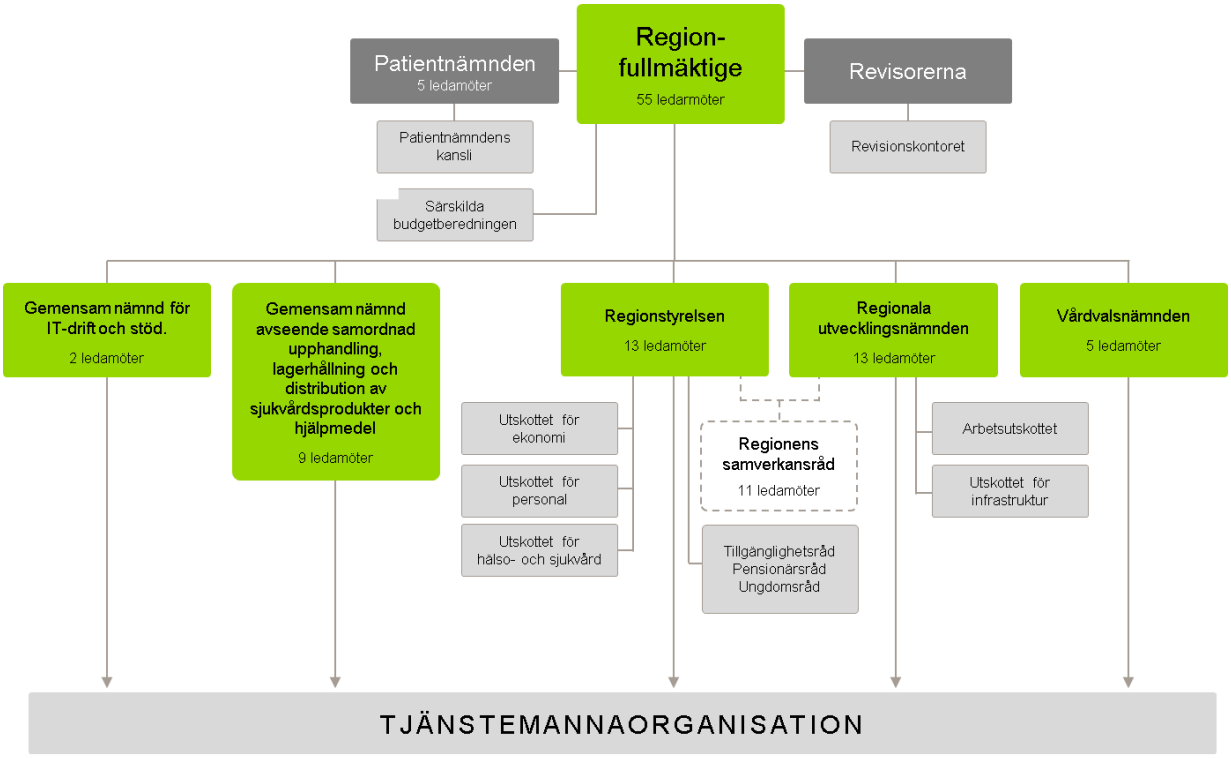
Regionstyrelsen, patientnämnden, regionala utvecklingsnämnden och revisionen har egna förvaltningar med en förvaltningschef. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen servar förutom regionstyrelsen också vårdvalsnämnden, gemensam nämnd för IT drift och stöd och gemensam nämnd avseende samordnad upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter och hjälpmedel. Regionstaben ska arbeta för både hälso- och sjukvårdsförvaltningen, regionala utvecklingsförvaltningen och de politiska organen.

Patientnämnden, Revisionen, Nämnden för IT drift och stöd och Gemensam nämnd avseende samordnad upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter och hjälpmedel ska arbeta utifrån de övergripande strategiska målen och följa grunderna i styrmodellen men regleras inte i detta dokument.

1.1.1 Politisk styrning

De olika politiska organen arbetar mot samma mål men ansvarsfördelningen mellan dem gör att de har olika utgångspunkter i sin styrning. Figuren nedan visar vilka organ som ingår i Region Jämtland Härjedalens organisation.

Figur 1: Politisk organisation



- **Regionfullmäktige** är Region Jämtland Härjedalens högsta beslutande organ. Fullmäktige fastställer regionens övergripande vision och mål samt ekonomiska ramar och budget. Regionstyrelsen och nämnderna har i uppdrag att verkställa fullmäktiges beslut.
- **Regionstyrelsen** är Region Jämtland Härjedalens ledande politiska förvaltningsorgan med ansvar för hela organisationens utveckling och ekonomiska ställning. Styrelsen ska se till att Region Jämtland Härjedalen uppfyller kraven på produktivitet, effektivitet och kvalitet. Regionstyrelsen ska också leda och samordna planering och uppföljning av regionens verksamheter och ekonomi. Styrelsens uppgifter omfattar bland annat att leda hälso- och sjukvården och tandvården (utom det som är vårdvalnämndens ansvar), samt att ansvara för sjukresor och arbeta med frågor om hälso- och sjukvårdsrelaterad folkhälsa, jämställdhet och mångfald, forskning och utveckling och utbildningsfrågor.
- **Vårdvalsnämnden** ska utföra beställning av hälso- och sjukvård enligt valfrihetssystem för primärvård eller annan vård. Dessutom frågor som rör lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik. Nämnden ska också hantera frågor om hälso-och sjukvård utöver hälsoval som utförs av privata vårdgivare efter upphandling enligt lagen om offentlig upphandling. Samt leda folktandvården inom regionen enligt 11 § tandvårdslagen vad avser beställning av barn-och ungdomstandvård enligt valfrihetssystem för barn-och ungdomstandvård och tandvård enligt 8a § tandvårdslagen.
- **Regionala utvecklingsnämnden** har hand om de regionala utvecklingsfrågorna och ansvarar för de regionala utvecklingsuppgifterna som följer av lagen (2010:630) om regionalt utvecklingsansvar, regionens kulturverksamhet, fördelar bidrag och fullgör regionens uppgift som regional kollektivtrafikmyndighet. Nämnden ska också arbeta med internationella frågor, frågor om folkhälsa, utom hälso- och sjukvårdsrelaterad folkhälsa, klimat, energi och miljö, ur ett regionalt perspektiv, jämställdhet- och mångfald ur ett regionalt perspektiv och enligt

uppdrag från staten och forskning och utveckling. Nämnden är också styrelse för folkhögskolorna.

- **Patientnämnden** har fokus på patienter och anhöriga som råkat ut för problem i sjukvården och tandvården och som behöver hjälp och stöd. Nämnden ska också främja kontakterna mellan patienter och hälso- och sjukvårdspersonal.
- Uppgifterna för **Gemensam nämnd avseende samordnad upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter** är att på affärsmässiga villkor svara för samordnad upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter samt erbjuda hjälpmedel för funktionshindrade.
- **Gemensamma nämnden för IT-drift och stöd** är en samverkan mellan Region Jämtland Härjedalen och Åre kommun. Nämnden ska leverera en definierad och ändamålsenlig IT-infrastruktur. Målet är att kunna samnyttja och samfinansiera i nödvändiga investeringar i IT-verksamheten, vilket möjliggör leverans av nödvändiga drifttjänster.
- **Revisorerna** är fullmäktiges och ytterst medborgarnas demokratiska instrument för granskning och kontroll av den verksamhet som bedrivs under regionstyrelsen, nämnder, fullmäktigeberedningar och företag.
- **Regionstyrelsens och regionala utvecklingsnämndens utskott** arbetar med fördjupning inom fokusområden och strategiska utvecklingsområden. En viktig utgångspunkt för de frågor som utskottet ska arbeta med och följa upp är de framgångsfaktorer och mål som finns fastställda i regionplanen och i styrelsens respektive nämndernas verksamhetsplaner.
- **Regionfullmäktiges särskilda budgetberedning** arbetar bland annat med att föreslå en samlad budget för den politiska organisationen samt utifrån fastställd ram fördela och omfördela budgeten till respektive politiskt organ.

I fastställd arbetsordning för regionfullmäktige och i fastställda reglementen för styrelse och nämnder finns mer information om uppgifter för de olika organen.

1.2 Tjänstemannaledning

Regiondirektören är ytterst ansvarig för att Region Jämtland Härjedalen har en verksamhet som bedrivs med god kvalitet, inom befintliga ramar och enligt fattade beslut. Regiondirektören har det övergripande ansvaret för att verkställa politiskt fastställda mål för hela Region Jämtland Härjedalen, det vill säga både hälso- och sjukvård och regional utveckling. Det innebär att direktören har ansvar att bevaka att all verksamhet inom Region Jämtland Härjedalen bedrivs i enlighet med fastställda mål.

Förvaltningschef Hälso- och sjukvård har ansvar för att alla områden inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen bedrivs på bästa möjliga sätt, att ständiga förbättringar sker och för att följa upp områdenas ekonomi, kvalité, arbetsmiljö och effektivitet. I rollen ingår också omvärldsbevakning,

framtidsanalys för verksamheternas utveckling och samverkan med kommunerna och andra sjukvårdshuvudmän.

Förvaltningschef Regional utveckling har ansvar för att alla områden inom regionala utvecklingsförvaltningen bedrivs på bästa möjliga sätt, att ständiga förbättringar sker och för att följa upp områdenas ekonomi, kvalité, arbetsmiljö och effektivitet. I rollen ingår också omvärldsbevakning och framtidsanalys för verksamheternas utveckling, samverkan med kommunerna, näringslivet och alla andra aktörer för länets utveckling.

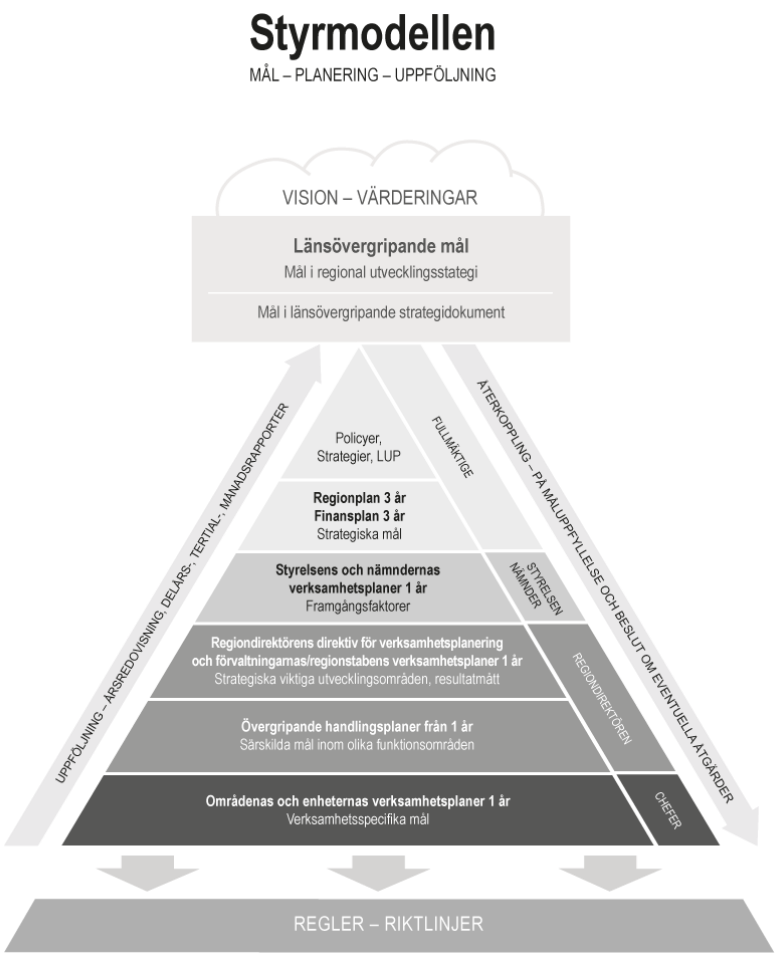
Regionstabschef leder regionstabens arbete att stödja båda förvaltningarna, förvaltningschefer och 1:a och 2:a linjens chefer samt regiondirektören och de politiska organen. Regionstabschefen ska också leda arbetet i regionstaben om att uppfylla omvärldens krav på regionen som myndighet.

Regiondirektören och förvaltningscheferna ansvarar också för de frågor som rör förvaltningen som har delegerats från regionstyrelsen och nämnderna enligt 6 kap 33 §§ kommunallagen. De uppgifterna finns i fastställda delegationsbestämmelser. Chefer på nivåer under regiondirektören och förvaltningscheferna har på liknande sätt ansvar för att se till att övergripande mål verkställs inom de verksamheter de ansvarar för.

2 DOKUMENT FÖR PLANERING OCH UPPFÖLJNING

Figuren nedan illustrerar Region Jämtland Härjedalens styrmodell. Övergripande inslag i styrningen är de dokument som Region Jämtland Härjedalen arbetar med för att planera och följa upp sin verksamhet. Triangeln med sin topp omfattar organisationens styrdokument. Den andra delen av styrmodellen är uppföljningen. Uppföljningen illustreras genom två pilar på kanten av triangeln. De visar att uppföljningen ska utgå från målen i verksamhetsplanerna och att resultatet av uppföljning sedan ska svara upp mot uppföljning på övergripande nivåer.

Figur 2: Styrmodellen



2.1 Mål- och styrdokument

Region Jämtland Härjedalens mål- och styrdokument kan delas in i två kategorier. Dels finns ett antal *länsövergripande dokument* som påverkar hela länets utveckling och som Region Jämtland Härjedalen har att förhålla sig till i sitt utvecklingsarbete. I figuren ovan återfinns de dokumenten i rektangeln som balanserar på toppen i figuren. Dels finns styrdokument som tas fram för att styra *verksamheterna* inom Region Jämtland Härjedalen. De dokumenten finns i triangeln (på kanten anges på vilken nivå respektive dokument upprättas). I praktiken har styrdokumenten, vart och ett, en självständig roll i styrningen men de utgör samtidigt ett bidrag till en helhet som det exempelvis i samband med årsredovisningen krävs ett samlat förhållningssätt till. Utöver de styrdokument som utarbetas inom Region Jämtland Härjedalen har organisationen i sin styrning också att förhålla sig till lagstiftning, nationella och internationella riktlinjer och andra överenskommelser.

Länsövergripande styrdokument

- Regionala utvecklingsstrategin, Regionalt Trafikförsörjningsprogram, Integrationsstrategi, Mål för gemensam hälso- och sjukvårdspolitik med flera är exempel på styrdokument i den kategorin.

Styrdokument för Region Jämtland Härjedalen

- Policyer och strategier
- Långsiktiga utvecklingsplaner
- Regionplan
- Finansplan
- Verksamhetsplan med uppföljningsplan för regionstyrelsen och nämnder.
- Förvaltningschefernas verksamhetsplaner
- Verksamhetsplaner för områdena
- Verksamhetsplaner för enheterna
- Övergripande handlingsplaner

2.2 Uppföljningsdokument

Uppföljningen av Region Jämtland Härjedalens mål, verksamhet, resultat och ekonomi sker i huvudsak genom olika rapporter samt redovisning utifrån fastställda uppföljningsplaner. På samma sätt som för verksamhetsplaneringen görs även uppföljning på alla verksamhetsnivåer. Grundprincipen är att om det finns ett mål ska målet följas upp. På övergripande nivå knyts uppföljningen ihop och summeras. Resultatet av uppföljningen analyseras också på varje nivå och återförs till verksamheten där eventuella åtgärder vidtas.

Följande dokument används för att följa upp Region Jämtland Härjedalens verksamhet, mål, resultat och ekonomi:

- Årsredovisning (övergripande nivå)
- Årsbokslut
- Delårsrapport augusti
- Tertialrapport april
- Månadsrapporter
- Uppföljning i enlighet med uppföljningsplan för respektive nämnd och styrelse
- Revisionsrapporter
- Personalbokslut
- Patientsäkerhetsberättelse
- Miljöbokslut
- Kvalitetsrapport
- Informationssäkerhetsberättelse
- Uppföljning av beställd vård

- Uppsiktsplikt
- Internkontroll
- Resultattavlor
- Uppföljning av hälso- och sjukvården (t.ex. till SKL)

2.3 Övriga planeringsdokument

Förutom länsövergripande styrdokument, policyer, planer och uppföljningsdokument utgör följande planeringsdokument underlag i regionens styrning:

- Planeringsförutsättningar för Region Jämtland Härjedalen
- Övergripande politiska inspel och prioriteringar
- Inspel från hälso- och sjukvårdsförvaltningen och regionala utvecklingsförvaltningen
- Ekonomiska ramar
- Behovsanalyser – tas fram på begäran med specificerat ändamål och inriktning
- Övergripande rapporter och statistik, exempelvis Läget i länet, OECD-rapport och Öppna jämförelser.
- Enkäter – exempelvis patientenkäten

3 MÅLOMRÅDEN

Allt planerings- och uppföljningsarbete inom Region Jämtland Härjedalen, och därmed också målen, utgår från fyra perspektiv: samhälle, patient, medarbetare och verksamhetsresultat.

- ✓ **Målområde samhälle** ska spegla befolkningsaspekter där regionen kan bidra. Här samlas mål inom det regionala utvecklingsuppdraget, mål med fokus på folkhälsa, resursanvändning, miljö, jämställdhet och jämlikhet och mål för samverkan med andra.
- ✓ **Målområde patient** ska fånga patienternas uppfattning om och medicinska resultat av given vård. Här samlas mål där patienter själva värderar vården, mål med fokus medicinsk kvalitet och övriga mål med syfte att erhålla ett stabilt eller bättre arbetssätt som i nästa steg blir bättre för patienten och medverkar till en jämställd och jämlik vård.
- ✓ **Målområde medarbetare** ska fånga medarbetarnas uppfattning om sin arbetsplats, men även deltagande och engagemang samt arbetsmiljöfrågor. Här samlas mål med fokus arbetsmiljö, med fokus lärande och förnyelse och som visar effekter av satsningar som en del i den lärande processen.
- ✓ **Målområde verksamhetsresultat** ska visa strategiska områden för organisationens arbete och innefatta såväl finansiella som icke finansiella resultat. Här samlas mål för viktiga processer och mål för finansiella utfall.

I ledningssystemet framgår regionens övergripande ”ramverk” med lagar och styrdokument som alla verksamheter har att förhålla sig till. Till exempel policyer och planer men även rutiner, vårdprogram

med mera. I ledningssystemet finns också redovisande dokument, till exempel årsredovisningar, ekonomirapporter, verksamhetsberättelser och protokoll.

Ledningssystemet är uppdelat i lednings-, kärn- och stödprocesser som beskriver hur organisationen ska arbeta och vilka resultat det ger utifrån uppsatta målområden. Figur 3 nedan visar hur ledningssystemet är uppbyggt. Den blå övre pilen visar att de blå rutorna innehåller dokument gällande våra arbetssätt (”regionens sätt att arbeta") och metoder. Den gröna övre pilen visar att de gröna rutorna redovisar resultatet av organisationens mål. Den undre pilen anger utvärdering, lärande och ständiga förbättringar för att beskriva hur regionen ska arbeta för att utveckla och ständigt förbättra verksamheten.

Figur 3: Regionens modell för lednings- och verksamhetsutveckling



Ledningsprocesserna är Ledning och styrning och Verksamhetsplanering/uppföljning. I stödprocesserna ingår Medarbetare, Administrativ- och medicinskt stöd samt Service. Hälso- och sjukvård och Regional utveckling är regionens kärnprocesser.

För att säkerställa att ledningssystemet är tillgängligt, effektivt och verkningsfullt genomförs ledningens genomgång två gånger per år inom respektive förvaltningsnivå. Ledningens genomgång genomförs dessutom två gånger per år på regionnivå då regiondirektören fastställer ledningssystemets status och beslutar om eventuella kompletteringar.

4 PERSPEKTIV

Inom Region Jämtland Härjedalen finns genom politiska beslut eller i specifika policyer ett antal perspektiv som alltid ska tas hänsyn till när beslutsunderlag upprättas. Perspektiven finns beskrivna nedan och ska beaktas i allt planerings- och uppföljningsarbete, oavsett nivå.

- **Jämställdhets- och jämlikhetsperspektivet**.
  Det handlar bland annat om att utifrån regionens policy om jämställdhet och jämlikhet som utvecklingskraft ta hänsyn till hur olika bakgrundsvariabler påverkar kvinnor, män, flickor och pojkars olika förutsättningar. Exempel på bakgrundsvariabler är ålder, ekonomisk status, utbildningsnivå, funktionsnedsättning, kulturell bakgrund och religiös tillhörighet.
- **Barnrättsperspektivet**
  Med ett barnrättsperspektiv menas hänsyn till barnets mänskliga rättigheter och att barnets rättigheter säkerställs i åtgärder eller vid beslut som rör barn. Det handlar bland annat om att beakta barnets utveckling samt rätt till liv och hälsa och uppmärksamma och överväga barnets bästa, både på lång och kort sikt.
- **Miljöperspektivet**
  Det handlar om att styrdokumenten ska innehålla en beskrivning över hur mål och aktiviteterna avser att förverkliga regionens arbete med att minska både den indirekta och direkta negativa miljöpåverkan samt öka insikten om sambandet mellan miljö, hälsa, jämställdhet och jämlikhet.
- **Ekonomiperspektivet**
  Det handlar om att bedöma vilka ekonomiska konsekvenser en aktivitet eller ett mål får och på vilket sätt det ska finansieras.
- **Regional utveckling**

  Det handlar om att bedöma vilken påverkan på regional utveckling styrdokumentet har. En viktig utgångspunkt i bedömningen är den regionala utvecklingsstrategin (RUS) ”Jämtland Härjedalen 2030 Innovativt & Attraktivt” som lägger fast riktningen för länets strategiska utveckling. De sju prioriterade områdena i den regionala utvecklingsstrategin ska beaktas i bedömningen. De är Företagande, innovation, forskning och utveckling, Kompetens och kunskapsutveckling, Resurssnålare och effektivare, Besöksnäring och attraktivitet, Infrastruktur och samhälle, Socialt inkluderande och ett sunt liv samt Demografiska möjligheter.

För att läsa mer om hur de olika perspektiven ska användas vid upprättande av styrdokument finns särskilt utarbetade rutiner.

5 PLANERINGSPROCESS OCH UPPFÖLJNINGSPROCESS

För att grundidén med styrmodellen ska kunna förverkligas måste arbetsprocessen med planering och uppföljning följas åt. Spårbarheten från övergripande strategiska målen till verksamhetens egna mål måste vara tydlig i alla styrdokument och sedan återspeglas i uppföljningen. Arbetet med planer och uppföljning på de olika nivåerna sker parallellt. För varje år upprättas detaljerade tidsplaner för både planering och uppföljning.

På följande sidor finns en beskrivning av samtliga styrdokument i Region Jämtland Härjedalen, hur de planeras, beslutas och följs upp. Beskrivningen utgår från målen. Övrigt innehåll i uppföljningsdokumenten presenteras i avsnitt 6.

5.1 Länsövergripande styrdokument

De flesta länsövergripande dokumenten fastställs av regionfullmäktige. De har olika tidsperspektiv och riktar sig ofta till många aktörer, organisationer och myndigheter. Region Jämtland Härjedalen har för de här dokumenten två roller, dels att vara ansvarig och samordnande för framtagandet av dem tillsammans med andra aktörer i länet, dels att vara mottagare och en av länets aktörer i genomförande av styrdokumentens verkställande.

Den regionala utvecklingsstrategin är det viktigaste styrdokumentet på denna nivå. Strategin fastställs av regionfullmäktige och är basen för arbetet med konkreta mål och aktiviteter inom prioriterade områden för utveckling och hållbar tillväxt i hela länet. Strategin länkar samman de myndigheter, organisationer och andra aktörer som driver och verkar för utvecklingsfrågor. Därmed påverkar den också arbetet med de styrdokument som olika organisationer och myndigheter själva tar fram.

Andra exempel på länsövergripande dokument är det regionala tillväxtprogrammet, integrationsstrategi, regionalt trafikförsörjningsprogram, Mål för gemensam Hälso- och sjukvårdspolitik i Jämtlands län 2014-2025, innovationsstrategi, klimatstrategi, kulturplan och ungdomsstrategi.

Planering och uppföljning
Processen för hur de länsövergripande styrdokumenten upprättas och följs upp ser olika ut beroende på vilket dokument det handlar om och vilken varaktighet dokumentet har. Gemensamt för samtliga dokument är att andra aktörer, exempelvis kommuner, länsstyrelse och berörda företrädare för offentlig sektor, utbildningsområdet och näringsliv deltar i processen att upprätta dokumenten. I arbetet beaktas även lagstiftning samt nationella och internationella riktlinjer. De flesta länsövergripande styrdokument revideras löpande och även under den processen är andra aktörer delaktiga.

Ansvaret för att följa utvecklingen i de uppsatta målen i Regionala utvecklingsstrategin ligger på både länsstyrelsen och Region Jämtland Härjedalen. ”Läget i länet” är därför en gemensam rapport som tas

fram varje år för att ge en så aktuell bild som möjligt av tillståndet i länet och därmed kunna utgöra underlag för prioriteringar av insatser för att nå uppsatta mål.

När det är möjligt ska det i processen för planering och uppföljning av länsövergripande styrdokument göras avstämningar med övergripande styrdokument för Region Jämtland Härjedalens organisation.

Ansvarig
Regiondirektör och Bitr. regiondirektör

5.2 Styrdokument för Region Jämtland Härjedalen

5.2.1 Policyer och strategier

Fastställs av regionfullmäktige. Policyer anger Region Jämtland Härjedalens värderingar och förhållningssätt till något och revideras vid behov. Strategier beskriver tillvägagångssättet för hur fattade beslut ska genomföras och gäller vanligtvis i tre år. Som styrmodellen är uppbyggd har de flesta strategier fasats ut och gjorts om till handlingsplaner. Några strategier kommer dock att finnas kvar. De gäller framförallt de strategier som upprättas på nationell nivå eller i de fall där det finns nationella krav på att det ska finnas en strategi.

Planering och uppföljning
En gång per mandatperiod gör regionfullmäktiges presidium en översyn av de policyer och strategier av regionfullmäktige beslutat om. Översynen leder till beslut om vilka dokument som ska vara kvar som de är, vilka som måste revideras eller vilka som ska tas bort. Översynen kan också leda till att nya policyer eller strategier upprättas.

Ansvarig
Regionfullmäktiges presidium
Regiondirektör och Bitr. regiondirektör

5.2.2 Långsiktiga utvecklingsplaner (LUP)

Fastställs av regionfullmäktige. De beskriver vad som ska genomföras under en tolvårsperiod. Planerna upprättas för områden där det finns behov av en längre planeringshorisont. De utgår från policyer, vision och övergripande strategidokument och planer. För närvarande finns långsiktiga utvecklingsplaner inom områdena God ekonomisk hushållning, Miljö och Sjukskrivningar.

Planering och uppföljning

En särskild mall finns framtagen för upprättande av långsiktig utvecklingsplan (RS/406/2015). Planerna ska revideras vart fjärde år. I varje plan ska det finnas en beskrivning om hur planen ska utvärderas och följas upp.

Regionfullmäktiges presidium gör varje mandatperiod en översyn av de långsiktiga utvecklingsplanerna.

Ansvarig för planering

Regionstyrelsen uppdrar till regiondirektör att upprätta en ny långsiktig utvecklingsplan. Regiondirektör fördelar sedan ansvaret till aktuell chef. Arbetsprocessen för de olika planerna ser sedan olika ut beroende på sakområde och omfattning.

Ansvarig för uppföljning

Regiondirektör och Bitr. regiondirektör

5.2.3 Regionplan

Regionplanen fastställs av regionfullmäktige. Den innehåller plan för verksamheten med strategiska mål för vad som ska genomföras under en treårsperiod. Regionplanen utgår från policyer, strategier, långsiktiga utvecklingsplaner och andra övergripande styrdokument. Revideras varje år.

Planering

Arbetet med regionplanen pågår under hela året och omfattar flera processer. Arbetet med strategiska mål pågår under perioden februari-maj. Regionplanen fastställs av Regionfullmäktige i juni.

Skrivelser från nämnderna om deras förutsättningar

I samband med att nämnderna upprättar och beslutar om sina verksamhetsplaner under hösten för kommande år ska de formulera och fastställa en skrivelse till regionstyrelsen om sina förutsättningar inför regionplanperioden. Det är ett inspel inför arbetet med planeringsförutsättningar, verksamhetsplan och budget.

Utskottens inspel

Utskotten arbetar under året med fördjupning och analyser inom olika strategiska frågor kopplat till mål i verksamhetsplaner. På hösten kan de inkomma med inspel inför arbetet med planeringsförutsättningar till styrelsen respektive regionala utvecklingsnämnden. På våren kan de komma med synpunkter på strategiska mål i befintlig regionplan.

Förvaltningarna
På samma sätt som nämnderna kan även förvaltningarna inkomma med en beskrivning om sina förutsättningar inför regionplanperioden. Det är deras inspel inför direktörens/förvaltningschefernas samt styrelsens och nämndernas budgetarbete och övrigt arbete med verksamhetsplaner. Förvaltningarna ska under våren ha gjort en bedömning av speciella satsningar och ofinansierade behov.

Uppföljning
I regionfullmäktige görs en övergripande uppföljning av Region Jämtland Härjedalen genom en årsredovisning och delårsrapport per augusti. Dokumenten ska förutom att återge en övergripande uppföljning av ekonomi och verksamhet innehålla en summering av måluppfyllelsen för de strategiska målen i regionplanen. Summeringen ska utgå från nämndernas och regionstyrelsens uppföljning av deras framgångsfaktorer.

Ansvarig för planering: På politisk nivå är det den politiska majoritetens regionråd som ansvarar för arbetet med regionplanen. Ansvarig tjänstemän är planeringsdirektör.

Ansvarig för uppföljning: Ekonomidirektör

5.2.4 Finansplan

Finansplanen fastställs av regionfullmäktige. Planen innehåller finansiella mål och planer för en treårsperiod och en budget för det närmaste året samt ekonomiska ramar för regionstyrelsen och nämnderna, investeringsplan, taxor och avgifter för närmaste budgetår. Utgår från policyer, övergripande mål i regionplanen, långsiktiga utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning och andra övergripande styrdokument. Hör ihop med regionplanen. Revideras varje år.

Planering
Arbetet med finansplanen pågår under hela året och omfattar flera processer. Arbetet med finansiella mål och budget pågår under perioden mars-maj. Utskottet för ekonomi inbjuder till en gemensam dag om budgetförutsättningar under mars månad som är starten för arbetet. Beslut om finansplan fattas av Regionfullmäktige i juni.

Inspel från Utskottet för ekonomi
Utskottet arbetar under året med fördjupning och analyser inom olika strategiska områden som berör de ekonomiska planeringsförutsättningarna. SKL lämnar i februari en bedömning av skatteunderlagsprognos och kostnadsindexering (LPIK) som inarbetas i finansplanen och utgör grunden för bedömningen av regionens intäkts- och kostnadsutveckling.

Ekonomiska konsekvenser för nämnder och utskott
Regionstyrelsens utskott och nämnderna ska under mars inkomma med eventuella ekonomiska konsekvenser av föreslagna strategiska mål i regionplan och finansplan.

Förvaltningarna
Förvaltningarna inkommer med en beskrivning om sina förutsättningar inför planperioden. Det är deras inspel inför direktörens/förvaltningschefernas samt styrelsens och nämndernas budgetarbete och övrigt arbete med verksamhetsplaner. Förvaltningarna ska under våren ha gjort en bedömning av speciella satsningar och ofinansierade behov.

Uppföljning
I huvudsak följs finansplanen upp genom ekonomiska redovisningar i månadsrapporter, tertialrapport, delårsrapport och årsbokslut.

Ansvarig för planering: På politisk nivå är det den politiska majoritetens regionråd som ansvarar för arbetet med finansplanen. Ansvariga tjänstemän är ekonomidirektör, strateg budget och uppföljning samt planeringsdirektör.

Ansvarig för uppföljning: Ekonomidirektör

5.2.5 Verksamhetsplan med uppföljningsplan för regionstyrelsen, vårdvalsnämnden och regionala utvecklingsnämnden

Nämndernas och regionstyrelsens verksamhetsplaner fastställs av respektive nämnd eller styrelse men ska anmälas till regionfullmäktige. Planerna innehåller framgångsfaktorer, i form av utvecklingsområden, kopplat till strategiska mål i regionplanen och budget med ekonomiska ramar för respektive organs verksamheter. Utvecklingsområdena markerar vad respektive nämnd eller styrelse ska fokusera på i styrningen det närmaste året för att verkställa det uppdrag och övergripande mål som fullmäktige har beslutat om. En ny verksamhetsplan upprättas varje år.

5.2.5.1 Regionstyrelsens verksamhetsplan

Planering
Regionstyrelsens verksamhetsplan parallellplaneras med regionplanen, finansplanen och regiondirektörens verksamhetsplan. Arbete pågår under perioden februari till oktober. Under juni – oktober pågår budgetdialoger och bearbetning av detaljbudgetar. Strategisk planering och mål hanteras av regionstyrelsens ordförande, 1:e och 3:e ordförande under april till september. Beslut tas i regionstyrelsen i oktober/november.

Uppföljning
Regionstyrelsens uppföljning av sin verksamhetsplan sker genom månadsrapporter, tertialrapport per april, delårsrapport per augusti och årsbokslut samt genom särskilda redovisningar och informationer i enlighet med regionstyrelsens uppföljningsplan. Tertialrapport, Delårsrapport och Årsbokslut ska

innehålla en sammanfattande analys om huruvida regionstyrelsen fullföljt sitt uppdrag. Det är styrelsens bidrag till uppföljning på övergripande nivå.

Uppföljningen av framgångsfaktorer sker genom en kortfattad beskrivning om läget för varje framgångsfaktor, vad som gjorts och vad som planeras samt om den bedöms vara uppfylld till årets slut. För de aktiva målen görs särskilda fördjupade uppföljningar Dels följs de upp i de olika uppföljningsrapporterna men för varje aktivt mål görs också fördjupande uppföljningar två gånger per år. Det genom utarbetade rapporter till styrelsen med förslag till beslut på eventuella åtgärder.

Utöver rapporterna ovan finns i regionstyrelsens uppföljningsplan en förteckning över områden som ska följas upp under året. Regionstyrelsen ska också vid varje fullmäktigesammanträde ge en rapport om sitt uppdrag och verksamheter. I regler för regionstyrelsens uppföljningsansvar och uppsiktsplikt (RS/385/2015) framgår hur styrelsen arbetar utifrån sitt uppföljningsansvar.

För varje år utarbetas särskilda rutiner för styrelsens uppföljning där det framgår vilka som är ansvariga för de olika delarna av uppföljningen och när de ska utföras.

Ansvarig för planering: Planeringsdirektör

Ansvarig för uppföljning: Planeringsdirektör

5.2.5.2 Regionala utvecklingsnämndens verksamhetsplan

Planering
Parallellplanering sker med regionplan, finansplan och regionstyrelsens verksamhetsplan under perioden februari till oktober. Under juni – oktober pågår budgetdialoger och bearbetning av detaljbudgetar. Beslut tas i regionala utvecklingsnämnden i oktober.

Uppföljning
Regionala utvecklingsnämndens uppföljning sker i huvudsak genom månadsrapporter, tertialrapport, delårsrapport och årsredovisning samt genom särskilda redovisningar och informationer i enlighet med nämndens verksamhetsplan och uppföljningsplan för året. Tertialrapport, Delårsrapport och Årsbokslut ska innehålla en sammanfattande bedömning om huruvida nämnden fullföljt sitt uppdrag från fullmäktige. Det är nämndens bidrag till uppföljning på övergripande nivå.

Utöver rapporterna ovan har nämnden också en uppföljningsplanen som anger vad som ska följas upp under året och när uppföljningen ska genomföras. Nämnden ska också vid varje fullmäktigesammanträde ge en rapport om sitt uppdrag och verksamheter.

Framgångsfaktorerna följs upp i tertialrapport, delårsrapport och årsbokslut. Uppföljningen sker genom en kortfattad beskrivning om läget för varje framgångsfaktor, vad som gjorts och vad som planeras samt om den bedöms vara uppfylld till årets slut. Rapporterna innehåller också en summering av regionala utvecklingsförvaltningens uppföljning.

Nämndens prioriteringar följs upp i tertialrapport, delårsrapport och årsredovisning.

Ansvarig planering: På politisk nivå är det arbetsutskottet som ansvarar för arbetet. Ansvarig tjänsteman är förvaltningschef.

Ansvarig uppföljning: Förvaltningschef

5.2.5.3 Vårdvalsnämndens verksamhetsplan

Planering
Parallellplanering sker med regionplan, finansplan och regionstyrelsens verksamhetsplan men verksamhetsplanen måste också parallellplaneras med förfrågningsunderlaget inför Hälsovalet som fastställs i juni. Strategisk planering och mål hanteras i vårdvalsnämndens presidium under april till september. Under juni – oktober pågår budgetdialoger och bearbetning av detaljbudgetar. Beslut om verksamhetsplanen tas i oktober.

Uppföljning
Vårdvalsnämndens uppföljning sker i huvudsak genom tertialrapport, delårsrapport och årsbokslut samt genom särskilda redovisningar och informationer i enlighet med nämndens uppföljningsplan för året. I uppföljningen ingår att redovisa uppföljning av framgångsfaktorer och aktiva mål. Uppföljningsrapporterna ska också innehålla en sammanfattande bedömning om hur nämnden fullföljt sitt uppdrag från regionfullmäktige.

Uppföljning av framgångsfaktorer utgår från vad som gjorts och vad som planeras samt om den bedöms vara uppfylld till årets slut.

Inom nämndens ansvar ingår också att följa upp Hälsovalet.

Ansvarig för planering: På politisk nivå är det nämndens presidium som ansvarar för arbetet. Ansvarig tjänstemän är Chef för beställarenheten.

Ansvarig för uppföljning*:* Chef för beställarenheten.

5.2.6 Regiondirektörens direktiv för verksamhetsplaner

Med vägledning av framgångsfaktorer i regionstyrelsens, vårdvalsnämndens och regionala utvecklingsnämndens verksamhetsplaner identifierar regiondirektören i sina direktiv för verksamhetsplaner strategiskt prioriterade inriktningar. Direktiven ska vara vägledande i arbetet att utforma verksamhetsplaner utifrån de övergripande målen samt driva på och markera behovet av utveckling**.** Dessutom beskriver regiondirektören särskilda fokusområden som förvaltningscheferna ska beakta i sin planering, budgetdirektiv och uppföljningsplan. Regionstyrelsen informeras om innehållet i direktiven, med möjlighet att agera om Regiondirektörens direktiv inte innehåller förväntad inriktning.

Planering
Parallellplanering sker med regionstyrelsens och nämndernas verksamhetsplaner tillsammans med förvaltningscheferna. Det sker under perioden februari till juni. Direktiven beslutas av regiondirektören i juni och direktiven anmäls sedan till regionstyrelsen och vårdvalsnämnden i september.

Uppföljning
Eftersom regiondirektörens fokusområden ska beaktas i all verksamhetsplanering innebär det också att de följs upp löpande inom ramen för verksamheternas uppföljning. Särskild uppföljning görs också i regionledningsgruppen.

Ansvarig planering och uppföljning: Regiondirektör

5.2.7 Förvaltningarnas och regionstabens verksamhetsplaner

Med vägledning av de politiska planerna och regiondirektörens direktiv utarbetar Hälso- och sjukvårdsdirektören, Biträdande regiondirektören och Regionstabschefen verksamhetsplaner för sina verksamheter. Verksamhetsplanerna ska innehålla mål, aktiviteter och resultatmått samt direktiv till områdena inför deras arbete med sina verksamhetsplaner. Verksamhetsplanen fastställs av regiondirektören. Verksamhetsplanerna utgör styrdokument för förvaltningarnas områden och enheter.

Planering
Parallellplanering sker med regionstyrelsens, nämndernas och regiondirektörens direktiv och fastställs av Regiondirektören i oktober.

Uppföljning
Förvaltningarnas uppföljning sker med utgångspunkt från mål i den egna verksamhetsplanen samt ska svara upp till uppföljning på övergripande nivå.

För hälso- och sjukvårdsförvaltningen görs en tertialrapport per april, en delårsrapport per augusti och ett årsbokslut. Syftet med dessa rapporter är i huvudsak att följa upp förvaltningens mål med utgångspunkt från områdenas uppföljning. Uppföljningsrapporterna ska också innehålla en sammanfattande bedömning om hur förvaltningen fullföljt sitt uppdrag från regionstyrelsen.

För regionala utvecklingsförvaltningen görs inga fördjupade uppföljningsrapporter på förvaltningsnivå eller på områdesnivå utan uppföljningen redovisas direkt i regionala utvecklingsnämndens rapporter.

För regionstaben görs övergripande månadsrapporter per februari, maj och oktober samt en tertialrapport per april, en delårsrapport per augusti och ett årsbokslut. Uppföljningsrapporterna inkluderar hela staben inklusive avdelningarna och innehåller en redovisning av måluppfyllelse för regionstabens mål samt en summering av avdelningarna inkomna redovisningar och

uppföljningsrapporter. Uppföljningsrapporterna ska också innehålla en sammanfattande bedömning om hur förvaltningen fullföljt sitt uppdrag från regionstyrelsen.

Ansvarig för planering och uppföljning: Respektive förvaltningschef

5.2.8 Verksamhetsplaner för områdena och regionstabens avdelningar

Verksamhetsplaner för områdena och regionstabens avdelningar fastställs av förvaltningscheferna. Planerna ska innehålla verksamhetsspecifika mål för ett år med utgångspunkt från målen i förvaltningschefens verksamhetsplan.

Planering
Parallellplaneras med förvaltningschefens verksamhetsplan och fastställs av förvaltningschef i november.

Uppföljning
Områdena inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen gör sin egen uppföljning men ska också bidra till uppföljning på förvaltningsnivå. Områdena inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen gör en fördjupad uppföljning av sina verksamhetsplaner genom en månadsrapport per februari, maj och oktober, en tertialrapport per april, en delårsrapport per augusti och ett årsbokslut. Särskilda uppföljningar görs också löpande i ledningsgrupper, på APT och på andra sätt som områdena väljer. Uppföljning på områdena är framförallt till för områdena själva men ska rapporteras till förvaltningschef och bidra till uppföljning på övergripande nivå.

Uppföljning av områdena i regionala utvecklingsförvaltningen görs direkt i nämndens uppföljningsrapporter. Uppföljning av mål och ekonomi sker löpande i ledningsgrupper och på APT men rapporteras till förvaltningschef som ett bidrag till regionala utvecklingsnämndens uppföljning.

Avdelningarna inom regionstaben gör egna uppföljningar genom en tertialrapport per april, en delårsrapport per augusti och en årsrapport. De rapporterna ligger sedan till grund för regionstabens uppföljning. Uppföljning av mål och ekonomi sker också löpande i ledningsgrupper, på APT och på andra sätt som avdelningen väljer.

Ansvarig för planering: Respektive områdeschef och avdelningschef

Ansvarig för uppföljning: Respektive områdeschef och avdelningschef

5.2.9 Verksamhetsplaner för enheterna

Mål för enheten kan samlas i en plan eller motsvarande och ska innehålla verksamhetsspecifika mål för ett år med utgångspunkt från respektive områdes verksamhetsplan eller regionstabens verksamhetsplan.

Planering
Parallellplaneras med områdenas verksamhetsplaner och fastställs av respektive överordnad linjechef i december.

Uppföljning
Uppföljning av mål sker löpande inom den egna enheten, exempelvis genom funktionsträffar, pulstavlor och avstämningar.

Ansvarig för planering och uppföljning: Respektive chef

5.2.10 Övergripande handlingsplaner

Övergripande handlingsplaner upprättas för sakområden som särskilt behöver fokuseras på och där gemensamt, planerat och systematiskt arbete krävs för att driva arbetet med sakområdet framåt. I dem finns vägledning om vilka aktiviteter som varje verksamhet ska bidra med för att nå övergripande mål. Handlingsplanernas mål och aktiviteter ska ha koppling till mål i regionplan och styrelsens/nämndernas verksamhetsplaner och till lagstiftning, nationella riktlinjer och andra överenskommelser.

Planerna har olika löptider, från ett till flera år. Det är regiondirektören som i sina direktiv bestämmer vilka handlingsplaner som ska upprättas samt fastställer dem. Förvaltningsspecifika handlingsplaner fastställs av respektive förvaltningschef.

De övergripande handlingsplaner som upprättas för Region Jämtland Härjedalen fastställs av regiondirektören under oktober månad. Gällande handlingsplaner revideras under perioden juni till september och parallellplaneras med förvaltningschefernas verksamhetsplaner.

En särskild rutin och mall finns framtagen för upprättande av övergripande handlingsplan (RS/1321/2015).

Uppföljning
De övergripande handlingsplanerna följs upp i tertialrapport, delårsrapport och årsbokslut. Avdelningschefer och områdeschefer får under maj och december månad också särskilda redovisningar om måluppfyllelse och bedömda förändringar inför revidering av handlingsplaner.

Uppföljningen sker genom en kortfattad beskrivning om läget för varje handlingsplan, vad som gjorts och vad som planeras samt om målen i handlingsplanen bedöms vara uppfyllda till årets slut.

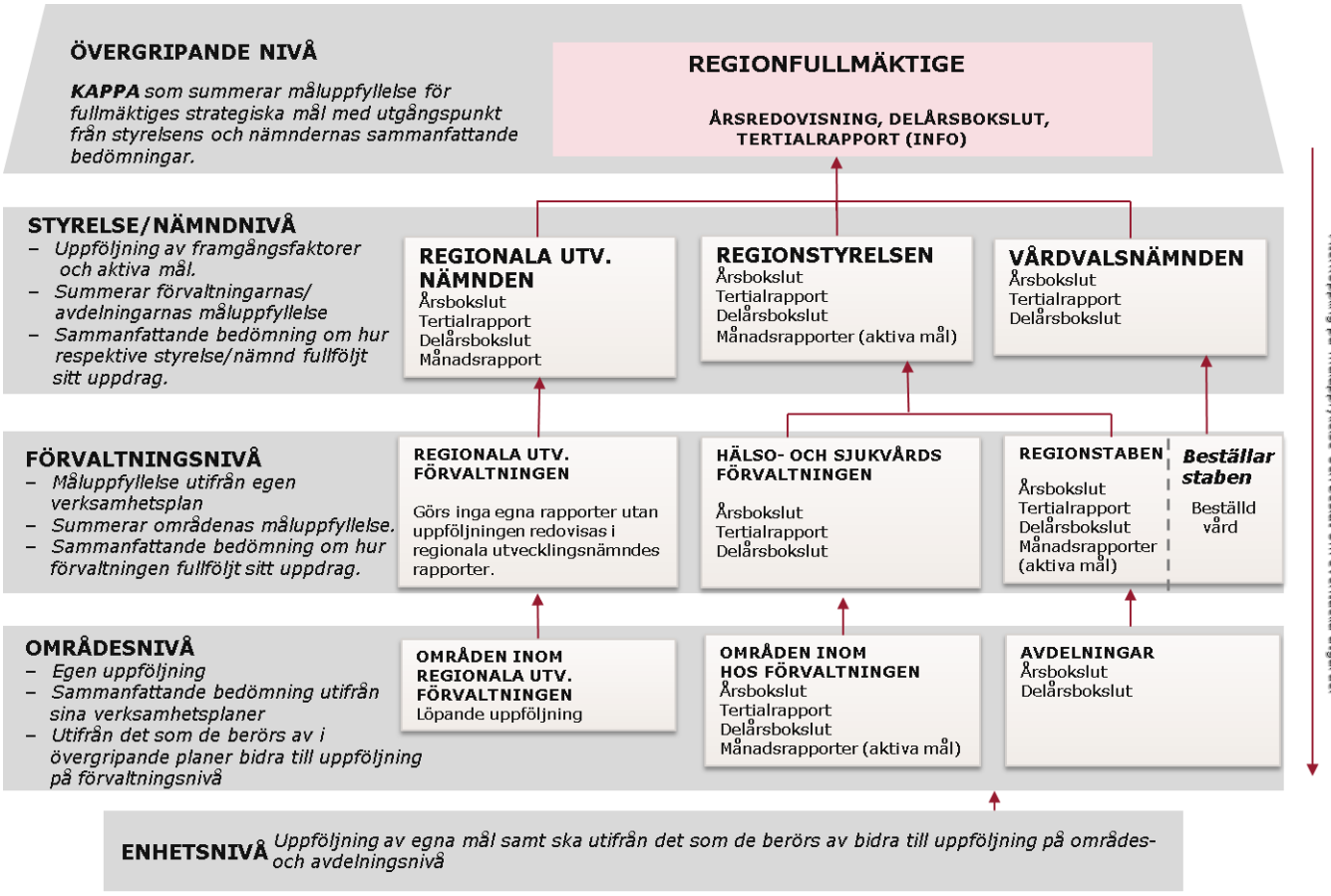
Ansvarig för planering: Verksamhetsstrateger
Ansvarig för uppföljning: Regionstabschef

Förvaltningschef ansvarar för att innehållet i handlingsplanerna tas med i förvaltningarnas verksamhetsplanering.

5.3 Summering

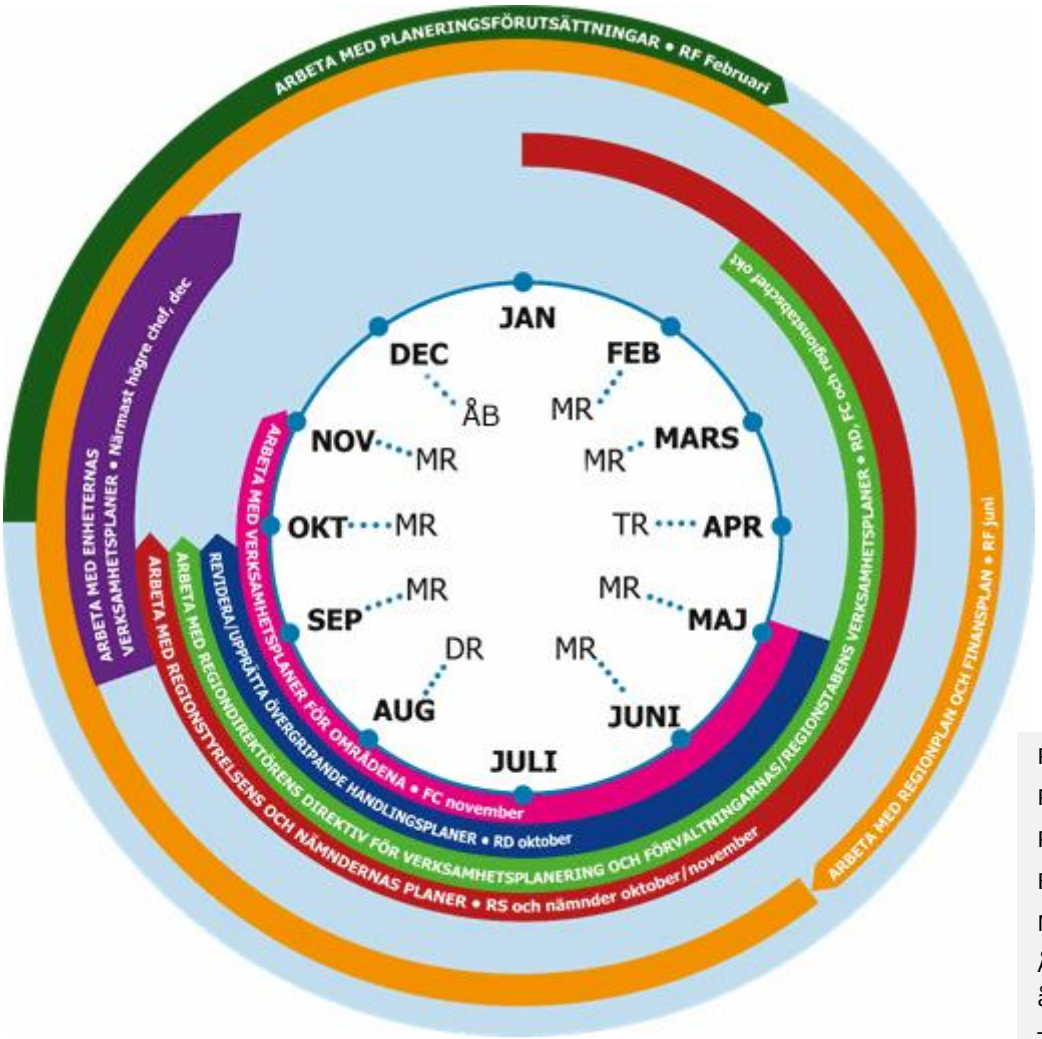
Figuren nedan summerar uppföljning av målen på de olika nivåerna

Figur 4 Sammanställning av uppföljning



Figur 5: Planering, beslut och uppföljning

Figur nedan visar när i tid de olika styrdokumenten utarbetas och när uppföljning görs.



RF=Regionfullmäktige
RS=Regionstyrelsen
RD=Regiondirektör
FC=Förvaltningschef
MR=Månadsrapport
ÅB=Årsbokslut/ årsredovisning
TR=Tertialrapport
DR=Delårsbokslut/

6 RAPPORTERNA

De övergripande rapporterna ska spegla helheten och summera uppföljningen som gjorts på nämnd och styrelsenivå, förvaltningsnivå och på områdesnivå. Årsredovisningen på övergripande nivå är den mest omfattande rapporten och ska förutom att summera helheten sammanfatta hur det har gått under året och hur situationen ser ut vid räkenskapsårets utgång samt utgå från aktuella lagar och allmänna direktiv.

Anvisningar för uppföljning skickas ut i samband med tertialrapport, delårsrapport och årsredovisning. För månadsrapporter skickas anvisningar ut i början av året. Arbetsprocessen ska följa uppsatt tidplan för ekonomi som tas fram av ekonomi- och personalavdelningen. Återkoppling på uppföljning ska ske på respektive nivå till medarbetarna. Ansvarig chef ansvarar för att eventuella åtgärder vidtas utifrån uppföljningen.

Nedan redovisas vad de olika rapporterna ska innehålla samt ansvar och frekvens. Innehållet kan kompletteras med fördjupningar eller behöva anpassas utifrån exempelvis aktuellt ekonomiskt läge.

Rapport	Frekvens	Innehåll	Ansvar	Beslut
Månadsrapport Områdesnivå	februari, maj och oktober.	- Ekonomi - Viktiga händelser - Aktiva mål i regionstyrelsens verksamhetsplan - Personal - Produktion	Områdeschef och förvaltningschef genom närstöd och stabsfunktioner.	Områdeschef Regionstabschef
Månadsrapport Region-övergripande	februari, mars, maj, juni, sept, okt och nov.	Innehåll enligt ovan	Ekonomidirektör	Regionstyrelsen
Tertialrapport **Delårsrapport** **Årsbokslut** Områdesnivå Förvaltningsnivå Nämndnivå	April	Samma innehåll som månadsrapport samt - Måluppfyllelse av egna mål och aktiviteter i egen verksamhetsplan.	Områdeschef och Förvaltningschef genom närstöd och stabsfunktioner. Ekonomidirektör	Respektive ansvarig chef eller nämnd/styrelse
Tertialrapport Region-övergripande	April	Samma som ovan samt - summering av måluppfyllelse för de olika perspektiven (utifrån framgångsfaktorer) - uppföljning av region-direktörens fokusområden.	Ekonomidirektör	Regionstyrelsen
Delårsrapport **Årsredovisning** Region-övergripande		Samma som tertialrapport samt övrigt innehåll utifrån lag.	Ekonomidirektör	Regionfullmäktige

7 UPPSIKTSPLIKT

Utifrån kommunallagen 6 kap 1 § ska styrelsen leda och samordna förvaltningen av kommunens eller landstingets angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnders verksamhet. Styrelsen ska också ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnders verksamhet. Styrelsen ska också ha uppsikt över kommunal verksamhet som bedrivs i sådana juridiska personer som avses i 3 kap. 16 a – 18 b §§ och sådana kommunalförbund som kommunen eller landstinget är medlem i. (Lag (2014:573).

Uppsiktsplikten innebär att styrelsen har en särställning bland nämnderna och ska ha en övergripande kontroll över verksamheten. Den garanterar också att nämnder, egna bolag (och styrelse) bedriver verksamheten i enlighet med regionfullmäktiges mål och riktlinjer, att lagar och förordningar efterlevs samt att den ekonomiska förvaltningen är effektiv och säker. Styrelsen har rätt att göra påpekanden samt lämna råd och anvisningar om nämnders och egna bolags verksamheter. Dock har styrelsen ingen laglig rätt att besluta om verksamhet som nämnden har ansvar över.

Regionstyrelsen beslutade den 25 januari 2017 om regler för regionstyrelsens uppsiktsplikt (RS/2324/2016). Reglerna innebär att styrelsen löpande ska inhämta den information som behövs för att kunna utföra sin uppsiktsplikt. Detta sker genom att styrelsen tar den av månadsrapporter, delårsrapporter, bokslut och protokoll. Utöver det ska också informationen inhämtas som visar hur nämnd, bolag eller stiftelse uppfyller sitt syfte och uppdrag utifrån gällande bolagsordning, ägardirektiv, stadgar etc. samt hur de uppfyller sina övergripande mål utifrån regionplanen. Det ska även ingå en redovisning om ekonomi samt hur egenkontroll görs. Styrelsen ska årligen ta fram en plan för hur uppsiktsplikten ska genomföras Planen ska innehålla det urval av nämnder, bolag, stiftelser och föreningen som styrelsen avser utöva särskild uppsiktsplikt på samt tidpunkt för skriftliga och muntliga föredragningar. I samband med att styrelsen antar sin plan för uppsikt görs en skriftlig utvärdering av den utförda uppsikten för förgående verksamhetsår. Regionfullmäktige ska via informationsärende ta den av denna utvärdering.

8 INTERNKONTROLL

Utöver ordinarie uppföljning kompletteras regionstyrelsens och nämndernas uppföljningsplaner av separata internkontrollplaner som fastställs i november varje år. Sådana upprättas för att styrelsen och nämnderna ska ha möjlighet att genomföra ytterligare kontroller för att säkerställa att verksamheten når sina mål, följer regler och att eventuella risker på vägen dit minimeras. Internkontroll har också ett förebyggande syfte och skapar en trygghet för de anställda.

Internkontroll handlar om att ha ordning och reda, att veta att det som ska göras blir gjort och att det sker på ett effektivt och säkert sätt. Den process som omfattar intern kontroll syftar till att försäkra sig om målen uppfylls inom följande kategorier:

- Effektivitet och produktivitet i verksamheten.
- Tillförlitlig finansiell rapportering.

- Efterlevnad av tillämpliga lagar och regler.

Internkontrollen bygger på gjorda risk- och konsekvensanalyser och utgår från styrelsens eller nämndens verksamhetsplan. Valda riskområden följs upp och redovisas två gånger per år. Styrelsen beslutar därefter om eventuella åtgärdsplaner utifrån gjorda redovisningar. I Regionstyrelsens internkontrollreglemente (RS/1657/2015) regleras arbetet med internkoll.

9 SAMMANHÅLLANDE OCH EFTERARBETE

9.1 Sammanhållande

Regionstaben ansvarar för att styrmodellen är tydlig och att den används i det dagliga arbetet. I det uppdraget ingår att tillhandahålla dokument som beskriver hur regionen ska arbeta med de interna processerna kring ledning och styrning, uppföljning samt ärendeberedning och dokumenthantering. Regionstaben är också sammanhållande för arbetet med regionplanen, styrelsens, vårdvalsnämndens och regiondirektörens verksamhetsplaner, uppföljningsplaner och internkontrollplaner. Regionala utvecklingsnämndens förvaltning är sammanhållande för regionala utvecklingsnämndens verksamhetsplan och övriga verksamhetsplaner som utarbetas inom regionala utvecklingsnämndens förvaltning.

Samordningskansliet ansvarar för att samtliga styrande dokument publiceras i ledningssystemet och återfinns på Insidan.

9.2 Mallar

Alla planerings- och uppföljningsdokument ska upprättas och färdigställas i mallar som finns i ärendehanteringssystemet Platina med undantag för de som får hanteras i Centuri. Mallarna för uppföljningen ska direkt utgå från verksamhetsplanerna.

9.3 Registrering och diarieföring av styrande dokument

Styrande dokument hanteras och diarieförs i ärendehanteringssystemet Platina med undantag av de som får hanteras i dokumenthanteringssystemet Centuri. I regionens Rutin för dokumenthantering och ärendeberedning framgår när vilket respektive system ska användas. Där framgår också vilka rutiner som gäller för arkivering. För att de styrande dokumenten ska vara sökbara är det viktigt att de döps på ett enhetligt sätt, både i dokumentet och i det ärende- eller dokumenthanteringssystem som de registreras i. I respektive rutin finns anvisningar för vad som gäller för respektive dokument.

10 STÖDDOKUMENT I ARBETET MED STYRMODELLEN

Dokumenthanteringsregler (RS/447/2015)
Regler för ärendeberedning och dokumenthantering (RS/487/2015)
Regler för styrelsens uppföljningsansvar och uppsiktsplikt (RS/385/2015)
Reglemente för Internkontroll i Region Jämtland Härjedalen (RS/1657/2015)
Mall för Policy och Riktlinjer för upprättande av policy (LS/1595/2012)
Mall för långsiktiga utvecklingsplaner (RS/406/2015)
Rutin och Mall för upprättande av övergripande handlingsplaner (RS/1321/2015)

BILAGA: SAMMANSTÄLLNING

Mål	Planering			Uppföljning		
	Arbetsperiod	Beslutsinstans	Ansvarig	Arbetsperiod	Beslutsinstans	Ansvarig
LÄNSMÅL Länsövergripande mål	Revideras löpande	Regionfullmäktige	Regiondirektör Bitr. RD	Följs upp på olika nivåer	Regionfullmäktige	Förtroendevalda
POLICYER Värderingar, förhållningssätt	Vart fjärde år	Regionfullmäktige	Policyägare	Regionfullmäktiges presidium ca 1 gång per mandatperiod	Regionfullmäktige	Regionstabschef
REGIONPLAN Strategiska mål 3-åriga	Jan - Maj	Regionfullmäktige Juni	Planerings-direktör	Tertialrapport april Delårsrapport augusti Årsredovisning	RS Maj RF Oktober RF April	Ekonomidirektör
FINANSPLAN Finansiella mål Ekonomiska ramar	Jan - Maj	Regionfullmäktige Juni	Ekonomidirektör	Månadsrapporter feb, mars, maj, juni, sept, okt, nov Tertialrapport april, Delårsrapport augusti Årsredovisning	Regionstyrelsen - mötet närmast efter aktuell månad för uppföljning. RF Juni RF November RF April	Ekonomidirektör
REGIONSTYRELSENS VERKSAMHETSPLAN Framgångsfaktorer Aktiva mål	Jan - Okt	Regionstyrelsen November	Planerings-direktör	Månadsrapport (aktiva mål) Tertialrapport april Delårsrapport augusti Årsbokslut Samt i enlighet med uppföljningsplan	Månad efter resp. rapport RS Maj RS September RS Mars	Ekonomidirektör
NÄMNDERNAS VERKSAMHETSPLAN	Jan - Okt	Respektive nämnd November	Förvaltningschef RUF	Tertialrapport Delårsrapport	Respektive nämnd enligt	RUN – Förvaltningschef

Mål	Planering			Uppföljning		
	Arbetsperiod	Beslutsinstans	Ansvarig	Arbetsperiod	Beslutsinstans	Ansvarig
Framgångsfaktorer Aktiva mål			Chef beställarenheten	Årsbokslut Samt i enlighet med uppföljningsplan	sammanträdeskalender	VVN – Chef för beställarenheten
RD **DIREKTIV**	Jan - Maj	Regiondirektör Juni	Regiondirektör,	Maj-Juni	Regiondirektör	Regiondirektör
Övergripande HP Mål och aktiviteter för att nå övergripande mål	Juni - Sept	Regiondirektör Oktober	Verksamhets-strateger	Tertialrapport april Delårsrapport augusti Årsbokslut Samt särskilda redovisningar	RF juni RF Oktober RF Mars	Verksamhets strateger
Förvaltningarnas/ regionstabens verksamhetsplan Aktiviteter + resultatmått	Feb - Okt	Förvaltningschef/ regionstabschef September/ Oktober	Förvaltningschef/ regionstabschef	Tertialrapport april Delårsrapport augusti Årsbokslut För RUF görs inga rapporter på förvaltningsnivå	Förvaltningschef/ Regionstabschef	Förvaltningschef
Områdenas/ Avdelningarnas Verksamhetsplaner Verksamhetsspecifika mål	Maj - Nov	Förvaltningschef November	Områdeschef	Månadsrapporter feb, maj, okt, Delårsrapport Årsbokslut För områden inom RUF görs inga fördjupade rapporter-	Förvaltningschef	Områdeschef
Enheternas VP Verksamhetsspecifika mål	September - December	Övre linjechef December	Enhetschef	Egen uppföljning	Övre linjechef	Enhetschef

47

Omdisponering av budget för privata vårdgivare

RS/1819/2016

2017-05-12

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

RS/1819/2016

Omdisponering av budget för privata vårdgivare

Ärendebeskrivning

Region Jämtland Härjedalen har sen 80-talet haft ett avtal med ortoped vars verksamhet sedan år 2012 enbart gäller bedömning av ryggar. Patienter har efter remiss från annan läkare fått hjälp med bedömning/diagnostik och förslag på behandling. Avtalet löpte ut 2016-12-31 och därefter har ortopedkliniken på sjukhuset återtagit verksamheten genom att nyanställa en ortopedläkare.

I budgeten för vårdvalsnämnden 2017 finns 1 200 000 kr avsatta för ovan nämnda verksamhet. Då område ortopedi återtagit verksamheten från 1 januari 2017 föreslår vårdvalsnämnden att ovanstående summa bör följa med uppdraget och omfördelas till regionstyrelsens budget för 2017.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Budgeten för ortopedi avseende bedömning av ryggar motsvarande 1 200 000 kr överförs från vårdvalsnämndens budget till regionstyrelsens budget för 2017.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf regiondirektör

Bo Carlbark
Ekonomidirektör

Utdrag till

Vårdvalsnämnden
Ekonomidirektör
Beställarchef

§28

Omdisponering av budget för privata vårdgivare (VVN/19/2016)

Sammanfattning

Region Jämtland Härjedalen har sen 80-talet haft ett avtal med ortoped vars verksamhet sedan år 2012 enbart gäller bedömning av ryggar. Patienter har efter remiss från annan läkare fått hjälp med bedömning/diagnostik och förslag på behandling. Avtalet löpte ut 2016-12-31 och därefter har ortopedkliniken på sjukhuset återtagit verksamheten genom att nyanställa en ortopedläkare.

I budgeten för vårdvalsnämnden 2017 finns 1 200 000 kr avsatta för ovan nämnda verksamhet.

Då område ortopedi återtagit verksamheten från 1 januari 2017 bör ovanstående summa följa med uppdraget.

Förslag till beslut

Vårdvalsnämnden föreslår regionstyrelsen

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

1. Budgeten för ortopedi avseende bedömning av ryggar motsvarande 1 200 000 kr överförs till regionstyrelsen.

2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Beslut

Vårdvalsnämnden föreslår regionstyrelsen

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

1. Budgeten för ortopedi avseende bedömning av ryggar motsvarande 1 200 000 kr överförs till regionstyrelsen.

2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Expedieras till

Beställarchef

Chef område ortopedi

Ekonomidirektör

Häls- och sjukvårdsdirektör

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse

48

Införande av möjlighet att ställa remisskrav för viss vård och behandling

RS/438/2017

Tjänsteskrivelse
Regionstyrelsen

2017-05-0808

Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen
Lena Svedh
Tfn: 063/142474
E-post: lena.weinstock-svedh@regionjh.selena.weinstock-svedh@regionjh.se

RS/438/2017

Införande av möjlighet att ställa remisskrav för viss vård och behandling

Ärendebeskrivning

Den 1 januari 2015 infördes Patientlagen (2014:821) vilket bland annat innebär att medborgarna har rätt att söka öppenvård vart man vill i Sverige. Som medborgare har man alltså rätt att söka öppenvård som bedrivs i ett annat landsting/region eller hos privat aktör som har avtal med något landsting/region, och som vårdgivare är du skyldig att ta emot patienter utanför det egna hemlandstinget. Om man söker vård utanför sitt hemlandsting får man som patient själv bekosta resor och eventuellt boende.

När ett besök görs hos en extern vårdgivare verksam i annat län än där man är folkbokförd och som har avtal med ett landsting/region förutsätts att man följer både vårdlandstinget och hemlandstingets regelverk för remisskrav för att få ersättning för utfört besök. Rätten att utfärda remissen har vårdgivare i samtliga landsting/regioner inklusive privata vårdgivare som har avtal med ett landsting eller region.

Om en privat vårdgivare har ett vårdavtal med ett landsting/region får de, enligt riksavtalet, inte själva fakturera ett hemlandsting för utomlänsbesök utan de ska fakturera de landsting/region som de har avtal med som i sin tur får fakturera hemlandstingen för utförd utomlänsvård. För Region Jämtland Härjedalen innebär det för närvarande att en tjänst på ca 20 % ägnar sig åt att fakturera hemlandsting för utomlänsbesök som är utförda hos privata aktörer som Region Jämtland Härjedalen har avtal med.

När regionfullmäktige år 2015 införde egen vårdbegäran (RS/219/2015) togs krav på läkarremiss bort som gör att patienterna i praktiken själva kan skriva sin remiss för att få vård och behandling inom den öppna vården vart som helst i Sverige. Detta har bland annat medfört att landstingen/regionerna fått minskad kostnadskontroll på vård som länets medborgare tagit del av från vårdgivare i andra delar av landet. För att få bättre kostnadskontroll återinför därför vissa landsting/regioner remisstvång för viss vård, se nuläge i beslutsunderlag. Man kan också göra jämförelsen med läkare på nätet som en privat aktör i Jönköping infört, där Region Jämtland Härjedalen inte har någon kostnadskontroll över besöken som länets medborgare genomfört där.

Det är alltid det medicinska behovet som ska styra men ibland kan hemlandstingen, som bekostar behandlingen, och den som utfärdar behandlingen ha olika uppfattning om det medicinska behovet och vid sådana åkommor kan det vara bra med tydliga remisser. Ett sådant exempel kan vara medicinsk fotvård där fotvårdaren gör en bedömning och läkaren/sjuksköterskan en annan.

Ibland kan Region Jämtland Härjedalen snabbt behöva upphandla privat vård eller köpa vård från andra landsting/regioner, exempelvis psykologutredningar och smärtbehandlingar vilket då öppnar upp för medborgare i hela Sverige att söka vård utifrån varje landsting/regions regelverk för remisskrav. För att vi och övriga vårdsverige ska få bättre kontroll föreslås därför att remisskrav återinförs för viss vård- och behandling och att regionstyrelsen får rätt att fatta beslut om för vilka åtgärder remisskrav inom öppen vård ska gälla. Remisskravet gäller såväl internt som externt.

Ärendet behandlades vid regionfullmäktiges sammanträde 25-26 april och återremitterades då till regionstyrelsen för komplettering. Ovanstående ärendebeskrivning har nu kompletterats och en bilaga från SKL med redovisning av landstingens krav på remiss i öppen vård bifogas.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

1. Möjlighet att ställa krav på läkarremiss till viss vård och behandling inom öppen specialiserad hälso- och sjukvård införs från och med 2017-07-01.

2. Regionfullmäktige ger regionstyrelsen delegation på att fatta beslut om när och för vilka åtgärder läkarremiss återinförs för vård och behandling inom öppen specialiserad hälso- och sjukvård.

3. Rätten att utfärda egen vårdbegäran upphävs för vård och behandling som omfattas av punkten 2.

Ingela Jönsson
Tf regiondirektör

Lena Weinstock Svedh
Beställarchef

Utdrag till

Hälso- och sjukvårdsdirektör
Beställarchef
Upphandlingschef

Sveriges Kommuner och Landsting

Vårt dnr
16/06587

2017-03-29

Avd för vård och omsorg
Sektionen för hälso- och sjukvård
Hasse Knutsson

Landstingens och regionernas kanslier

Redovisning av landstingens krav på remiss i öppen vård – uppdatering nr 2 mars 2017

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) redovisar i bifogad bilaga en uppdaterad förteckning över landstingens beslut om krav på remiss i öppen vård till annan specialistläkare än specialistläkare i allmänmedicin samt fysioterapeut/sjukgymnast.

Den redovisning angående krav på remiss i Region Örebro län som publicerades den 24 mars 2017 behöver justeras i enlighet med följande. Nyheten är att Region Örebro län fr.o.m. den 1 april 2017 kräver remiss för utredning av könsdysfori.

SKL vill nämna att landstingen inte kan införa krav på remiss inom specialiteterna barnmedicin, gynekologi och psykiatri hos privatläkare, som ger vård enligt lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning.

Den uppdaterade förteckningen finns även tillgänglig som pdf-dokument här under rubriken ”Riksavtalet för utomlänsvård”.

Med vänlig hälsning

Hasse Knutsson

För kännedom:
Landstingens uppgiftslämnare
Sjukvårdsregionerna/samverkansnämnderna

Sveriges Kommuner och Landsting
Post: 118 82 Stockholm, *Besök*: Hornsgatan 20
Tfn: växel 08-452 70 00, *Fax*: 08-452 70 50
info@skl.se
remissmars17a

Org nr: 222000-0315

www.skl.se

Sammanställning över krav på remiss i öppen vård till annan specialistläkare än specialistläkare i allmän medicin samt fysioterapeut/sjukgymnast

I riksavtalet för utomlänsvård regleras i kapitel 4.1 frågan om icke akut öppen vård och sjukvårdande behandling till utomlänspatienter. 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 fysioterapi. **Det är således nödvändigt i dessa fall, för att få ersättning från patientens hemlandsting, att behandlande specialistläkare i öppen vård och fysioterapeut/sjukgymnast vid besök av patienter från andra landsting förvissar sig om att patienterna inte omfattas av remissregler.** Enligt riksavtalet kan bestämmelserna i bl.a. kapitel 4 ersättas med avtal inom sjukvårdsregionen eller avtal mellan landsting.

Landsting med uppgift om länskod	Läkare Remisskrav JA	Läkare Remisskrav NEJ	Fysioterapeut/ sjukgymnast Remisskrav JA	Fysioterapeut/ sjukgymnast Remisskrav NEJ	Kommentar
Stockholms läns landsting 01	**X**			**X**	Remisskrav gäller för: logopedi obstetriska ultraljud medicinsk fotsjukvård huddiatermi planerad specialiserad rehabilitering öron-näsa-hals-akuten/Karolinska Universitetssjukhuset Solna (med undantag av vård som inte kan anstå). Krav på remiss gäller, från 1/1 2017, till vårdgivare med avtal enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) inom * vårdval specialiserad hudsjukvård * vårdval specialiserad öron-, näsa- och halssjukvård.
Landstinget i Uppsala län 03	**X**			**X**	Krav på remiss till psykoterapibehandling
Landstinget Sörmland 04		**X**		**X**	
Region Östergötland 05	**X**			**X**	Regionen har ett avtal om integrativmedicinsk vård och behandling med antroposofisk inriktning som kräver remiss från landstingsfinansierad vårdcentral eller specialistklinik.
Region Jönköpings län 06	**X**			**X**	Krav på remiss gäller till vårdgivare med avtal enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) inom öppen specialiserad ögonsjukvård för vuxna, 18 år och äldre.
Region Kronoberg 07		**X**		**X**	
Landstinget i Kalmar län 08		**X**		**X**	

Landsting med uppgift om länskod	Läkare Remisskrav JA	Läkare Remisskrav NEJ	Fysioterapeut/ sjukgymnast Remisskrav JA	Fysioterapeut/ sjukgymnast Remisskrav NEJ	Kommentar
Landstinget Blekinge 10		**X**		**X**	
Region Skåne 12		**X**		**X**	
Region Halland 13		**X**		**X**	
Västra Götalandsregionen 14		**X**		**X**	
Landstinget i Värmland 17	**X**			**X**	Krav på remiss gäller endast för neuropsykiatriska utredningar.
Region Örebro län 18	**X**			**X**	För skolbarns besök hos logoped vid dyslexi bedömning från elevhälsan och specialistläkare. Vid språkstörning även psykologbedömning samt vid dyskalkyli även särskilt underlag. Krav på remiss gäller, fr.o.m. den 1 april 2017, för utredning av könsdysfori.
Landstinget Västmanland 19		**X**		**X**	
Landstinget Dalarna 20		**X**		**X**	
Region Gävleborg 21		**X**		**X**	
Landstinget Västernorrland 22		**X**		**X**	
Region Jämtland Härjedalen 23		**X**		**X**	
Västerbottens läns landsting 24	**X**			**X**	Remisskrav gäller för barn- och ungdomspsykiatri, barn- och ungdomsklinik, hudmottagning, habiliteringscentrum, laboratoriemedicin och röntgenavdelningarna.
Norrbottens läns landsting 25		**X**		**X**	
Region Gotland 09	**X**			**X**	Remisskrav till barnmedicin för barn över 2 år.

49

Förfrågningsunderlag Hälsoval Region Jämtland Härjedalen 2018

RS/1044/2017

2017-05-12

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

RS/1044/2017

Förfrågningsunderlag Hälsoval Region Jämtland Härjedalen 2018

Ärendebeskrivning

Hälsoval Jämtlands län infördes den 1 januari 2010 i enlighet med lagen om valfrihetssystem (LOV) med ett samlat åtagande för invånarnas behov av primärvård i länet. Vid regionbildningen 2015 byttes det till namnet Hälsoval Region Jämtland Härjedalen. Hälsovalet innebär att medborgarna har rätt att välja primärvård mellan de vårdgivare som regionen godkänt och tecknat avtal med. Genom det individuella valet av utförare följer en ersättning till vårdgivaren.

Regionfullmäktige beslutade vid mötet den 14-15 juni 2016 om förfrågningsunderlaget gällande 2017. Komplettering fastställdes av vårdvalsnämnden den 10 november 2016. Region Jämtland Härjedalen beslutar årligen i juni månad om villkorsförändringar som ska träda i kraft den 1 januari efterföljande år.

Förslag till förändringar inför 2018 redovisas i beslutsunderlag. I förfrågningsunderlaget med bilagor redovisas dokument för uppdraget som ska uppfyllas för att få vara en del av i Hälsoval Region Jämtland Härjedalen.

Vårdvalsnämnden behandlade ärendet 2017-05-11, § 22 och föreslår att regionfullmäktige

1. Förändringar i förfrågningsunderlaget Hälsoval Region Jämtland Härjedalen 2018 (VVN/6/2017) med bilagor fastställs.
2. Eventuella kompletteringar och ytterligare justeringar uppdras till vårdvalsnämnden att fatta beslut om i november 2017.

Regiondirektörens förslag

1. Regionstyrelsen tillstyrker vårdvalsnämndens förslag.

2. Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Vårdvalsnämnden får i uppdrag att tillsammans med regionstyrelsen se över förfrågningsunderlaget inför 2019 för att undersöka möjligheterna att ytterligare stimulera primärvårdens utveckling som styrande i regionens sjukvårdssystem.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Mikael Ferm
Regionstabschef

Utdrag till

Regionfullmäktige

§22

Förfrågningsunderlag Hälsoval Region Jämtland Härjedalen 2018 (VVN/6/2017)

Sammanfattning

Hälsoval Jämtlands län infördes den 1 januari 2010 i enlighet med lagen om valfrihetssystem (LOV) med ett samlat åtagande för invånarnas behov av primärvård i länet. Vid regionbildningen 2015 byttes det till namnet Hälsoval Region Jämtland Härjedalen. Hälsovalet innebär att medborgarna har rätt att välja primärvård mellan de vårdgivare som regionen godkänt och tecknat avtal med. Genom det individuella valet av utförare följer en ersättning till vårdgivaren.

Regionfullmäktige beslutade vid mötet den 14-15 juni 2016 om förfrågningsunderlaget gällande 2017. Komplettering fastställdes av vårdvalsnämnden den 10 november 2016. Region Jämtland Härjedalen beslutar årligen i juni månad om villkorsförändringar som ska träda i kraft den 1 januari efterföljande år.

Förslag till förändringar inför 2018 redovisas i beslutsunderlag. I förfrågningsunderlaget med bilagor redovisas dokument för uppdraget som ska uppfyllas för att få vara en del av i Hälsoval Region Jämtland Härjedalen.

Förslag till beslut

Vårdvalsnämnden föreslår regionfullmäktige

1. Förändringar i förfrågningsunderlaget Hälsoval Region Jämtland Härjedalen 2018 (VVN 6/2017) med bilagor fastställs.

2. Eventuella kompletteringar och ytterligare justeringar uppdras till vårdvalsnämnden att fatta beslut om i november 2017.

3. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Yrkande

Cristine Persson (C) yrkar:

1. Avslag på förfrågningsunderlaget Hälsoval Region Jämtland Härjedalen 2018 (VVN 6/2017) med bilagor och föreslår att nytt förfrågningsunderlag Hälsoval Region Jämtland Härjedalen 2018 tas fram med nedanstående förändringar:

2. Att Hälsocentralernas basuppdrag ska utgå från en läkare, som inte behöver vara en allmän specialist läkare

3. Att listning ska göras på läkare

4. Att ersättning för OH och labbprov ska ses över för att uppnå konkurrensneutralitet

Proposition

Ordförande ställer proposition på regiondirektörens förslag och Cristine Perssons (C) yrkande och finner regiondirektörens förslag antaget.

Beslut

Vårdvalsnämnden föreslår regionfullmäktige

1. Förändringar i förfrågningsunderlaget Hälsoval Region Jämtland Härjedalen 2018 (VVN 6/2017) med bilagor fastställs.

2. Eventuella kompletteringar och ytterligare justeringar uppdras till vårdvalsnämnden att fatta beslut om i november 2017.

3. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Reservation

Cristine Persson (C) rererverar sig mot beslutet till förmån för sitt eget yrkande.

Expedieras till

Beställarchef

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse
- Förfrågningsunderlag Hälsoval Region Jämtland Härjedalen 2018
- Bilaga 1. Listningsregler

DNR VVN/6/2017

regionjh.se/halsoval

Förfrågningsunderlag

Hälsoval Region Jämtland Härjedalen 2018

Alla ändringar är markerade med en linje i vänster marginal.

Tillägg är skriven med röd text.

~~Det som skall tas bort är överstruket.~~

Gulmarkering= uppgifter ej klara i skrivande stund

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INNEHÅLLSFÖRTECKNING 2

INBJUDAN ATT LÄMNA ANSÖKAN OM ATT DELTA I HÄLSOVAL REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN 6

1 DEFINITIONER 8

2 INLEDNING 9

2.1 Allmänt om Hälsoval Region Jämtland Härjedalen 9

2.2 Vårdgivarens åtagande och uppdrag 10

2.2.1 Närområde Gäddede 10

2.3 Listning 10

3 UPPDRAGSSPECIFIKATION 11

3.1 Omfattning 11

3.1.1 Mottagningsverksamhet för såväl akut som planerad utredning, vård och behandling 12

3.1.2 Rehabilitering, habilitering och rehabkoordinatorer 13

3.1.3 Läkarinsatser inom den kommunala hälso- och sjukvården 15

3.1.4 Rådgivning 16

3.1.5 Jour och beredskap 16

3.1.6 Mödrahälsovård 17

3.1.7 Barnhälsovård 17

3.1.8 Medicinsk service 18

3.1.9 Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser 19

3.1.10 Smittskydd och vårdhygien 19

3.1.11 Utbildningsansvar 19

3.2 Läkemedel 20

3.3 Hjälpmedel 21

3.4 Tillgänglighet 21

3.5 Samverkan 22

3.5.1 Informationsöverföring och vårdplanering 22

3.6 Kvalitet och patientsäkerhetsarbete 22

3.7 Kris och katastrofberedskap 24
3.8 Samhällsmedicinskt ansvar 24
3.9 Forskning och utveckling 25
3.10 Tilläggsuppdrag 25
3.10.1 Familjecentral 26
3.10.2 Särskilt boende 26
3.10.3 Utveckling och utbildning 26
3.10.4 Fortbildning 27
3.10.5 ST-läkare 27
3.10.6 AT-läkare 27
3.10.7 AT- och ST-studierektor inom primärvård 27
3.10.8 Lektor inom regionaliserad läkarutbildning 28
3.10.9 Ambulansverksamhet i Gäddede 28
3.10.10 Utvecklingsuppdrag folkhälsoarbete 28
~~3.10.11 Rehabkoordinator~~ 28
3.10.12 Primärvårdskonsulter 29
3.10.13 Avståndsoberoende tjänst 29
3.11 Verksamheter som inte omfattas av Hälsovalet 29
4 ERSÄTTNING 30
4.1 Ersättning för listade personer 31
4.1.1 Ersättning per listad person 31
4.1.2 Socioekonomisk faktor 32
4.1.3 Glesbygdsfaktor 32
4.1.4 Läkemedel 33
4.2 Rörlig ersättning 33
4.2.1 Patientavgift 34
4.2.2 Patienter från andra landsting/regioner och andra länder 34
~~4.2.3~~ Asylsökande/ ~~kvotflyktingar/~~ tillståndslösa 34
4.2.4 Patienter som inte är listade på vårdenheten 35

4.2.5 Ersättning för utbildning och handledning 35

4.2.6 Överenskommelser mellan staten och SKL 35

4.2.6.1 En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 35

4.2.7 Utveckling 2018 36

4.3 Tilläggsersättning 36

4.3.1 Familjecentral 37

4.3.2 Särskilt boende 37

4.3.3 Utveckling och utbildning 37

4.3.4 Fortbildning 37

4.3.5 ST-läkare 37

4.3.6 AT-läkare 38

4.3.7 AT- och ST-studierektor inom primärvård 38

4.3.8 Ambulansverksamhet i Gäddede 38

4.3.9 Utvecklingsuppdrag för folkhälsoinsatser 38

~~4.3.10 Rehabkoordinatorer~~ 38

4.3.11 Primärvårdskonsulter 38

5 UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING 39

5.1 Allmänna förutsättningar 39

5.2 Struktur 40

6 ALLMÄNNA VILLKOR 42

6.1 Lagar, förordningar och anvisningar 42

6.2 Styrdokument och policyskrifter 42

6.3 Kompetens och bemanning 42

6.4 Underleverantör 43

6.5 Patientjournal 43

6.6 Patientnämnd 43

6.7 Patientförsäkring 43

6.8 Försäkringar 44

6.9 Utrustning 44

6.10 Annan verksamhet 44

6.11 Lokaler 44

6.12 Information 45

6.12.1 Hälsovalssymbol för signal om godkännande 45

6.12.2 Kontaktuppgifter och grundutbud 45

6.12.3 Väntrumsinformation 45

6.12.4 E-tjänster och utveckling av informationstjänster 45

6.12.4.1 Utlämning av SITHS e-tjänstekort 46

6.13 Marknadsföring 46

6.14 Sjukresor 46

6.15 Tolkservice 47

6.15.1 Språktolk 47

6.15.2 Tolkcentralens tjänster 47

6.16 It-tjänster/system 47

6.17 Telefoni 48

6.18 Miljökrav 49

6.19 Allmänhetens insyn och meddelarfrihet 49

6.20 ~~Personuppgiftslagen~~ Dataskyddsförordningen 49

6.21 Kollektivavtal eller likvärdigt 49

6.22 Sekretess och tystnadsplikt 49

6.23 Skatte- och avgiftsskyldighet 50

6.24 Medicinsk revision 50

6.25 Revision 50

6.26 Ändringar och tillägg på regionens begäran 50

6.27 Omförhandling 51

6.28 Brister i fullgörande 51

6.28.1 Vite 51

6.28.2 Vite i särskilda fall 51

6.29 Avtalets förtida upphörande 52

6.30 Samverkan med regionen vid avtalets upphörande 52

6.31 Befrielsegrunder (Force Majeure) 52

6.32 Ogiltig bestämmelse i avtalet 53

6.33 Tvist 53

6.34 Ansvar 53

6.34.1 Arbetsgivaransvar 53

6.35 Faktureringsvillkor 54

6.36 Köp av servicetjänster 54

7 FÖRESKRIFTER FÖR ANSÖKAN 55

7.1 **Tidpunkt för driftstart** 55
7.2 Ansvarig region 55
7.3 Ansvarig handläggare för ansökan 56
7.3.1 Uppgifter om Hälsoval Region Jämtland Härjedalen 56
7.3.2 Uppgifter om ansökan 56
7.4 Ansökningsförfarande 56
7.5 Ansökans form och innehåll 56
7.6 Rättelse av fel, förtydligande och komplettering av ansökan 56
7.7 Avlämnande av ansökan 57
7.8 Ansökningstidens utgång 57
7.9 Krav för godkännande 57
7.10 Registreringsskyldigheter, betalning av skatter och avgifter 57
7.11 Teknisk förmåga och kapacitet 58
7.12 Tillgång till andra företags kapacitet 59
7.13 Finansiell och ekonomisk ställning 59
7.14 Företag under bildande 60
7.15 Ändrad ägarstruktur hos vårdgivare 60
7.16 Anmälan till Socialstyrelsen 60
7.17 PRÖVNING AV ansökan 60
7.18 Ansökans giltighetstid 61
7.19 Godkännande och avtalstecknande 61
7.19.1 Godkännande 61
7.19.2 Godkännandets giltighet 61
7.19.3 Verifiering 61
8 AVTALSMALL 62
8.1 Avtalsparter 62
8.2 Kontaktpersoner 62
8.3 Åtagande och omfattning 62
8.4 Handlingars inbördes ordning 62
8.5 Verksamhetens geografiska placering 63
8.6 Avtalstid 63
8.7 Överlåtelse av avtal 63
8.8 Underskrifter 64

DNR VVN/6/2017

INBJUDAN ATT LÄMNA ANSÖKAN OM ATT DELTA I HÄLSOVAL REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Region Jämtland Härjedalen bjuder härmed in intresserade vårdgivare att skicka in ansökan om att medverka i Hälsoval Region Jämtland Härjedalen.

Den 1 januari 2010 infördes valfrihetssystem i primärvården i dåvarande Jämtlands läns landsting. Beslutet fortsätter att gälla även efter övergången från Jämtlands läns landsting till Region Jämtland Härjedalen. Region Jämtland Härjedalen betonar de förebyggande och hälsofrämjande insatserna. Därför är benämningen på vårdvalssystemet: Hälsoval Region Jämtland Härjedalen. Valfrihet i primärvården innebär att medborgarnas ställning stärks genom att de fritt får välja vårdenhet.

De vårdenheter som uppfyller kraven i vårdvalssystemet Hälsoval Region Jämtland Härjedalen ska ha rätt att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning. Kraven gäller såväl offentliga som privata aktörer som väljer att verka inom Hälsoval Region Jämtland Härjedalen. Viktiga grundkrav är att den offentliga ersättningen följer den enskildes val av utförare.

Hälso- och sjukvård i Region Jämtland Härjedalen
Region Jämtland Härjedalens visione~~r~~ är: ~~”God hälsa och positiv livsmiljö för alla i Jämtlands län” samt~~ ”En region att längta till och växa i ”. ~~Det betyder bland annat att alla människor i Jämtland Härjedalen ska ha god hälsa och kunna hålla sig friska längre i ett hälsofrämjande län~~. Region Jämtland Härjedalens värdegrund anger att alla medarbetare i sina dagliga möten och samtal ska handla med respekt för alla människors lika värde, visa förtroende för andra och utgå från en helhetssyn på regionen och dem regionen är till för. Alla medarbetare ska uppfattas vara välkomnande, handlingskraftiga och pålitliga.

Länet har cirka 129 000 invånare i åtta kommuner med Östersund som residensstad. Avstånden i Jämtland Härjedalen är stora och med turismen ökar befolkningen periodvis dramatiskt. Den specialiserade vården bedrivs inom olika centrum och det enda sjukhuset finns i Östersund. Primärvården är basen i hälso- och sjukvården och en viktig del i ett glest befolkat län. Telefonsjuksköterskorna på 1177 Vårdguiden ger medborgarna råd om vård dygnet runt. Mer information om primärvården finns på Region Jämtland Härjedalens webbplats www.regionjh.se.

Ansökan
I det här förfrågningsunderlaget redovisar Region Jämtland Härjedalen alla dokument för uppdraget som ska uppfyllas för att få vara en del i Hälsoval Region Jämtland Härjedalen. Samtliga handlingar som är behövs för att ansöka om att bli deltagare i Hälsoval Region Jämtland Härjedalen finns att hämta på regionens hemsida, www.regionjh.se/halsoval eller på www.valfrihetswebben.se.

Med vänlig hälsning

David Adervall (S)
Vårdvalsnämndens ordförande

Ingela Jönsson
Tf regiondirektör

1 DEFINITIONER

Avtal: tecknas med externa vårdgivare, jämför överenskommelse

Bilaga: del av förfrågningsunderlaget

Filial: underavdelning till en vårdenhet, ej valbar för medborgarna

Förfrågningsunderlag: Underlag för ansökan om att delta i Hälsoval Region Jämtland Härjedalen som regionen tillhandahåller

Godkännande: Alla sökande som uppfyller kraven i förfrågningsunderlaget kommer att godkännas för att bli en del av Hälsoval Region Jämtland Härjedalen

Hemsjukvårdsavtal: Samverkansavtal mellan Region Jämtland Härjedalen och kommunerna i Jämtlands län gällande hemsjukvård.

Hälsocentral: används som begrepp för vårdenhet i kommunikation till medborgarna, se vårdenhet

Hälsoval Region Jämtland Härjedalen: Regionens benämning på valfrihetssystem inom primärvård.

Ickevalsalternativ: Alla vårdenheter tilldelas ett område dit nyinflyttade och nyfödda fördelas

Kapitering: Ersättning per listad invånare

Leverantör: Den som levererar tjänst åt vårdgivare

Listning: Begrepp som innebär att varje individ tillhör en vårdenhet, kan ske via aktivt eller passivt val

LOV: Lagen om valfrihetssystem SFS 2008:962

Närområde: Det geografiska område som ingår i den geografiska indelning av ickevalsalternativ

Primärvård: Hälso- och sjukvårdsverksamhet som utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svarar för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering och som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser enligt ~~5 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)~~ 2 kap 1-7 §§ hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Region: Region Jämtland Härjedalen, upphandlande myndighet

Särskilt boende: Boendeformer i kommunen för personer med omfattande behov av vård- och omsorg och tillgång till personal dygnet runt där läkare gör regelbundna besök

Vårdenhet: Vårdgivarens mottagning dit listning sker. Se hälsocentral

Vårdadministrativa systemet: COSMIC

Vårdgivare: Leverantör i Hälsoval Region Jämtland Härjedalen

Överenskommelse: Tecknas med verksamhet i egenregi, jämför avtal

2 INLEDNING

2.1 Allmänt om Hälsoval Region Jämtland Härjedalen

Hälsoval Region Jämtland Härjedalen infördes den 1 januari 2010 i enlighet med lagen om valfrihetssystem (LOV) med ett samlat åtagande för invånarnas behov av primärvård i länet. Vårdvalet innebär att medborgaren har rätt att välja mellan de vårdgivare som regionen godkänt och tecknat avtal med. Genom det individuella valet av utförare följer en ersättning till vårdgivaren.

Regionen är som sjukvårdshuvudman ansvarigt för att gentemot länets invånare tillhandahålla de tjänster som omfattas av Hälsoval Region Jämtland Härjedalen. Regionen är vidare ansvarig för att tillse att den vårdgivare som åtar sig att för regionens räkning ge vård inom Hälsoval Region Jämtland Härjedalen gör detta på ett sådant sätt att befolkningens vårdbehov tillgodoses på medicinskt kvalitativt bästa sätt.

Syftet är att primärvården ska fortsätta att utvecklas som basen för hälso- och sjukvården i länet. Primärvården ska tillgodose vården för dem som har behov av en nära och frekvent kontakt med hälso- och sjukvården. Patienterna ska erbjudas en god och säker vård med hög tillgänglighet så att de känner trygghet och har förtroende för vården.

Primärvården ska vara förstahandsval för medborgaren vid behov av vård, inom ramen för NEON principen (Närmsta Effektiva Omhändertagande Nivå). De principer som ska styra Hälsoval Region Jämtland Härjedalen är närhet, samordning, ekologiskt hållbar, folkhälsofrämjande, anpassningsbar, uppföljnings- och utvärderingsbar samt tillgänglig med ett processorienterat arbetssätt där särskild hänsyn ska tagas till de resurssvagas situation.

Primärvården ska vara ett tryggt och förtroendeingivande förstahandsval för medborgarna där vårdgivarens uppgift är att vara en väl fungerande bas i hälso- och sjukvården genom att dels fungera som medborgarnas/patienternas fasta rådgivare och samordnare av olika vårdinsatser, dels uppmuntra och stimulera till egenvård, svara för befolkningens behov av förebyggande hälsoarbete, akutvård, grundläggande medicinsk behandling, rehabilitering samt omvårdnad, som inte kräver den specialiserade vårdens tekniska - eller medicinska resurser eller annan särskild kompetens.

Vården ska ges med respekt för alla patienters lika värde och för den enskilde människans värdighet. Verksamheten ska präglas av hög etisk medvetenhet. Vårdgivare är skyldig att tillhandahålla vården på lika villkor oavsett kön, könsöverskridande identitet eller könsuttryck, ålder, funktionsnedsättning, etnisk eller religiös tillhörighet, sexuell läggning, social position eller annat.
Region Jämtland Härjedalen har höga ambitioner avseende arbetet med att uppnå en jämställd och jämlik vård.

Arbetet förutsätter effektiv samverkan med olika yrkesgrupper inom primärvården, den specialiserade vården samt kommunen, med andra vårdgivare och samhällsaktörer, där primärvårdens roll är att samordna vårdinsatser och vara patientens vägledare och lots. Samverkan med andra vårdgivare och huvudmän ska bedrivas på ett sådant sätt att patienten och närstående upplever vården som en helhet.

Vårdgivaren ska integrera ett hälsofrämjande- och förebyggande synsätt i all vård och behandling för att verka för en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård

2.2 Vårdgivarens åtagande och uppdrag

Hälsoval Region Jämtland Härjedalen avser ett vårduppdrag med ett samlat åtagande för invånarnas behov av primärvård i länet. Vårdgivarens uppdrag och åtagande framgår av detta förfrågningsunderlag ”Hälsoval Region Jämtland Härjedalen”.

Verksamheten ska bedrivas inom det geografiska upptagningsområdet som för närvarande är Jämtlands län.

Vårdenheten ska bedriva verksamhet samlat inom tilldelat närområde för ickevalsalternativ. Till en vårdenhet kan man, inom samma kommun där vårdenheten är belägen, koppla en eller flera filialer. Skillnaden mellan en vårdenhet och filial, är att en filial inte behöver uppfylla samtliga krav. Filial ska bedriva vård men kraven på till exempel tillgänglighet är lägre än för en vårdenhet. Det innebär att en filial kan ha varierande omfattning på verksamhet men har regionens allmänna krav på lokalerna vad gäller tillgänglighet för personer med olika funktionsnedsättningar samt särskilda villkor för väntrummens utformning och vilken information som ska finnas i dessa. Från 2015 omfattas tillgänglighetskravet av diskrimineringslagstiftningen, som skall följas.

2.2.1 Närområde Gäddede

I Strömsunds kommun finns närområde Gäddede där bor det ca 800 invånare fördelade på en stor yta om cirka 4000 km^2 det vill säga större än exempelvis Blekinge. Avståndet till länssjukhuset i Östersund från centralorten är ca 25 mil och till Strömsund, som är centralort i kommunen, är det ca 14 mil. För närvarande förekommer samverkan om bland annat ambulans med Lierne kommune i Norge som angränsar till närområdet.

För att starta vårdenhet i närområde Gäddede gäller samma förutsättningar som i övriga länet, förutom kravet på tillgång till läkare. Minimikravet för att få ansökan godkänd är tillgång till läkare i Gäddede minst två dagar i veckan. Utöver detta måste överenskommelse tecknas med närliggande vårdenheter för att säkerställa dygnet runt ansvaret.

I uppdraget ingår även att bedriva ambulansverksamhet med en tilläggsersättning, se Tilläggsuppdrag och Ersättning. Skulle flera vårdenheter starta i området avgör regionen vem som ska bedriva ambulansverksamheten.

2.3 Listning

Medborgarnas val ska avse listning till vårdenhet. Regionen ska inom ramen för sitt informationsansvar verka för att medborgarna i Jämtlands län gör ett aktivt val. Regionen och vårdgivaren ska gemensamt verka för att primärvårdens vårdenheter blir det naturliga förstahandsvalet för all vård som inte kräver sjukhusens specifika kompetens eller resurser.

Nyinflyttade och nyfödda tilldelas, då folkbokföringsuppgifter inkommit, ett ickevalsalternativ i avvaktan på att han eller hon gör ett eventuellt eget val. Ickevalsalternativet ska vara enligt närhetsprincipen och den geografiska indelning som regionen fastställer, oavsett driftsform. Vid

nyetablering tilldelas vårdenheten ett ickevalsalternativ inom den kommun där vårdenheten är belägen. Medborgare som är passivt listade berörs inte av det nya ickevalsalternativet.

Regler för listning, se bilaga 1 Listningsregler i Styrande dokument.

3 UPPDRAGSSPECIFIKATION

Vårdgivarens uppdrag avser första linjens sjukvård för alla som vistas i området, till exempel turister och studerande, boende och listade vid vårdenheten samt de samhällsaktörer som verkar i det område där vårdenheten är belägen.

Patientens ställning i vården är viktig för att kunna säkra en patientfokuserad vård men också flera värdeskapande delar såsom, helhetssyn, närhet, bemötande, delaktighet, information, kontinuitet, tillgänglighet, kvalitet, jämlikhet och jämställdhet samt samverkan utgör grundstenar i den lokala hälso- och sjukvården.

Primärvården ska bedrivas i enlighet med de nationella riktlinjer, vårdprogram samt behandlingsråd eller behandlingsöverenskommelser som fastställs av regionen. Dessa lägger även grunden för de kompetenser som måste finnas i primärvården.

Särskilda riktlinjer för verksamhetens inriktning och utveckling fastställs årligen i regionplanen.

Alla vårdgivare ska bedriva sin verksamhet inom ramen för ett enhetligt basuppdrag. Basuppdraget tar sikte på ansvarsområden och funktionalitet; inte resurser eller organisation. Vid sidan om basuppdraget kan viss verksamhet bedrivas i form av tilläggsuppdrag.

Verksamheten ska bedrivas i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen, Patientlagen och de grundläggande principerna i den vägledning för *God vård- om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården* som fastställts av Socialstyrelsen, innebärande:

- kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård
- säker vård
- patientfokuserad vård
- jämlik vård
- effektiv vård
- vård i rimlig tid.

3.1 Omfattning

Befolkningens behov av hälso- och sjukvård ska tillgodoses inom ramen för följande basala verksamheter/funktioner:

- mottagningsverksamhet för såväl akut som planerad utredning, vård och behandling
- rehabilitering
- psykosocial verksamhet
- läkarinsatser inom den kommunala hälso- och sjukvården
- rådgivning
- jour och beredskap

- mödrahälsovård
- barnhälsovård
- medicinsk service
- hälsofrämjande- och sjukdomsförebyggande insatser
- smittskydd och vårdhygien
- utbildningsansvar

3.1.1 Mottagningsverksamhet för såväl akut som planerad utredning, vård och behandling

Vårdgivarens mottagningsverksamhet ska bedrivas i enlighet med de lagar och förordningar som styr hälso- och sjukvården samt strategier, policys och handlingsplaner som gäller för regionen. Det ska erbjudas grundläggande hälso- och sjukvård inom området allmänmedicin i enlighet med de mål och prioriteringar som fastställts och fortlöpande beslutas av regionfullmäktige.

I åtagandet gäller att vårdgivaren ska medverka i utvecklingen av behandlingsrutiner (riktlinjer och tillämpningar) och vårdprogram samt följa de som är beslutade nationellt och/eller i regionen. Vårdgivaren ska vara väl insatt i de måldokument, riktlinjer och policys som återfinns i Centuri under Hälsoval.

Vårdgivaren ska säkerställa första linjens hälso- och sjukvård med planerad och oplanerad vård i form av utredning, diagnostik, behandling, rådgivning och uppföljning i rimlig tid. De hälso- och sjukvårdsinsatser som erbjuds ska riktas mot sjukdomar, skador och upplevda besvär samt hälsofrämjande insatser.

Den hälso- och sjukvård som bedrivs ska vara faktabaserad och utgå från vetenskap och beprövad erfarenhet samt ha ett genusperspektiv. Primärvården ska dessutom bidra med god omvårdnad och uppmuntra till egenvård.

Vårdgivaren ansvarar för de som är listade, dygnet runt alla veckans dagar. Vårdenheten ska vara öppen för besök dagtid minst 45 timmar per vecka alla vardagar~~, måndag till fredag~~ och vara bemannad med minst en läkare som har specialistkompetens i allmänmedicin. Vårdenheten ska vara tillgänglig per telefon dagtid, minst 30 timmar per vecka fördelat på vardagarna ~~måndag till fredag~~ och ha hänvisning övriga tider på dygnet, under förutsättning att kraven i vårdgarantin efterlevs. Under semesterperioder och planeringsdagar har vårdgivaren rätt att stänga. Vid stängning ska hänvisning finnas till andra överenskomna vårdenheter för att klara uppdraget. Övriga tider, se under dygnet runt ansvar.

Vid behov ska kontakt med specialistvård enligt gällande nationella och lokala riktlinjer inledas.

Vårdgivaren ska medverka till att förhindra icke medicinskt motiverade besök/hänvisning till sjukhusets akutmottagning eller slutenvård.

En medborgare ska oavsett var denne är listad kunna söka och få vård vid alla vårdenheter. Vårdenheten kan inte neka att ta emot medborgare som är listad vid annan enhet.

Särskild hänsyn tas till behov av kontinuitet för patienter med nedsatt autonomi och för patienter med långvarig och/eller kronisk ohälsa. Det är vårdgivarens ansvar att vara patientens lots och

koordinator i vårdprocessen. Vid övergångar mellan olika vårdgivare och vårdnivåer ska patienten ha vetskap om vem som är patientens fasta vårdkontakt.

Vårdgivaren ska följa gällande regler för remisshantering, se avgiftshandbok.
Rutiner för hantering av remisser och remissvar ska finnas.

Hälsoundersökningar för asylsökande med flera
Hälsoundersökningar för asyl- flyktingar skall i första hand genomföras av enheten för asyl-flyktinghälsan. Se kapitel 3.8~~I enlighet med regional överenskommelse där Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Länsstyrelsen, Migrationsverket samt Region Jämtland Härjedalen ska vårdgivaren erbjuda hälsoundersökningar snarast till asylsökande, kvotflyktingar, och individer med familjeanknytning, i enlighet med gällande anvisningar från regionen enligt lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m fl och lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.
För ersättning, se kapitel Ersättning.~~

Intyg
Vårdgivaren är skyldig att utan särskild ersättning tillhandahålla de intyg, utredningar och analyser med mera som begärs av exempelvis försäkringskassa, Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF) samt Patientskaderegleringen (PSR).

Vidare ska vårdgivaren utfärda intyg se Avgiftshandboken till patienter som är i behov av ett sådant för att styrka sin hälsa, sjukdom, skada eller funktionsnedsättning.

Alla ~~läkar~~intyg ska skickas elektroniskt till Försäkringskassan.

Medicinsk fotvård
För patienter med reumatoid artrit, arteriell insufficiens i de nedre extremiteterna och diabetes mellitus, i behov av medicinsk fotvård subventionerar regionen för närvarande upp till fyra behandlingar per patient och kalenderår. Behandlingen ska föregås av remiss till fotvårdare anslutna till valfrihetssystemet för medicinsk fotvård och bekostas av den vårdenhet där patienten är listad. Vårdgivaren ska följa regionens riktlinjer, se Vårdval medicinsk fotvård.

Myndighetsutövning
Vårdgivaren ska ansvara för dödsfallskonstaterande och handläggning i samband med detta. Vårdgivaren ska utfärda *Dödsbevis* och *Intyg om dödsorsak* för avlidna.

Vårdgivaren ska svara för vårdintyg enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT), Lagen om vård av unga (LVU) och Lagen om vård av missbrukare (LVM).

Vårdgivaren ska följa regionens riktlinjer avseende rättsintyg och omhändertagande av avlidna.

Palliativ vård
Vårdgivaren ska erbjuda palliativ vård och vård i livets slutskede. I uppdraget ingår att samverka

med närstående och andra aktörer, exempelvis Storsjögläntan, samt följa överenskommelser gjorda med respektive kommun.

Vaccination
Vårdgivaren ska erbjuda vaccinationer enligt nationellt vaccinationsprogram och till riskgrupper enligt regionens riktlinjer.

3.1.2 Rehabilitering, habilitering och rehabkoordinatorer

Vårdgivaren ska tillgodose individens behov av en tidigt insatt och samordnad rehabilitering. Med rehabilitering menas de insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet (SOSFS 2007:10).

Patienten ska erbjudas undersökning, teambedömning och behandling. Individen ska när så krävs utredas vidare inom specialistsjukvården. En bred kompetens för rehabiliterande insatser ska finnas att tillgå på vårdenheten. För patienter med längre sjukskrivningar eller med risk för detta ska sk Multimodal rehabilitering, det vill säga att olika kompetenser samarbetar i team på ett organiserat sätt, kunna erbjudas i den egna verksamheten eller i samarbete med annan hälsocentral. Teamet ska uppfylla den standard som anges i riktlinjerna. Nationell indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta Uppgifter och kompetensbehov vid multimodal rehabilitering Rehabilitering vid långvarig smärta ~~för ersättning för Villkor 4 i överenskommelsen En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.~~

Rehabiliteringsinsatserna ska kontinuerligt utvärderas och dokumenteras. Om behov föreligger så ska en rehabiliteringsplan upprättas för individen. Samordning ska även när så krävs göras med andra rehabiliteringsaktörer såsom arbetsgivare, arbetsförmedling, försäkringskassa och kommunala verksamheter (SOSFS 2007:10). För att strukturera samverkan ~~samordningen~~ ska tidig samordnad rehabilitering, STR-möten hållas, enligt Rutin för STR. ~~kan en samordnad individuell plan (SIP) upprättas. Läs mer i anvisningen SIP-Individuell plan, överenskommelse mellan kommunerna och landstinget.~~

~~Socialstyrelsen har tagit fram riktlinjer för sjukskrivning som ska användas vid ställningstagande när det medicinska underlaget skrivs. Rekommendationerna är vägledande för bedömningarna, som ska vara individuella och utgå ifrån enskilda individers unika tillstånd. Det Försäkringsmedicinska Beslutsstödet är ett verktyg som ska underlätta för utfärdaren att skriva underlag av god kvalitet.~~

I 2017-2018 års överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting: ”En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess” finns villkor som regionen ska uppnå, vilka gäller alla vårdgivare i hälsovalet.

Överenskommelsen hanteras av handläggare vid hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen. Verksamheterna kommer att involveras under åren.

Läs mer i Frågor och svar ÖK 2017-2018

Från 2008 ingår rehabkoordinatorer i primärvården med uppdrag att bland annat;

- koordinera arbetet med tidig rehabilitering
- koordinera teamarbete
- vid behov vara kontaktperson för patienten mot försäkringskassa, arbetsförmedling, arbetsgivare, företagshälsovård osv.
- bistå hälsocentralen med fortlöpande information och statistik
- utifrån hälsocentralens sjukskrivningar samordna teamträffar och kontakter med patienter som ska tas upp på teamen.
- rapportera utförda rehabiliteringar för ersättning av stimulansmedel.

Tjänstekvoten är baserad på en nationell utvärdering av koordinatorsfunktionen, där rekommendationen är 1,0 rehabkoordinator på 16- 18 000 listade patienter i yrkesverksam ålder (16-67 år). Det betyder att det blir en liten del av en tjänst på många hälsocentraler. Det kan därför vara en fördel att samla fler hälsocentraler till en koordinator, för att effektivisera utfallet av funktionen. Uppdrag och kompetensprofil finns beskrivet i dokumentet Uppdragsbeskrivning för rehabiliteringskoordinatorer i primärvård .

Vårdgivaren ska, i förekommande fall, samverka med förbund för finansiell samordning (FINSAM) inom rehabiliteringsområdet.

I uppdraget ingår ett ansvar för listade personer med habiliteringsbehov enligt regelverk.

~~Villkoren omfattar~~
~~1.en jämställd sjukskrivningsprocess~~
~~2. kompetenssatsning i försäkringsmedicin~~
~~3. funktion och koordinering (rehabkoordinatorernas uppdrag)~~
~~4. insatser för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta (fd rehabgaranti)~~
~~5. utökat elektroniskt utbyte~~

~~Se avsnittet om ”Ersättning gällande En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess”.~~

Psykosocial verksamhet

Vårdgivaren ska ha tillgång till psykosocial verksamhet. Den psykosociala verksamheten ska stå för första linjens vård vid psykisk ohälsa. Vårdgivaren ska bedöma, behandla, rehabilitera och följa upp patienter med psykisk ohälsa som inte kräver specialistsjukvård. Detta innefattar exempelvis lätta till medelsvåra depressioner, lätta till medelsvåra ångestsyndrom, stressrelaterade tillstånd, kriser samt psykosomatiska tillstånd. De psykosociala insatserna ska innefatta rådgivning, stödsamtal, krisbehandling och psykoterapeutisk behandling.

Ansvarsfördelning och riktlinjer finns mellan psykosocial verksamhet i primärvården och vuxenpsykiatrin i regionen. Se Styrande dokument.

~~Vårdgivaren ska följa Regeringens och SKL:s överenskommelse om ”En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess” se avsnitt 3.1.2. Beslut om formella krav på~~

~~verksamheten är att vänta så snart nationellt fastställda riktlinjer finns antagna och därefter omsatts i lokala rutiner för Region Jämtland Härjedalen.~~

3.1.3 Läkarinsatser inom den kommunala hälso- och sjukvården

Regionen ska, enligt hälso- och sjukvårdslagen (~~1982:763~~2017:30), erbjuda läkarresurser till samtliga kommuner i länet för att ge hemsjukvårdspatienter en god hälso- och sjukvård. Uppfyller regionen inte avtalet att tillhandahålla läkare har kommunen rätt att anlita läkare och få ersättning från regionen.

Regionen och samtliga kommuner ska, enligt kap 16 ~~26 §~~ HSL, samverka så att patienter får den vård, behandling och de hjälpmedel som krävs. Regionen och samtliga kommuner i Jämtlands län har ett ~~lokala avtal~~, ~~Ädelavtal~~ hemsjukvårdsavtal, som reglerar omfattningen av de gemensamma insatserna. Vårdgivaren ska följa dessa avtal. Arbete med nytt/nya avtal är under framtagande. Se Kommunsamverkan.

Former för läkarmedverkan i hemsjukvården regleras inom respektive kommun genom lokala ~~rutiner/~~överenskommelser mellan ansvariga för den kommunala hälso- och sjukvården och respektive vårdgivare. Vårdgivaren ska erbjuda läkarmedverkan med namngiven läkare till av kommunen registrerad hemsjukvårdspatient. Rutiner för hur samverkan mellan vårdgivaren och kommunen ska ske ska upprättas både vad gäller planerad och akut verksamhet dygnet runt. Vårdgivaren ska särskilt beakta att god tillgänglighet och kontinuitet tillförsäkras denna patientgrupp.

Särskilt boende, se kapitel Tilläggsuppdrag.

3.1.4 Rådgivning

Vårdgivarens uppdrag är ge information, råd och stöd till medborgarna via telefon, webb, vid besök på vårdenheten eller på annat sätt. Rådgivning fyller en viktig funktion för att stärka patientens förmåga till eget ansvar samt skapa trygghet och stimulera till egenvård för lättare sjukdomar, skador och besvär.

Patientens information vid första kontakten ligger till grund för den medicinska bedömning som görs, vilket resulterar i egenvårdsråd eller att vårdbegäran startar. Bedömningen är avgörande för de insatser som kan bli aktuella för egenvård, vård på den enskilda vårdenheten, alternativt vård hos annan vårdgivare eller kontakter med övriga samhällsresurser.

Ett IT-baserat rådgivningsstöd (RGS Webb) för telefonrådgivning finns tillgängligt som vårdgivaren ska ansluta sig till. Se IT- och telefonitjänster, bilaga 2, Styrande dokument.

Sjukvårdsrådgivningen (1177) via telefon och webb är ett komplement till regionens olika vårdenheter för råd om egenvård samt prioritering och hänvisning till rätt vårdnivå när inte egenvårdsråd är tillräckliga. Regionen ingår i den nationella sjukvårdsrådgivningen som finns tillgänglig för medborgarna dygnet runt för bedömning och råd samt hänvisning till rätt vårdnivå.

3.1.5 Jour och beredskap

Beredskapsansvar för distriktssköterskor/sjuksköterskor fastställs i hemsjukvårdsavtalet med bilagor där lokala överenskommelser kan förekomma. ~~Ädelavtalen där en del vårdenheter enligt överenskommelse har kvar kommunens beredskapsåtagande~~.

Regionen ansvarar för att medborgarna har tillgång till insatser av primärvård även utanför vårdenheternas öppettider. Vårdgivarna ska delta i den jour- och beredskapsorganisation som regionen fastställer, se Styrande dokument. Vårdgivarna ska dela solidariskt på åtagandet utifrån antalet listade personer och ansluta sig till regionens webbaserade planeringssystem Jourlisa.

En översyn av primärvårdens jour- och beredskapsorganisation pågår som kan komma att påverka uppdraget under 2017~~7~~8.

För att få arbeta som jour- eller beredskapsläkare ska lägsta kompetensen vara legitimerad läkare eller ST-läkare. AT-läkare kan tjänstgöra med allmänläkare som bakjour.

Sjukvårdsrådgivningen, 1177, bedömer via telefon patienters vårdbehov, prioriterar, hänvisar och i visa fall bokar till rätt vårdnivå.

3.1.6 Mödrahälsovård

Vårdgivaren ska i enlighet med nationella rekommendationer erbjuda barnmorskemottagning (BMM)/mödrahälsovård (MHV) med följande verksamhetsgrenar:

- Hälsovård i samband med graviditet:
  - medicinskt basprogram
  - erbjuda information om fosterdiagnostik
  - hälsoinformation under graviditet
  - psykosocialt arbete.
- Stöd i föräldraskap och föräldragrupper med förlossnings- och föräldraförberedelse
- Familjeplanering på individnivå:
  - preventivmedelsrådgivning
  - STI-prevention
- Utåtriktad verksamhet för att förebygga oönskade graviditeter och sexuellt överförbara infektioner på grupp- och samhällsnivå
- Gynekologisk cellprovskontroll för att förebygga cervixcancer
- Folkhälsoarbete och samtal om livsstilsfrågor.

Vårdgivaren ska bedriva verksamheten i enlighet med Styrdokument för Mödrahälsovård i Jämtlands län.

Vårdgivaren ska vid alla vårdkontakter i samband med besök relaterat till graviditet föra patientjournal i Obstetrix, det datoriserade journalsystem som används inom regionen.
Se IT- och telefonitjänster, bilaga 2, se Styrande dokument.

Familjecentral, se kapitel Tilläggsuppdrag.

3.1.7 Barnhälsovård

Vårdenheten ska i enlighet med nationella rekommendationer erbjuda barnhälsovård i linje med Socialstyrelsens Vägledning för Barnhälsovården (2014-4-5). Vägledningen bidrar till gemensamma referensramar för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet med mål att:

- främja barns hälsa och utveckling,
- förebygga ohälsa hos barn
- tidigt identifiera och initiera åtgärder vid problem i barns hälsa, utveckling och uppväxtmiljö
- bekräfta och stödja föräldrar i deras föräldraskap

Alla barn 0-5 år (dvs. till och med 5 års ålder) eller tills barnet börjar förskoleklass och deras föräldrar/vårdnadshavare inom Jämtlands län ska ha tillgång till erbjudande om barnhälsovård. Asylsökande och papperslösa/gömda barn har rätt till barnhälsovård på samma villkor som barn bosatta i Sverige.

Vårdgivaren ska bedriva barnhälsovård i enlighet med Styrdokument för barnhälsovård i Jämtlands län. Barnavårdscentralerna (BVC) ska aktivt erbjuda hälsoövervakningsprogram enligt Barnhälsovårdens nationella program och föräldrastöd. Hälsoövervakning innefattar regelbunden BHV-sköterskekontakt, BHV-läkarundersökningar samt psykolog- och socionominsatser i enlighet med de årligen reviderade **Riktlinjer för barnhälsovården i Jämtlands län** och enligt barnhälsovårdens nationella web-baserade metodhandbok Rikshandboken. Det nationella tredelade programmet i kombination med Rikshandboken preciserar genomgående och i varje enskild åtgärd generella respektive riktade insatser.

För uppföljning av hur barnhälsovården erbjuds och bedrivs ur ett långsiktigt likväl som jämlikt perspektiv har det beslutats om ett antal kvalitetsindikatorer, specificerade i Riktlinjer för barnhälsovården i Jämtlands län/Kravspecifikation. Innehållet i verksamheten värnas genom att de kravspecificerade utfallen årligen följs upp, och sammanställs i Barnhälsovårdens årliga Resultatredovisning.

Familjecentral, se kapitel Tilläggsuppdrag.

~~Barnavårdscentralerna (BVC) ska aktivt erbjuda ett generellt program med hälsoövervakning och föräldrastöd, regelbunden sjuksköterskekontakt, läkarundersökningar samt psykolog - och socionominsatser enligt Riktlinjer för barnhälsovården i Jämtlands län (revideras årligen).~~

~~Barn 0-5 år (det vill säga upp till sex års ålder) och tills de börjar förskoleklass och deras föräldrar/vårdnadshavare inom Jämtlands län ska ha tillgång till barnhälsovård. Asylsökande och papperslösa barn har rätt till barnhälsovård på samma villkor som barn bosatta i Sverige.~~

~~Vårdgivaren ska bedriva barnhälsovård i enlighet med Styrdokument för barnhälsovård i Jämtlands län.~~

3.1.8 Medicinsk service

Vårdgivaren ska ombesörja att erforderliga laboratoriemedicinska, röntgendiagnostiska samt klinisk fysiologiska och patologiska undersökningar genomförs.

I regionens grundstruktur för medicinsk service och utrustning ingår enheter för laboratoriemedicin, röntgen samt fysiologi. Av patientsäkerhetsskäl strävar regionen efter att nå en sammanhållen vårdinformation/-data.

Vårdgivaren bör därför i första hand vända sig till regionens medicinska service. Om vårdgivaren väljer att anlita annan leverantör av medicinsk service och utrustning ska denna leverantör vara ackrediterad av SWEDAC eller motsvarande kvalitetssäkring det vill säga motsvara regionens krav på kompetens, avvikelsehantering, tekniskt underhåll, IT-säkerhet samt återkommande kompetensutveckling.

Patientnära kemiska laboratorieanalyser ska om vårdenheten nyttjar regionens laboratorium kostnadsfritt kvalitetssäkras av regionens laboratoriemedicin eller annat ackrediterat laboratorium denne utser. Material och deltagande i kvalitetssäkringsprogram bekostas av respektive enhet.

Vårdgivaren ska ansvara för att vårdinformation/-data kan levereras och tas emot snabbt, samt lagras säkert för akut eller senare behov.

För undersökningar och analyser avseende cytologi och patologi ska vårdenheten anlita regionens eller de regionen har avtal med.

Vårdgivaren har fullt kostnadsansvar för all medicinsk service, inklusive närlaboratorium.

Kostnad för gynekologiska cellprover finansieras tillsvidare av regionen.

Laboratorieprovtagning på patienter hänvisade från annan vårdgivare inom länet ska utföras. Se kapitel Ersättning.

3.1.9 Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser

Primärvården ska bidra till att patienter och befolkning i upptagningsområdet får kontroll över och förbättrar sin egen hälsa. Detta är den centrala utgångspunkten för regionens hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.

Vårdgivaren ska ha kompetens att skapa förutsättningar för patienten att påverka sin hälsa i positiv riktning. Det ska ske via samtal, rådgivning och behandling. Insatserna ska dels leda till att ge personer möjligheten att bibehålla hälsosamma levnadsvanor samt leda till att personer med-ohälsosamma levnadsvanor förändra dem och därmed undvika att de leder till eller förvärrar sjukdom. Hur vårdgivaren hanterar sitt uppdrag har stor betydelse för länets sammantagna hälsosituation. I detta ingår att bidra till att identifiera våldsutsatta personer enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer 2014:4.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder samt regionens policydokument och rutiner ska följas, se Folkhälsosidan.

Vårdgivaren ska bidra och ta till sig det arbete som det lokala, i samarbete med det nationella, nätverket Hälsofrämjande hälso- och sjukvård (HFS) genererar.

3.1.10 Smittskydd och vårdhygien

Vårdgivaren ska medverka i regionens smittskyddsarbete och följa de råd, riktlinjer och rekommendationer som fastställs av regionen, se Smittskyddsenhetens hemsida. Vidare ska vårdgivaren ansvara för smittskyddsinsatser för de vid vårdenheten listade invånare samt vid behov utföra smittskyddsinsatser för personer bosatta utanför länet men som vistas i länet tillfälligt. Anmälan enligt Smittskyddslagen görs elektroniskt via Smi Net.

Vårdgivaren ansvarar för att:

- vårdhygienisk kompetens finns hos all vårdpersonal
- verksamheten har tillgång till vårdhygienisk expertis
- samverka med regionens enhet för Vårdhygien

3.1.11 Utbildningsansvar

Vårdgivare ska tillhandahålla platser för verksamhetsförlagd utbildning (VFU), arbetsplatsförlagd utbildning (APU) eller motsvarande samt platser för utlokaliserad klinisk grundutbildning från läkarprogrammet vid Umeå Universitet. Kvalitet och inriktning ska följa legitimations- och examinationskrav och kvalificerad handledning ska ges för ovan nämnda grupper.

I de fall som regionen tecknar avtal med utbildningsanordnare för VFU, APU eller motsvarande samt för LP4U-läkarutbildning (tidigare benämnd som regionaliserad läkarutbildning) ska vårdgivare följa avtalen. Regionen tillhandahåller praktikplatssamordning.

Vårdgivare ska följa regionens riktlinjer för utbildning och handledning samt Utbildningsplan läkare ~~i~~ Region Jämtland Härjedalen, se Utbildning och handledning.

~~Från och med 2011 bedriver~~ Umeå Universitet bedriver den kliniska delen i läkarutbildningen inom ramen för LP4U-läkarutbildning i Östersund/ Region Jämtland Härjedalen. Det innebär att vårdgivare ska tillhandahålla platser för kliniskt handledning under kurserna ”Vård utanför sjukhus” för närvarande terminerna 6, 8 och 11.

Vårdgivare ska följa det avtal som regionen tecknat med Umeå Universitet vad avser LP4U-läkarutbildning samt regionens Utbildningsplan läkare ~~i~~ Region Jämtland Härjedalen.

Regionen har statens uppdrag att utbilda AT- och ST-läkare. Regionen kan uppdra åt vårdgivare att fullgöra hela eller delar av detta uppdrag för en eller flera läkare. Regionen tillhandahåller och avlönar regionsövergripande studierektor för AT- och ST-läkare. Se kapitel Ersättning.

3.2 Läkemedel

Vårdgivaren ska ha god kunskap om och följa regionens läkemedelskommitténs och/eller regionens läkemedelsorganisations rekommendationer, gällande lagstiftning samt beslut om användning av arbetsplatskoder för läkemedel.

Avvikelser från givna rekommendationer och anvisningar ska vid begäran från regionen kunna förklaras och motiveras utifrån medicinska skäl.

Vårdgivaren ska svara för att erforderliga läkemedel som behövs, på mottagningen, för akut vård inom hemtjänst eller SÄBO, för att generella ordinationer finns och själv bekostar dessa. Vårdgivare ska vidta åtgärder efter kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen. ~~samt vidta åtgärder enligt krav på kvalitetsgranskning av läkemedelsförråd.~~

Berörd personal ska på vårdgivarens uppdrag, delta i läkemedelskommittén eller regionens läkemedelsorganisations arbete, utbildningar eller informationstillfällen. ~~samt när behov finns delta i både kommitténs och läkemedelsorganisationens arbete.~~

Vårdgivaren ansvarar för att vårdenheten följer överenskommelserna om samverkansformer mellan läkemedelsföretag respektive medicintekniska företag och anställda i den offentliga hälso- och sjukvården enligt överenskommelse mellan Läkemedelsindustriföreningen, LIF och SKL.

Vårdgivaren ska acceptera att data rörande vårdgivarens förskrivning mot patient görs fullt tillgänglig i regionens statistiksystem (ProDiver) så att regionen kan följa upp volymer och kostnader.

Vårdgivaren ansvarar för att vårdenheten samverkar med Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens, STRAMA och regionens läkemedelsorganisation.

Kostnaden för läkemedel till hos vårdgivaren listade personer ersätts av vårdgivaren. Se kapitel Ersättning.

Vårdgivaren ska följa regionens regelverk om kliniska läkemedelsprövningar.

3.3 Hjälpmedel

Vårdgivaren ska förskriva tekniska och medicintekniska hjälpmedel samt inkontinenshjälpmedel. Vårdgivaren ska följa av regionen och kommunerna fastslagna direktiv för förskrivning samt rekvirera i enlighet medregionens regelverk och upphandlade sortiment, se policy och regelverk.

Vid personligt förskrivna tekniska hjälpmedel som innefattas i hjälpmedelscentralens sortiment ska regionens hjälpmedelscentral nyttjas som leverantör.

Vårdgivaren ska följa Socialstyrelsens föreskrift (2008:1) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården. Vårdgivaren ska vara ansluten och använda sig av Web sesam enligt Hjälpmedelscentralens regler. Se IT- och telefonitjänster, bilaga 2.

Vårdgivaren ska hålla sig uppdaterad med regionens hemsjukvårdsavtal. ~~övergripande ädelöverenskommelse centralt och lokalt.~~

~~Utredning om finansiering av personligt förskrivna tekniska och medicintekniska hjälpmedel som skrivs ut av vårdgivaren pågår och kan komma att ändras.~~

3.4 Tillgänglighet

Tillgänglighet är en av primärvårdens viktigaste uppgifter för att kunna vara basen i sjukvården. Vårdgivaren ska svara för att det finns lättillgänglig och lättförståelig information om öppettider och tidsbeställning. Vid de tider då vårdenheten inte har öppet ska telefonsvarare ge information om vårdenhetens öppettider samt hänvisa till alternativa vårdgivare och/eller sjukvårdsrådgivningen 1177.

Vårdgivaren ska ansvara för att vårdsökande har tillgång till erforderliga insatser av primärvård även utanför vårdenhetens ordinarie öppettider. Vårdgivaren ansvarar också för att samverka med sjukvårdsrådgivningen 1177, då det gäller tillgänglighet, medicinska prioriteringar och egenvårdsråd.

Vårdgivaren ska kunna erbjuda hembesök i den utsträckning behandlande läkare bedömer att sådana är motiverade av medicinska eller andra skäl och resursåtgången (till exempel på grund av avstånd) bedöms rimligt i förhållande till behovet. Hembesök är en möjlighet som kan erbjudas; inte en av patienten utkrävbar rättighet.

Inom Sverige gäller fritt vårdval enligt nationella regelverk. Vårdgivaren ansvarar för att verksamheten följer såväl nationella som lokala riktlinjer och tillämpningar.

Vårdgivaren ska uppfylla kraven i den nationella vårdgarantin. Vårdgivaren ansvarar för att vårdenheten har kunskap om tillgänglighetsarbetet i regionen och ansvarar för att personalen har god kunskap om vårdgarantin och övriga patienträttigheter samt ansvara för att patienterna får information om sina rättigheter. Om patienten inte kan få vård inom vårdgarantins gränser ska vårdgivaren hjälpa patienten till annan vårdgivare som möjliggör detta.

Vårdgivaren har en skyldighet att medverka och månatligen leverera automatiserad statistik till den nationella uppföljning som sker för den nationella väntetidsmätningen via Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Tillgång till statistikverktyg för mätning av telefontillgänglighet ska finnas.

3.5 Samverkan

Vårdgivaren ansvarar för att vårdenheten samverkar med berörda vårdaktörer, myndigheter, organisationer och övriga i patientens vård engagerade personer när patientens behov inte kan tillgodoses enbart av vårdenheten. Vårdgivaren ansvarar för att vårdenheten aktivt medverkar till att skapa en sammanhållen vårdkedja i syfte att bidra till en väl fungerande vårdprocess utifrån patientens och närståendes perspektiv.

Vårdgivaren är ansvarig för att vårdenheten är delaktig i planering och utveckling av närsjukvård i samverkan med regionen, kommuner och andra vårdaktörer. Vårdgivaren ska aktivt delta i det befolkningsinriktade -, hälsofrämjande- och sjukdomsförebyggande arbetet i närområdet.

Riktlinjer som rör samverkan inom länet lokalt eller regionalt ska följas.

Samarbetet mellan regionen och kommunerna regleras i hemsjukvårdsavtalet samt i lokala överenskommelser ~~lokala samarbets-/samverkansavtal så kallade Ädelavtal, baserade på ett regionalt ramavtal, som vidareutvecklas kontinuerligt.~~ Under www.regionjh.se/samverkan finns samtliga gällande avtal.
Vårdgivaren ansvarar för att vårdenheten i tillämpliga delar följer dessa avtal.

Länets kommuner och regionen undertecknade i maj 2010 en avsiktsförklaring ”Program för en god äldreomsorg i Jämtlands län” som vårdgivaren i tillämpliga delar ska följa, se Kommunsamverkan.
I arbetet med ”Bättre liv för sjuka äldre” togs en strategi- och handlingsplan för Jämtlands län fram, vilken i tillämpliga delar ska följas. Den hittas under www.regionjh.se/samverkan

Vårdgivaren ska delta eller vara representerad i utveckling och interna samverkansorgan, till exempel läkemedelskommittén, grupper och utredningar.

3.5.1 Informationsöverföring och vårdplanering

Alla insatser som utförs i samverkan mellan specialistsjukvård, primärvård samt kommunen ska utifrån patientens behov, regleras via samordnad individuell plan. Vårdgivaren ansvarar för att vårdenheten aktivt medverkar i samordning, samarbete och informationsöverföring mellan specialistsjukvård, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård. Denna samverkan sker för närvarande enligt de mellan kommunerna och regionen fastställda riktlinjer avseende samordnad individuell plan. Vårdgivaren ska ansluta sig till regionens IT-baserade vårdplaneringssystem.

3.6 Kvalitet och patientsäkerhetsarbete

Vårdgivaren ska bedriva ett fortlöpande, systematiskt och dokumenterat arbete med kvalitets- och verksamhetsutveckling så att Patientsäkerhetslagen, Patientlagen och Hälso- och sjukvårdslagens krav på god kvalitet och tillgodoses. Kvalitetsbegreppet omfattar såväl tillgänglighet och den patientupplevda kvaliteten som det medicinska resultatet. Patientens upplevelse av kvaliteten ska värderas högt och tas tillvara i förbättringsarbetet.

Grundläggande för den vård och de insatser som vårdgivaren erbjuder för att tillgodose patienters och andra intressenters, exempelvis närståendes, behov ska vara att:

- Patient/närstående upplever att de har möjlighet till delaktighet i beslut som fattas kring sjukdom/problem och den vård som ges. Patienten ska upplysas om sitt hälsotillstånd och de behandlingsalternativ som står till buds. För patienter med nedsatt autonomi ges upplysningen till närstående.
- Den som söker vård ska snarast få besked om tider för besök, eventuell behandling, åtgärd eller operation.

- Vårdgivaren ska lämna patienten lättillgänglig och förståelig information, såväl i praktiska, administrativa som medicinska frågor.
- Utforma rutiner för att systematiskt ta tillvara synpunkter och klagomål som framförs av patienter och anhöriga, samt utveckla och förbättra verksamheten utifrån dessa synpunkter/klagomål.
- I förekommande fall Informera om patientens möjligheter att framföra klagomål på vården och hur detta kan ske.

Vårdgivaren ska ha rutiner för lokal avvikelsehantering och anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt Lex Maria. Avvikelser registreras i regionens avvikelsesystem. Vårdgivaren har ansvar för att det finns rutiner för analys, uppföljning och erfarenhetsåterföring till berörda av lokala avvikelser, anmälningar enligt Lex Maria, samt ärenden till patientnämnden och patientförsäkringen. Vårdgivaren ska rapportera ärenden från patientförsäkringen (LÖF) som avvikelse. Ärenden ska kommuniceras och användas i lärande syfte. Se villkor IT- och telefonitjänster, bilaga 2, se Styrande dokument.

Vårdgivaren ska i förekommande fall samverka med regionens chefläkare enligt gällande rutiner och delta i händelseanalyser där vårdgivarens verksamhet berörs.

Vårdgivaren ska ha ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS (2011:9) om allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och Patientsäkerhetslagen (2010:659).

Vårdgivaren erbjuds tillgång till bland annat riktlinjer och rutiner i regionens dokumenthanteringssystem, Centuri. Se villkor IT- och telefonitjänster, bilaga 2, se Styrande dokument.

Vårdgivaren ska delta i, av regionen beslutade, undersökningar, statliga satsningar och enkäter.

Staten har slutit överenskommelser med SKL inom hälso- och sjukvårdsområdet som kan komma att påverka uppdraget.

Sammanhållen vård om de mest sjuka äldre är ett viktigt område för samverkan mellan primärvård, specialiserad vård och kommunal vård. Deltagande i lokala grupperingar för samverkan förväntas. Detta innebär för regionens del att både den specialiserade vården och primärvården involveras i olika delar. Med det menas att det för samtliga vårdgivare inom Hälsovalet ingår i grunduppdraget att, när så efterfrågas, delta i utvecklingsarbetet (*se även under rubrik Samverkan).*

Alla vårdenheter ska vara anslutna till Nationella Diabetesregistret och delta i Väntetider i vården. Vårdgivaren ska ansluta sig till såväl nationella som internationella kvalitetsregister och databaser som regionen fattar beslut om längre fram, för att kunna fullgöra sitt åtagande enligt regionens policy och program. Detta avser för närvarande en successiv anslutning av samtliga vårdenheter till BOA registret, svenskt demensregister (SveDem) och svenska palliativregistret.

Vårdgivaren ska medverka vid framtagande av de vårdprogram som regionen väljer.
För resultatredovisning se kapitel Uppföljning och utvärdering

3.7 Kris och katastrofberedskap

Vårdgivaren ska följa gällande författningar inom krisberedskapsområdet samt den Regionala kris- och katastrofmedicinska beredskapsplanen för Region Jämtland Härjedalen.

Vårdgivaren utgör en del av regionens kris- och katastrofmedicinska beredskap och ingår vid inträffad allvarlig och eller extraordinär händelse som en resurs för den särskilda sjukvårdsledningen på regional nivå.

I uppdraget ingår att vårdgivaren medverkar i planering (lokal och regional) inför allvarlig och eller extraordinär händelse samt vid utbildningar och övningar som anordnas av Region Jämtland Härjedalen. Regionala kris- och katastrofmedicinska beredskapsplaner ska upprättas och revideras, med den regionala beredskapsplanen som styrdokument. Mallar för ändamålet finns i dokumenthanteringssystemet Centuri. Planering och samordning ska ske i lokala kriskommittéer. Verksamhetschefen ansvarar för sammansättning av lokal kriskommitté inom respektive kommun.

Inom varje kommun ska vårdgivaren samverka med övriga vårdenheter avseende införskaffning av utrustning och läkemedel för sjukvårdsgrupper. Gemensam planering ska också finnas för att vid en allvarlig händelse kunna sända ut sjukvårdsgrupp/er till skadeplats samt ta emot lättare skadade.

Uppföljning av den katastrofmedicinska förmågan sker årligen av ~~Enheten för~~ Krisberedskap, säkerhet och miljö.

3.8 Samhällsmedicinskt ansvar

Vårdenheten har ett samhällsmedicinskt närområdesansvar. Detta ansvar är helt skilt från befolkningens val av vårdenhet. Med närområde avses det geografiska område som ingår i den geografiska indelningen av ickevalsalternativ. I det samhällsmedicinska närområdesansvaret ingår

- ansvar för personer som uppehåller sig i närområdet (ex turister och fritidsboende, migranter, barn och elever på förskolor och skolor) som är i behov av hälso- och sjukvård samt myndighetsutövning och omhändertagande av avlidna som är bosatta eller tillfälligt vistas i närområdet
- att vid extraordinära händelser, stor flyktingtillströmning, utifrån information från asyl-flyktingsamordning utföra hälsoundersökningar av asylsökande (SOSFS 2011:11). Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökning av asylsökande m.fl.) Sådana undersökningar ska erbjudas för att bland annat utesluta, eller om så behövs, behandla en pågående sjukdom och att spåra och förebygga spridning av smittsam sjukdom
- ansvar för att agera, vidta åtgärder samt samverka med berörda aktörer vid olika typer av ohälsoutbrott som exempelvis smittsamma sjukdomar och industriutsläpp. Vid misstanke om smittsamma sjukdomar som lyder under Smittskyddslagen ingår ansvar för smittspårning inklusive provtagning och informationsinsatser enligt smittskyddsläkarens bedömning. Patienter som behöver fortsatt kontroll remitteras till sina valda vårdenheter. Vid särskilda boenden för äldre gäller principen som ovan, men här gäller att den

vårdenhet som har ansvaret för boendet enligt särskilt uppdrag också ansvarar för smittskydd, provtagning och remittering
- att arbeta preventivt, förmedla kunskap och samverka med andra samhällsaktörer som är relevant för området vilket innebär bl a att vara aktiv med information, råd, stöd, och åtgärder till bland annat förskolor, skolor och arbetsplatser vid olika typer av ohälsoutbrott som till exempel smittsamma sjukdomar.

3.9 Forskning och utveckling

Forskning, utveckling och utbildning (FoUU) är viktiga delar komponenter för att skapa en god grund för kunskapsbaserad vård och omsorg av hög kvalitet för befolkningen. FoUU:s verksamhet bidrar till kompetensväxling och skapar förutsättningar för förändring och förbättring av verksamheten samtidigt som det bidrar till en lärandemiljö som stimulerar till kritiskt tänkande och livslångt lärande. Målet är att vårdenheten deltar i och samverkar om kliniks forskning och utvecklingsarbete likväl som utbildningsaktiviteter som på vetenskaplig grund berör verksamheten. ~~i verksamheten som ska bidra till att skapa bästa möjliga vård och omsorg för befolkningen. Målet är att vårdenheten deltar i och samverkar om klinisk forskning och utvecklingsarbete likväl som utbildningsaktiviteter som på vetenskaplig grund berör verksamheten.~~

Vårdenheten ska tillhandahålla relevant patientdata och material till forskning som bedrivs av anställda vid Region Jämtland Härjedalen eller forskare som organisationen samarbetar med. Genom tillhandahållande av patientdata eller material för klinisk forskning ska vårdenheten också säkerställa att etisk godkännande och biobanksavtal finns i de fall det är relevant.

Dessutom ska vårdenhetens vetenskapligt skolade personal med specialistutbildning i största möjliga mån verka som handledare och lärare för organisationens utbildningar på alla nivåer.

Vårdenheten kan själv ta initiativ till utvecklingsarbete och vetenskaplig forskning. Vårdenheten ska informera Region Jämtland Härjedalen om vilka forskningsprojekt som bedrivs inom verksamheten.

Vårdgivaren ska stimulera medarbetarna till forskning genom att uppmuntra deltagande i utvecklingsarbeten och kurser i forskningsmetodik samt stödja och underlätta för medarbetare som fått projektmedel/deltidstjänst.

3.10 Tilläggsuppdrag

Regionen definierar prioriterade och önskvärda medicinska områden, utbildningar och deltagande i samverkansprojekt. Samtliga vårdgivare är skyldiga att åta sig tilläggsuppdrag inom ramen för den ersättning och de villkor i övrigt som regionen fastställer i särskild ordning. Ersättning och villkor är lika för alla vårdgivare. Beslut om vilka vårdgivare som ska fullgöra respektive tilläggsuppdrag fattas av regionen. Regionens målsättning är att alla tilläggsuppdrag ska bygga på frivilliga överenskommelser med respektive vårdgivare.

Genom tilläggsavtal med vårdgivaren ersätts enligt kapitel Ersättning för följande tilläggsuppdrag:

3.10.1 Familjecentral

En familjecentral bedriver verksamhet som är hälsofrämjande, generell, tidigt förebyggande och stödjande. En familjecentral ska minst innehålla mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänst. Via samordning och samlokalisering mellan olika verksamheter och professioner ges möjlighet att möta samtliga barnfamiljers behov och att utifrån den basen tidigt i livet även kunna fånga upp barn som riskerar att fara illa. Syftet är att på folkhälsovetenskaplig grund utveckla tvärfackliga metoder för att främja barns och föräldrars hälsa. Ett jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv ska tillämpas.

I regeringens ”Nationell strategi för föräldrastöd - en vinst för alla” anges som viktiga delmål- *ökad samverkan kring föräldrastöd mellan aktörer vars verksamhet riktar sig till föräldrar* plus- *öka antal hälsofrämjande arenor.* Familjecentraler nämns där som goda exempel på samverkan. Region Jämtland Härjedalen har en tydlig målsättning att medverka i familjecentraler i länets samtliga kommuner och betonar särskilt de viktiga folkhälsomålen. Där familjecentral saknas ska vårdgivaren verka för att i samverkan med kommunen tillskapa sådan.

3.10.2 Särskilt boende

Regionen fördelar ansvaret för särskilt boende i dialog med vårdgivare. Regionen har för avsikt att sträva efter konkurrensneutralitet och likabehandling vad gäller tilldelning av uppdraget mellan offentligt och externt drivna vårdenheter. Innehåll i uppdraget regleras i hemsjukvårdsavtalet ~~”Ädelavtalen”.~~

Personer boende vid särskilt boende har på samma sätt som övriga invånare rätt att välja vårdenhet. Den vårdenhet som ansvarar för läkarinsatser vid särskilt boende är, för patienter som valt annan vårdenhet, endast skyldig att utföra akuta och oplanerade insatser.

I åtagandet för särskilt boende ingår det samhällsmedicinska ansvaret. Se kapitel Samhällsmedicinskt ansvar.

3.10.3 Utveckling och utbildning

Regionen ersätter vårdgivare per timme för utvecklingsarbete och deltagande i nationella, regionala och lokala grupper med primärvårdsövergripande åtagande i de fall de genererar produktionsbortfall i det patientnära arbetet. Regionen förbehåller sig rätten att utse deltagare.

Vårdgivaren ska enligt avtal med Mittuniversitetet tillhandahålla huvudhandledare för sjuksköterskestuderande, se Utbildning och handledning. Detta kan ske genom samverkan mellan flera vårdenheter.

Vårdgivaren ska enligt Plan för utbildning av läkare i Region Jämtland Härjedalen tillhandahålla huvudhandledare för AT-läkare. Detta kan ske genom samverkan mellan flera vårdenheter.

Regionen utser person för systemadministration av Obstetrix.

Regionen utser en distriktssköterska med länsansvar för alkoholfrågor.

Regionen utser en person i primärvården som samordnare för Cosmic.

3.10.4 Fortbildning

Inom primärvårdens verksamhet finns fortbildningssamordnare med uppdrag att anordna fortbildningsdagar som överensstämmer med primärvårdens mål och riktlinjer. Regionen förbehåller sig rätten att utse fortbildningssamordnare.

3.10.5 ST-läkare

Regionen kan uppdra åt vårdgivare att utbilda ST-läkare. Uppdraget kan avse hela eller delar av utbildningen för en eller flera läkare.

Vårdgivare ska följa gällande lagar, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2015:8 ~~SOSFS 2008:17 (M)~~), Målbeskrivning för allmänmedicin 2008 samt regionens Utbildningsplan ~~utbildning av~~ läkare ~~i~~ Region Jämtland Härjedalen, se Utbildning och handledning.

ST-läkare ska delta i regionens utbildningsverksamhet som avser vissa obligatoriska kurser.

Vårdgivare anställer och har arbetsgivaransvar för ST-läkaren. Anställningen ska vara tillsvidare och sker efter det att avtal har träffats med regionen.

Vårdgivaren avlönar ST-läkaren under hela specialiseringstjänstgöringen, det vill säga även under tjänstgöring inom specialiserad vård. Vid tjänstgöring på en placering inom specialiserad vård ska eventuella jourer avlönas av den specialitet där ST-läkaren tjänstgör.

Vårdgivaren står för alla omkostnader som är förenade med ansvaret för ST- läkare.

Om vårdgivaren inte har anställt ST-läkare inom tre månader efter att avtalet träffades kan regionen komma att ompröva avtalet.

3.10.6 AT-läkare

Regionen kan uppdra åt vårdgivare att ansvara för AT-läkares tjänstgöringsavsnitt inom allmänmedicin för en eller flera AT-läkare. Regionen anställer AT- läkare.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter ska tjänstgöring inom allmänmedicin ingå under läkarnas allmäntjänstgöring. I ansvaret ingår att allmäntjänstgöringen sker enligt gällande lag, Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 1999:5 (M)) och regionens Utbildningsplan ~~Plan för utbildning av~~ läkare ~~i~~ Region Jämtland Härjedalen, se Utbildning och handledning.

3.10.7 AT- och ST-studierektor inom primärvård

AT- och ST-studierektor inom allmänmedicin ska vara stöd för ST-läkaren och AT-läkaren, handledaren och verksamhetschefen och för samtliga vårdgivare inom hälsovalet i enlighet med

regionens Utbildningsplan ~~Plan för utbildning av~~ läkare ~~i~~ Region Jämtland Härjedalen, se Utbildning och handledning.

AT- och ST-studierektor ska vara specialister inom allmänmedicin och har sin placering hos vårdgivare inom primärvården. Regionen utser ST- och AT-studierektor.

3.10.8 Lektor inom regionaliserad läkarutbildning

Umeå Universitet anställer lektorer inom LP4U-~~regionaliserad~~ läkarutbildning (tidigare benämnd som regionaliserad läkarutbildning). Anställningen benämns som förenad anställning och den är hel och odelbar. Anställningen består av undervisning, forskning och kliniskt arbete i Region Jämtland Härjedalen. Fördelningen kan variera men brukar fördelas med en tredjedel inom respektive del. Det är Umeå universitet som fastställer fördelningen.

Umeå universitet är huvudarbetsgivare för arbetstagare som har anställning som är förenad med klinisk tjänstgöring vid Region Jämtland Härjedalen. Regionen kan uppdra åt vårdgivare att ansvara för den kliniska tjänstgöringen. Lektor erhåller ett arvode och det utbetalas av den vårdgivare där den kliniska tjänstgöringen fullgörs.

Samtliga arbetsuppgifter för en lektor ska inrymmas i årsarbetstiden. För lektorer med förenad anställning innebär det att även den kliniska tjänstgöringen ingår i årsarbetstiden vid Umeå Universitet.

3.10.9 Ambulansverksamhet i Gäddede

För att starta vårdenhet i det geografiska närområdet för Gäddede kan uppdraget att bedriva ambulanssjukvård ingå.

3.10.10 Utvecklingsuppdrag folkhälsoarbete

Vårdenheten kan med hjälp av FoUU enheten genomföra utvecklingsuppdrag för att bidra till utveckling av det sjukdomsförebyggande arbetet. Detta kan även ske i samverkan med andra vårdenheter.

Ett utvecklingsuppdrag definieras som:

- Enhet/er som vill prova ny metod/tillvägagångssätt, tillföra ytterligare struktur/mätning för att förbättra förutsättningarna för patienter med ohälsosamma levnadsvanor.

Ytterligare information, se Styrande dokument.

~~3.10.11 Rehabkoordinator~~

~~Från 2013 ingår rehabkoordinatorer i primärvården med uppdrag, att bland annat;~~

- ~~koordinera arbetet med tidig rehabilitering~~
- ~~koordinera teamarbete~~

- ~~vid behov vara kontaktperson för patienten mot försäkringskassa, arbetsförmedling, arbetsgivare, företagshälsovård osv.~~
- ~~bistå hälsocentralen med fortlöpande statistik~~
- ~~utifrån hälsocentralens sjukskrivningar samordna teamträffar och kontakter med patienter som ska tas upp på teamen.~~
- ~~rapportera utförda rehabiliteringar.~~

~~Tjänstekvoten är baserad på en nationell utvärdering av koordinatorsfunktionen, och är rekommenderad till 1,0 rehabkoordinator på 17 000 listade patienter i yrkesverksam ålder (16-67 år). Det betyder att det blir en liten del av en tjänst på många hälsocentraler. Det kan därför vara en fördel att samla fler hälsocentraler till en koordinator, för att effektivisera utfallet av funktionen. Uppdrag och kompetensprofil finns beskrivet i dokumentet Uppdragsbeskrivning för rehabiliteringskoordinatorer i primärvård se Styrande dokument~~.

3.10.12 Primärvårdskonsulter

Region Jämtland Härjedalen utser primärvårdskonsulter med uppdrag att i samverkan med den specialiserade vården utarbeta rutiner och riktlinjer för att få till fungerande vårdprocesser, se Styrande dokument.

3.10.13 Avståndsoberoende tjänst

Under förutsättning att medel avsätts av den så kallade professionsmiljarden kommer ett stimulansbidrag att betalas per besök när avståndsoberoende tjänster ersätter ett fysiskt besök.

3.11 Verksamheter som inte omfattas av Hälsovalet

Nedanstående verksamheter, som bedrivs inom regionens primärvård, ingår inte i Hälsoval Region Jämtland Härjedalen och vårdgivaren har inget kostnadsansvar för besök/inläggningar vid dessa enheter:

- enhet för asyl-flyktinghälsa
- folkhälsan
- ungdomsmottagning i Östersund
- SVR/1177
- närvårdsavdelning i Strömsund
- vårdplatser i Sveg
- ljusbehandling

4 ERSÄTTNING

I Hälsoval Jämtland finansieras vårdgivarens kostnader till största del av en ersättning baserad på antal listade personer. Ersättningsmodellen ses över varje år och uppdateras med aktuell data.

~~I budgetpropositionen inför 2017 finns förslag som kan påverka primärvården exempelvis avgiftsfri vård för personer som är 85 år och äldre. Dessa förväntas kompenseras med motsvarande stadsbidrag.~~

Därtill finns särskilda ersättningar för delar av uppdraget. I de fall ingen särskild ersättning anges för del av uppdrag, ska uppdraget genomföras inom ramen för den sammantagna ersättningen.

Aktuella uppgifter om patientavgifter, vaccinationer, intyg samt ersättning för vård till asylsökande återfinns i regionens avgiftshandbok.

Vårdgivarens ersättning för uppdraget framräknas enligt nedanstående modell som gäller från den 1 januari 2018.

Ersättningssystemet består av tre grunddelar:

- ersättning för listade personer
- rörlig ersättning
- tilläggsersättning.

Momskompensation återsöks av regionen hos skattemyndigheten. En privat vårdenhet får momskompensation genom att den av regionen utbetalda ersättningen för listade personer uppräknas med tre (3) procent. Momskompensation utgår inte för läkemedel, rörlig ersättning samt tilläggsersättning.

De privata vårdgivarna erhåller även kompensation för exempelvis IT, ekonomi- och personaladministrativa system med 30 kr per listad invånare och år. Ersättningen omfattas av momskompensationen.

Ersättning lämnas för hel månad och baseras på antal listade i respektive åldersgrupp i början av innevarande månad samt eventuella tilläggsuppdrag. Detta gäller även för nyetableringar. Utbetalning sker månadsvis, med en tolftedel av den beräknade årsersättningen. Utbetalningen sker innevarande månad, utan anmodan, den 20:e varje månad eller närmaste arbetsdag därefter. Betalningen är mottagaren tillhanda någon dag senare beroende på bankernas hanteringstid. Övrig ersättning respektive avdrag regleras i efterhand i särskild ordning.

Lagen om valfrihetssystem (LOV) innebär att den ekonomiska ersättningen följer patienten fullt ut. Detta innebär att regionen inte kan förbinda sig eller garantera någon som helst ersättning till vårdgivaren om han/hon inte får listade eller patienter som söker vård hos denne.

4.1 Ersättning för listade personer

Ersättningen för listade personer är en viktad individrelaterad ersättning som syftar till att främja helhetssyn och ansvarstagande. Ersättningen är en kombination av ersättningar som tillsammans ska täcka vårdgivarens kostnader för överenskomna vårdtjänster utifrån respektive vårdenhets olika förutsättning med avseende på exempelvis avstånd från sjukhus och befolkningsstruktur.

Ersättningen ska täcka vårdenhetens kostnader för personal, lokaler, utrustning, läkemedel och material mm. samt köpta tjänster för exempelvis lab och röntgen, transporter, sjukresor och listades besök hos privatpraktiserande allmänläkare och sjukgymnaster på nationella taxan.

Totalt fördelas preliminärt för år 2017, 568 690 tkr som ersättning per individ. Ersättningen justeras månatligen mot antalet listade till vårdenheten. Förändring i ersättningsbeloppet ska beslutas senast i juni året före det år ersättningen avser. Om ersättning inte ändras genom beslut i juni räknas årets ersättning, exklusive läkemedel, upp med landstingsprisindex (LPI-K).

I ersättningen per listad person ingår följande delar:

- ersättning per listad invånare
- socioekonomisk faktor
- glesbygdsfaktor
- läkemedel

4.1.1 Ersättning per listad person

Ersättningen grundar sig på föregående års besöksmönster i olika åldersgrupper i länet. Totalt fördelas preliminärt 256 776 tkr som ersättning per listad person. Ersättningen för vikt 1,00 är 2 012 kr. Ersättningen kan variera något utifrån förändringar i antalet invånare i länet.

Ersättningen viktas i femårsklasser.

Vikterna nedan avser 2018.

Ålder	Vikt
0-4	~~1,40~~ 1,36
5-9	~~0,35~~ 0,35
10-14	~~0,35~~ 0,36
15-19	~~0,63~~ 0,59
20-24	~~0,68~~ 0,69
25-29	~~0,78~~ 0,78
30-34	~~0,80~~ 0,81
35-39	~~0,82~~ 0,80
40-44	~~0,74~~ 0,76
45-49	~~0,82~~ 0,82
50-54	~~0,89~~ 0,90
55-59	~~0,99~~ 1,04
60-64	~~1,15~~ 1,16
65-69	~~1,30~~ 1,27

70-74	~~1,68~~ 1,63
75-79	~~1,96~~ 1,96
80-84	~~2,00~~ 2,01
85-89	~~1,79~~ 1,85
90-94	~~1,51~~ 1,49
95-99	~~1,16~~ 1,12
Plus 100	~~0,68~~ 1,18

4.1.2 Socioekonomisk faktor

Som socioekonomisk faktor används CNI (Care Need Index). Denna faktor syftar till att utjämna sjukdomsbördan i små geografiska områden utifrån socioekonomiska variabler. Högt CNI i en population indikerar social utsatthet och berättigar till mer primärvårdsresurser.

CNI består av sju variabler med olika vikt. Följande variabler byggs CNI upp av.

Variabel	Vikt
Ålder över 65 år och ensamboende	6,15
Ålder yngre än 5 år	3,23
Ensamstående föräldrar med barn tom 17 år	4,19
Lågutbildade 25-64 år	3,97
Arbetslösa eller i åtgärd 16-64 år	5,13
Personer födda i Öst- och Sydeuropa (ej EU), Afrika, Asien eller Latinamerika	5,72
Personer 1 år eller äldre som flyttade in i området	4,19

Dessa variabler vägs ihop till ett index utifrån hur många listade invånare inom dessa sju grupper respektive vårdenhet har. CNI kommer att uppdateras vid behov.

2017 är den preliminära genomsnittliga ersättningen per invånare i Jämtlands län 671 kr, totalt 85 593 tkr. Preliminärt CNI per vårdenhet kan erhållas från regionen.

4.1.3 Glesbygdsfaktor

Glesbygdsfaktorn syftar till att kompensera de vårdenheter som har långt till sjukhuset i Östersund och därför får ökade kostnader för såväl sjukresor som vård.

Totalt fördelas 68 000 tkr som glesbygdsfaktor. Ersättningen baseras på den listades mantalsskrivningsort, vilket innebär avståndet från närmsta vårdenhet i kommunen till Östersund och är indelad i fem avståndsintervaller. Ersättningen för vikt 1,00 är 826 kr per listad invånare. Ersättningen kan variera något utifrån förändringar i antalet invånare i länet.

Avståndsintervall	Vikt per avståndsintervall
0-29 km	0
30-69 km	1,00
70-99 km	1,29

100-149 km	1,68
> 150 km	2,25

4.1.4 Läkemedel

Vårdgivaren har kostnadsansvar för de allmänläkemedel som förskrivs till de listade patienterna oavsett vem som förskriver dem. Vårdgivaren har vidare fullt kostnadsansvar för samtliga läkemedel som rekvireras. Vårdgivare ska ha samma rättigheter till rabatt på läkemedel efter genomförda upphandlingar som regionens egna enheter.

Ersättningen för allmänläkemedel utgår per listad person. Ersättningen grundar sig på föregående års förbrukning i olika åldersgrupper i länet

Den preliminära ersättningen för allmänläkemedel med vikt 1,0 är 1 231 kr under 2017, totalt 157 061 tkr.

Vikterna nedan avser 2018.

Ålder	Vikt
0-4	~~0,39~~ 0,54
5-9	~~0,22~~ 0,33
10-14	~~0,28~~ 0,37
15-19	~~0,22~~ 0,38
20-24	~~0,20~~ 0,21
25-29	~~0,31~~ 0,25
30-34	~~0,36~~ 0,36
35-39	~~0,41~~ 0,44
40-44	~~0,52~~ 0,51
45-49	~~0,71~~ 0,69
50-54	~~0,94~~ 0,98
55-59	~~1,15~~ 1,09
60-64	~~1,60~~ 1,55
65-69	~~1,79~~ 1,76
70-74	~~2,28~~ 2,19
75-79	~~2,72~~ 2,59
80-84	~~2,83~~ 2,72
85-89	~~3,07~~ 2,99
90-94	~~2,92~~ 2,95
95-99	~~3,07~~ 2,70
Plus 100	~~1,99~~ 2,63

4.2 Rörlig ersättning

I den rörliga ersättningen ingår ersättning för följande:

- patientavgift
- patienter från andra landsting/regioner och andra länder
- asylsökande
- patient som inte är listad vid vårdenheten

- avdrag görs för listads besök hos vårdgivare med nationell taxa
- utbildning och handledning
- en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess (fd rehabgaranti)
- stimulansmedel

4.2.1 Patientavgift

Vårdgivaren ska ta ut patientavgift enligt regionens fastställda vårdavgifter inkl Gula taxan. Vårdgivaren uppbär och behåller dessa avgifter. Gällande regler för högkostnadsskydd inom öppen hälso- och sjukvård ska tillämpas. Vårdgivaren ska ta ut patientavgift av patienten vid uteblivna besök enligt avgiftsbestämmelserna.

Ingen kompensation utgår för avgiftsfria besök på grund av högkostnadsskydd eller när patienten är under 18 år. Vårdgivaren ombesörjer själv eventuell fakturering och kravhantering vid obetalda patientavgifter.

Patienten ska erhålla kvitto vid varje besök. Vårdgivaren ansvarar för eventuella kundförluster. Vårdgivaren ska anteckna i patientens kort för högkostnadsskydd samt utfärda så kallade frikort enligt regionens regelverk. Patientavgifterna behålls av vårdgivaren.

4.2.2 Patienter från andra landsting/regioner och andra länder

Vårdgivaren ska ta emot patienter från andra landsting/regioner och andra länder på samma sätt som regionens egna verksamheter enligt bestämmelserna i Riksavtalet för utomlänsvård. För patienter som ges sådan vård ska vårdgivaren lämna underlag till regionen som debiterar patientens hemlandsting för vårdkostnad, därefter ersätts vårdgivaren. Vårdgivaren ska på liknande sätt ta emot patienter från främmande länder som omfattas av gällande regler för patienter från EU/EES samt Schweiz eller länder som Sverige har sjukvårdsöverenskommelser med. Besöksersättningen för utomlänspatienter ersätts enligt bestämmelserna i Riksavtalet för utomlänsvård. Följande belopp gäller för 2017. Till detta kommer patientavgift enligt regionens fastställda vårdavgifter.

Läkarbesök utomlänspatient	1 892 kr
Läkarbesök vid vårdenhet med gipsning inkl röntgen	3 692 kr
Sjukvårdande behandling utomlänspatient	772 kr

~~4.2.3~~ Asylsökande/ ~~kvotflyktingar/~~ tillståndslösa

Ersättning för asylsökande och tillståndslösa ges med samma ersättningsbelopp per besök eller vårddag/vårdtillfälle, med avdrag för eventuella patientavgifter, som gäller för utomlänspatienter. Hälsoundersökning av asylsökande, kvotflyktingar och anhöriginvandrare inklusive hälsosamtal och tolkkostnader, ersätts år 2017 med 2 0~~6~~80 kr. Beloppet justeras årligen med förändringen av konsumentprisindex.

Ersättningskrav till regionen ~~måste vara försedda med den asylsökandes LMA-nummer för att ersättning ska lämnas~~ enligt regionens regelverk, länk.

Asylsökande under 18 år har rätt till all slags vård medan asylsökande över 18 år har rätt till akut vård och vård som inte kan anstå, mödravård, förlossningsvård, preventivmedelsrådgivning samt vård vid abort. Övrig vård bekostas av vårdtagaren.

För aktuell/utökad information angående asyl-flykting hälso- sjukvård hänvisas till Region Jämtland Härjedalens hemsida. www.regionjh.se asyl-flyktingfrågor.

4.2.4 Patienter som inte är listade på vårdenheten

Samtliga vårdenheter inom hälsovalssystemet är skyldiga att ta emot besök, oavsett var patienten är listad.

Besöksersättning ges för tillfälliga besök av patienter från Jämtlands län som inte är listade på vårdenheten med 500 kr för läkarbesök och 250 kr för övriga besök. Motsvarande avdrag görs hos den vårdenhet där patienten är listad.

Faktisk kostnad för besök hos privatpraktiserande sjukgymnaster och läkare i allmänmedicin som går på nationella taxan debiteras från 2013 till 100 % av den vårdenhet där patienten är listad och finansieras av ersättningen per listad person.

4.2.5 Ersättning för utbildning och handledning

Där regionen har avtal med utbildningsanordnare och där ersättning utgår för verksamhetsförlagd utbildning (VFU), arbetsplatsförlagd utbildning (APU), regionaliserad läkarutbildning eller motsvarande utgår ersättning till vårdgivare enligt avtal och med eventuella vidhängande beslut om kostnadsfördelning från regionen.

Ersättning för studenter från Mittuniversitet för år 2017 är 1515 kr per student och vecka. Avdrag görs för praktikplatssamordning med 200 kr och samordnande funktion för handledning av sjuksköterskestudenter med 150 kr per student och vecka.

Ersättning för läkarstudenter från Umeå Universitet i utlokaliserad klinisk grundutbildning är för år 2017, 4 000 kr per student och vecka.

Ersättning för studenter inom regionaliserad läkarutbildning från Umeå Universitet är år 2017, 4 000 kr per student och vecka.

För övriga studenter från Umeå Universitet är ersättningen för år 2017 1515 kr per student och vecka. Avdrag görs i förekommande fall för praktikplatssamordning med 350 kr per student och vecka.

4.2.6 Överenskommelser mellan staten och SKL

Ett antal överenskommelser är kopplade till stimulansmedel som vid uppnådda mål kan komma att påverka ersättningen i primärvården. För år 2017 planeras exempelvis insatser för kvinnors hälsa, psykisk hälsa samt förbättrad vård för personer med kroniska sjukdomar.

4.2.6.1 En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess

~~För att få ersättning för multimodal rehabilitering krävs att vårdenheten har och arbetar utifrån definitionen av multimodalt team. Kriterier och arbetssätt finns beskrivna i dokumentet Tillämpning av överenskommelsen " En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess" se Styrande dokument.~~

~~Särskild redovisning lämnas in varje kvartal till regionen, detta ombesörjs av rehabkoordinator. Då Socialstyrelsen kommer att gå in och granska olika ärenden måste rehabiliteringen vara väl dokumenterad och de avidentifierade formulären lätta att koppla till patient journalen. Den statliga överenskommelsen kan komma att upphöra 2017-12-31.~~

Ersättning utgår för viss rehabilitering som syftar till arbetsåtergång. Insatserna ska bedrivas enligt evidens och nationella riktlinjer.
Behandlingar finns specificerade i dokumentet Ersättning ur sjukskrivningsprocessen 2017. För att få ersättning för multimodal rehabilitering, MMR1, krävs att vårdenheten har och arbetar utifrån definitionen av multimodalt team. Kriterier och arbetssätt finns beskrivna i dokumenten:

Nationell indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta

Uppgifter och kompetensbehov vid multimodal rehabilitering

Rehabilitering vid långvarig smärta

Särskild redovisning lämnas in varje kvartal till regionen, detta ombesörjs av rehabkoordinator, respektive behandlare eller någon som chef utser. Då Socialstyrelsen kommer att gå in och granska olika ärenden måste rehabiliteringen vara väl dokumenterad och de avidentifierade formulären lätta att koppla till patient journalen. Den statliga överenskommelsen kan komma att upphöra 2018-12-31. Processledningen i Region Jämtland Härjedalen kan komma att förändra fördelningen av ersättning för år 2018 i syfte att effektivisera och kvalitetssäkra arbetet med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Rehabkoordinatorerna finansieras av regionen enligt särskilt meddelande.

4.2.7 Utveckling 2018

Regionen kommer successivt att utveckla ersättningsmodellen för Hälsoval Region Jämtland Härjedalen.
Under 2018 kommer bland annat följande att ses över:

- Kostnadsansvar för besök utanför Jämtlands län

- Utvecklingsuppdrag för folkhälsa

4.3 Tilläggsersättning

Särskild ersättning utgår enligt nedan för de tilläggsuppdrag som regleras i uppdragsspecifikationen, Kapitel 3.10. Tilläggsersättningen utbetalas samtidigt med ersättningen för uppdraget.

4.3.1 Familjecentral

De vårdgivare som bedriver en familjecentral med fördjupad samverkan mellan barnhälsovård, mödrahälsovård, öppen förskola och socialtjänst erhåller en tilläggsersättning i proportion till antalet listade barn i åldern 0-6 år. Ersättningen beräknas utifrån 100 kronor/barn och år med lägsta nivå på 25 000 kronor. Den maximala ersättningen som betalas ut uppgår till 100 000 kronor per familjecentral och år. I de fall där extrakostnader uppstår, i form av lokalhyra, utgår ersättning motsvarande faktisk kostnad.

Ersättningen är till för att möjliggöra tid för samverkan. Som exempel kan nämnas gemensamma möten, planeringstillfällen, utbildning och nätverksträffar. Möjlighet att arbeta tvärprofessionellt i kontakten med föräldrar och barn både individuellt och i grupp samt att delta i den öppna förskolans verksamhet. En förutsättning för att erhålla ersättningen är att samtliga parter ingått i ett skrivet lokalt samverkansavtal med en tydlig överenskommelse om samverkan för familjecentralen och att verksamheten bedrivs i enlighet med avtalet.

4.3.2 Särskilt boende

Ersättning utgår vid särskilt boende med 5 000 kr per plats.

4.3.3 Utveckling och utbildning

I de fall vårdenheten representerar hela primärvården i nationella, regionala och lokala grupper utgår ersättning med 600 kr per timme för läkare och 400 kr per timme för övriga personalkategorier. Vårdgivaren ersätts med 400 kr per timme för huvudhandledarskap för sjuksköterskor enligt modell för verksamhetsförlagd utbildning för sjuksköterskestudenter.

Vårdgivaren ersätts med 600 kr per timme för huvudhandledarskap för AT-läkare enligt Handlingsplan för utbildning av läkarstudenter och läkare.
Regionen ersätter motsvarande 20 % av en distriktssköterskетjänst för att arbeta med alkoholfrågor och 10 % av en barnmorsketjänst för systemadministration av Obstetrix samt 50% distriktssköterskетjänst med samordningsansvar för Cosmic.

4.3.4 Fortbildning

Fortbildningssamordnare ersätts av regionen liksom kostnader i form av lokalhyra och föreläsare i samband med dessa dagar.

4.3.5 ST-läkare

Ersättning till vårdgivare som tar emot ST-läkare är 75 % av medianlön för ST-läkare i regionen. Ersättningen uppräknas årligen utifrån regionens löneutveckling för ST-läkare. Hälsovalet ersätter till ett maxbelopp av motsvarande 16,2 mkr för 2018.

4.3.6 AT-läkare

Regionen avlönar AT-läkare. Ersättning till vårdgivare som tar emot AT-läkare är 70 % ~~80 %~~ av lönekostnaden för AT-läkaren. För att stimulera AT-läkare att fullgöra primärvårdsdelen på ort utanför Östersund med omnejd och för att minska kostnader för den enskilde läkaren betalar vårdgivaren ut ett lönetillägg på 6000 kr/månad vid behov av dubbelt boende enligt rutin, se Utbildning och handledning.
Hälsovalet ersätter till ett maxbelopp av motsvarande 4,8 mkr för 2018.

4.3.7 AT- och ST-studierektor inom primärvård

Regionen ersätter vårdgivare som på del av befattning som distriktsläkare, är AT- och ST-studierektor inom primärvård.

4.3.8 Ambulansverksamhet i Gäddede

Regionen ersätter uppdraget att bedriva ambulansverksamhet i Gäddede 2017 med 5 565 000 kr. Ersättningen kan komma att reduceras i det fall ett utökat gränsöverskridande samarbete kommer till stånd med ambulansverksamheten i Norge. Om uppdraget upphör, upphör också rätten till ersättning för det.

4.3.9 Utvecklingsuppdrag för folkhälsoinsatser

Belopp som kan betalas ut per utvecklingsuppdrag uppgår för perioden hösten 2018 till våren 2019 till maximalt 185 000. Totalt avsätts 1,1 mkr.

~~4.3.10 Rehabkoordinatorer~~

~~Rehabkoordinatorerna finansieras av regionen.~~

4.3.11 Primärvårdskonsulter

Primärvårdskonsulter finansieras av regionen.

5 UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING

5.1 Allmänna förutsättningar

Regionen och dess vårdgivare inom primärvården har ett gemensamt ansvar och intresse av att följa upp och utveckla vården. Utgångspunkten för detta arbete ska vara en ömsesidig strävan att uppnå en förtroendefull relation mellan parterna. Regionen har ett ansvar att påtala brister i verksamheten oavsett om verksamheten drivs av regionen i egen regi eller av andra fristående vårdgivare. Därmed tillgodoses också allmänhetens rätt till insyn enligt 3 kap 19 a § kommunallagen.

Vårdgivaren ska medverka med faktaunderlag för regionens uppföljning av verksamheten i form av månads, tertial- och årsrapportering/verksamhetsberättelse enligt regionens riktlinjer.

Förutom den standardiserade uppföljningen ska uppföljning i dialogform ske minst en gång per år efter inlämnandet av verksamhetsberättelse/årsredovisning. Regionen kallar till dessa möten. Vid uppföljningsmöten ska från vårdgivarens sida medverka minst verksamhetschef och medicinskt ansvarig. Vårdgivaren ska förse regionen med efterfrågat uppföljningsunderlag samt ansvara för att inrapporterade uppgifter är riktiga.

Regionen eller annan på dess uppdrag har rätt att hos vårdgivaren följa upp/inspektera verksamheten för att bland annat säkerställa att vårdgivaren uppfyller överenskomna krav och specifikationer.

Vårdgivaren ska senast den 10:e i varje månad redovisa efterfrågade resultat från föregående månad enligt särskilda anvisningar från regionen.
Vårdgivaren ska lämna/tillhandahålla de uppgifter som regionen anser sig behöva för att följa upp och kontrollera

- att verksamheten bedrivs i enlighet med förfrågningsunderlaget och de mål och riktlinjer som regionen fastställt
- att vårdgivarens säkerhets- och kontrollsystem är tillräckliga
- att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredställande sätt

Grundläggande verksamhetsstatistik insamlas med stöd av den information som samtliga vårdenheter registreras i vårdadministrativa systemet. Regionen äger utan särskilt medgivande tillgång till alla sådana uppgifter med undantag för sekretessbelagd information.

Landsting/regioner bedriver ett gemensamt utvecklingsarbete tillsammans med SKL, som benämns Basmodell primärvård, för ett enhetligt system av styrning och uppföljning. Vidare kommer resultaten av pågående projekt på nationell nivå efter hand införlivas i uppföljningssystemet (öppna jämförelser, nationell patientenkät, Socialstyrelsens nationella indikatorer för god vård etcetera). Inom ramen för bland annat det regiongemensamma arbetet kommer även behovet av och förutsättningarna för att införa ett visst inslag av mål-, kvalitets- och resultatbaserade ersättningar att övervägas.

Uppföljningsdata kommer att ses över och utvecklas varje år och i takt med att evidens och teknik finns som stödjer införande av nya indikatorer. Kvalitetsindikatorer och nyckeltal kommer att revideras årligen.

Vårdgivaren ska vara representerad på informationsmöten som regionen eller annan på deras uppdrag kallar till. Regionen och vårdgivaren ska ha ett ömsesidigt informations- och samrådsansvar beträffande verksamhetsförändringar som påverkar tillgängligheten och annan service mot allmänhet och patienter.
Regionen har rätt att såväl använda som publicera resultaten samt att kräva att vårdgivaren offentliggör vårdenhetens resultat. Publicering/redovisning ska ske vid den tidpunkt och på det sätt som uppdragsgivaren fastställt och i de system eller i de sammanhang som regionen anvisar.

Vid särskilda tillfällen kan också uppgifter utöver planerad uppföljning begäras in och sådana uppgifter ska skyndsamt inrapporteras till regionen.

5.2 Struktur

Befintliga databaser/register ska så långt som möjligt användas som källa. I de fall där detta ännu inte är möjligt, bedömer beställaren om uppgiften är så betydelsefull att det är motiverat med rapportering i särskild ordning. För att förenkla arbetet i de fall då särskild rapportering krävs, kan det i många fall vara tillräckligt att ansvarig uppgiftslämnare anger ett cirkavärde eller intervall. I tillämpliga fall ska uppdelning ske på kön.

Alla uppgifter gäller initialt för en enskild hälsocentral och dess listade patienter, samt för eventuella övriga specificerade ansvarsområden som vilar på den enskilda hälsocentralen. Vid behov kan uppgifterna aggregeras och kompletteras till en övergripande bild.

Metoderna är utvalda för att med rimlig arbetsinsats kunna ge förutsättningar för meningsfulla samtal och bedömningar. Basmodellen beskriver fyra olika metodtyper som är tänkta att användas parallellt; enskild uppföljningsdialog, gemensam dialog, särskilda fördjupningar samt årlig analys.

Indikatorer, mål och mått är indelade i fyra huvudområden med uppföljningsperspektiven från regionens ledningssystem som filter.
<u>Förutsättningar</u>
Uppgifter om förhållanden som verksamheten har begränsade möjligheter att påverka
<u>Verksamhet</u>
Kvantitativa uppgifter om verksamheten.
<u>Struktur</u>
Indikatorer som belyser de strukturella förutsättningarna för kvalitet.
<u>Kvalitet i arbetet</u>
Indikatorer som belyser kvaliteten, främst i processtermer
Kvalitetsindikatorerna är utvalda för att kunna belysa de dimensioner som finns t ex i God Vård-konceptet.
I huvudsak är de grupperade i relation till gällande riktlinjer. I analysarbetet kan man efter behov återknyta till de principiella dimensionerna i God Vård.

Regionen har ett ledningssystem som är utformat och inspirerat av EFQM (The European Foundation for Quality Management) och regionen följer upp verksamhet utifrån perspektiven Medarbetare, Patient, Samhälle samt Verksamhetsresultat.

Hälsoval Region Jämtland Härjedalen kommer vid uppföljning använda sig av tillämpliga delar i SKL:s ”Basmodell för uppföljning av primärvård” samt ”Modell för fördjupad uppföljning”. Indikatorer som kommer att användas tas från regionstyrelsens verksamhetsplan samt ovan nämnda basmodell.

Regionstyrelsens har för 2017 valt att prioritera arbetet med att minska sjukskrivningar, patientsäker vård, samarbete med kommuner samt effektiva processer.

6 ALLMÄNNA VILLKOR

6.1 Lagar, förordningar och anvisningar

Vårdgivaren ansvarar för att vid varje tidpunkt gällande författningar (lagar, förordningar samt myndigheters föreskrifter) följs för uppdragets genomförande. Med författning likställs av myndigheter utfärdade normer och råd.

6.2 Styrdokument och policyskrifter

Vårdgivaren ska följa regionens styrdokument, policyskrifter och övriga anvisningar i tillämpliga delar.

6.3 Kompetens och bemanning

Vårdgivare ansvarar för att verksamhetschef finns inom verksamheten enligt Hälso- och sjukvårdslagen ~~§ 29~~ 4 kap 2 §. Verksamhetschefens uppgifter framgår av bland annat av ~~förordningen (1996:933) om verksamhetschef inom hälso- och sjukvården.~~ Hälso-och sjukvårdsförordningen (2017:80) Namn på verksamhetschef ska framgå av kontraktet. Förändring ska utan dröjsmål meddelas regionen.

Den övervägande andelen av tjänstgörande läkare, exklusive utbildningsläkare, ska vara specialister i allmänmedicin med reell kompetens och dokumenterad erfarenhet av hela det uppdrag som ingår i tjänsten. Läkare med annan specialistkompetens kan ingå som kompetens på vårdenhet i hälsovalsmodellen.

Den övervägande andelen av tjänstgörande sjuksköterskor ska vara utbildade distriktssköterskor.

Vårdgivaren ska tillhandahålla psykosocial verksamhet med kompetenser som psykolog och/eller socionom och/eller psykiatrisjuksköterska för att förebygga och möta psykisk ohälsa samt tillhandahålla kompetens för rehabilitering.

Vårdgivaren ska erbjuda sjukgymnastisk bedömning och behandling av legitimerad sjukgymnast/fysioterapeut .

I övrigt ska vårdgivaren ha en bemanning som säkerställer kontinuiteten i verksamheten och hälso- och sjukvårdspersonalen ska ha erforderlig legitimation och kompetens.

Kontinuerlig fortbildning och kompetensutveckling för personalen är en förutsättning för att kunna upprätthålla en god kvalitet. Alla vårdgivare ansvarar för kompetensutveckling av personal som är verksamma inom hälsovalet.

Inom hälsovalet finns medel avsatta för fortbildning, se rubrik Tilläggsuppdrag.

6.4 Underleverantör

Vårdgivaren får anlita underleverantörer för att komplettera sin kompetens eller för att förstärka sin kapacitet för genomförande av uppdraget. Vårdgivaren ska tillse att varje eventuell underleverantör uppfyller alla krav enligt detta avtal och ansvarar gentemot regionen för underleverantörernas arbete såsom om det vore vårdgivarens eget.

För det fall vårdgivaren vill anlita underleverantör ska anmälan om detta göras till regionen skriftligen. Regionen har rätt att i enlighet Skatte- och avgiftsskyldighet kontrollera att underleverantören har fullgjort sina skyldigheter avseende betalning av skatter och avgifter. För det fall underleverantören inte fullgjort dessa skyldigheter får vårdgivaren inte anlita underleverantören.

Regionen har också rätt att kontrollera övriga förutsättningar för godkännande.

6.5 Patientjournal

Vårdgivaren ansvarar för journalföring och förbinder sig att uppfylla kraven enligt Patientdatalagen (2008:355) samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (Socialstyrelsens gemensamma författningssamling HSLF-FS 2016:40)~~om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:14).~~

Patientdokumentationen ska ha en gemensam informationsstruktur och informationen ska vara tillgänglig i hela vårdkedjan. Dessa krav gäller all vård som utförs på regionens uppdrag. Detta framförallt av patientsäkerhetsskäl men även för att underlätta och stödja vårdprocesserna.

Pappershandlingar klassificeras och scannas in och kopplas till journalen enligt gällande rutin. Regionens enhet Registerservice sköter i sådana fall scanning på uppdrag av vårdgivaren.

Vårdgivaren förbinder sig att samverka med regionen för att utveckla säkra och ändamålsenliga rutiner för att kunna göra vårdinformation tillgänglig för varandra.

Sammanhållen journalföring tillämpas via vårdadministrativa systemet och Nationell Patientöversikt (NPÖ) vilket möjliggör att vårdinformation kan delas mellan vårdgivare.

Mer information kring journalhantering och tillämpning av IT tjänster, bilaga 2 IT- och telefonitjänster. Se Styrande dokument.

6.6 Patientnämnd

Verksamheten faller under ansvarsområdet för regionens patientnämnd. Patienten ska informeras och ges erforderlig möjlighet att vända sig till regionens patientnämnd. Vårdgivaren ska till patientnämnden lämna de uppgifter som nämnden behöver för att fullgöra sitt uppdrag.

6.7 Patientförsäkring

För den verksamhet som bedrivs enligt detta avtal gäller regionens patientförsäkring med Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF), se Styrande dokument. Vårdgivaren har skyldighet att utan kostnad lämna de intyg, journaler, med mera som LÖF:s skaderegleringsbolag Personskadereglering AB (PSR) begär för de patienter som behandlats hos vårdgivaren. Detta gäller även om skadan inträffat på en annan vårdenhet men patienten har en vårdepisod hos vårdgivaren.

6.8 Försäkringar

Vårdgivaren ska inneha för vårduppdraget relevanta och erforderliga försäkringar till betryggande belopp som täcker till exempel personskador, brandskador, stöld etcetera. Försäkringsbevis utställt av vårdgivarens försäkringsbolag ska överlämnas till regionen senast i samband med verifiering av vårdenhet. På anmodan ska vårdgivaren löpande kunna uppvisa intyg på erfoderliga försäkringar under hela avtalstiden.

6.9 Utrustning

All utrustning som används inom verksamheten ska uppfylla vedertagna standarder och krav på tillförlitlighet, prestanda och kvalitet för att tillförsäkra en ändamålsenlig funktion. Vårdgivaren ansvarar för att all utrustning erhåller fortlöpande service samt förebyggande och felavhjälpande underhåll. Service och kvalitetskontroller ska genomföras regelbundet och måste dokumenteras.

Vårdgivaren ska svara för underhåll, reparationer och återanskaffning av inventarier och utrustning. Vårdgivaren har kostnadsansvaret för dessa anskaffningar.

Vid val av medicinteknisk utrustning gäller följande. Utrustningar för EKG, spirometri och långtidsblodtryck och diagnostiskt ultraljud, där mätdata kan behöva lagras i lagringssystem inom Region Jämtland Härjedalen, ska vara av samma typ som finns inom regionens olika enheter. När det gäller andra typer av medicintekniska produkter som exempelvis mäter blodtryck och temperatur, och där mätdata inte lagras men utgör en grund för diagnos av hälsotillstånd och påverkar en journalanteckning så bör samma typ av utrustning användas som finns inom regionens olika enheter. Val av utrustning ska ske i samråd med den medicintekniska avdelningen vid Östersunds sjukhus.

6.10 Annan verksamhet

Annan verksamhet som vårdgivaren bedriver ska hållas åtskild från den verksamhet som regleras i förfrågningsunderlaget. Vårdgivaren ansvarar för att detta är tydligt för patienterna. Verksamheten får inte vara av sådan karaktär att den kan minska förtroendet eller anseendet för uppdraget vårdgivaren har mot regionen

6.11 Lokaler

Vårdgivaren ska ha för verksamheten säkra, ändamålsenliga och verksamhetsanpassade lokaler. Lokalerna ska vara utformade så att vården av patienter kan ske med full respekt för individens integritet och ostördhet samt vara lättillgängliga för personer med olika funktionsnedsättningar.

I de lokaler där huvudsakligen barn vistas ska miljön vara barnanpassad.

6.12 Information

Regionen ansvarar för att vårdgivarna via bland annat regionens webbsidor kan ta del av sådan verksamhetsinformation som behövs för att fullgöra åtagandet i Hälsoval Region Jämtland Härjedalen.

Vårdgivaren är ansvarig för att hålla sig uppdaterad om aktuell verksamhetsinformation som regionen ger ut på bland annat webbsidor.

6.12.1 Hälsovalssymbol för signal om godkännande

Vårdgivare får använda symbolen när deras ansökan om att ingå i hälsoval är godkänd. Vårdgivaren ska genom att använda symbolen för Hälsoval Region Jämtland Härjedalen tydligt visa att man är godkänd och därmed ingår i Region Jämtland Härjedalens offentligt finansierade vårdutbud.

Hälsovalssymbolen ska användas i exempelvis annonser, trycksaker, på webbplatser och på utomhusskyltar vid vårdenhetens entré enligt regionens riktlinjer, se Styrande dokument.

Externa vårdgivare får inte använda regionens logotyp, men symbolen för hälsoval. Vårdgivare som har regionen som huvudman använder både regionens logotyp och symbolen för hälsoval.

6.12.2 Kontaktuppgifter och grundutbud

Regionen informerar medborgarna om vårdenhetens kontaktuppgifter och grundutbud, till exempel verksamheter och kompetenser, via de kanaler som regionen använder för denna typ av information. Regionen förbehåller sig rätten att avgöra vilken typ av uppgifter som ska finnas tillgängliga via regionens egna informationskanaler.

Vårdenheten ska förse regionen med de uppgifter som behövs för att ge invånarna den information som nämns ovan. När en förändring sker ska vårdenheten lämna uppdaterad information till regionen. EKO-katalogen?

6.12.3 Väntrumsinformation

Vårdgivaren ska följa regionens riktlinjer för väntrumsinformation som även gäller för vårdenhetens kommunikation via internet.

Regionen har rätt att i vårdgivarens lokaler placera information riktad till patienter och befolkning.

6.12.4 E-tjänster och utveckling av informationstjänster

Sammanhållen journalföring kommer att ske via vårdadministrativa systemet och Nationell Patientöversikt (NPÖ).

Som en del i den nationella IT-strategin för vård och omsorg, finns 1177.se – en gemensam webbplats för den svenska hälso- och sjukvården. Medborgarna erbjuds via denna webbplats personliga tjänster och information om vård och hälsa på såväl nationell som regional nivå. Landsting och regioner har förbundit sig att delta och det innebär att vårdgivarna ska erbjudas möjlighet att delta i arbetet under utvecklingsfasen. Här ingår förutom informationstjänster (information om sjukdomar, undersökningar, behandlingar med mera) även e-tjänster för säker kommunikation med medborgare.

Inom ramen för dessa e-tjänster ska vårdgivare minst erbjuda medborgarna de tjänster som är beslutade att utgöra en bas i primärvårdens elektroniska tjänster.

De beslutade e-tjänster som vårdgivarna här minst ska erbjuda är: *Förnya recept, av-/omboka tid, beställa tid, förnya preventivmedel, förnya hjälpmedel, hjälp oss att bli bättre samt kontakta mig.* Under 2017 kommer möjlighet ges för patienter att läsa sina journaler via e-tjänsterna. Den tekniska lösning som erbjuder detta är den nationella tjänsten 1177 Vårdguidens e-tjänster. För att möjliggöra vårdgivarens egen inloggning till tjänsterna 1177 Vårdguidens e-tjänster samt 1177 krävs att kortläsare anslutna till datorarbetsplatsen anskaffas för läsning av SITHS-kort. Personalens personliga SITHS-kort tillhandahålls av regionen och kan beställas av vårdgivaren.

6.12.4.1 Utlämning av SITHS e-tjänstekort

Vårdgivaren ska bemanna och hålla tillgänglig en lokal utlämningsfunktion för de nationella SITHS e-tjänstekorten inom sin klinik samt under 2017, mot ersättning, även för kommunens personal. Vårdgivaren behöver för detta ändamål inom sin personalgrupp utse 2-3 personer som kan turas om att bemanna utlämningsfunktionen. Utlämningsfunktionen ges vid behov stöd av regionens Helpdesk för att sköta utgivningsförfarandet.

6.13 Marknadsföring

Vårdgivaren ansvarar för att vårdenhetens marknadsföring av egen verksamhet är saklig. Alla vårdgivare äger rätt att på eget initiativ informera om och marknadsföra sina tjänster. Alla vårdgivare ska i kommunikation med medborgare på ett av regionen fastställt sätt ange att de är en del av Hälsoval Region Jämtland Härjedalen och arbetar på uppdrag av regionen. Detta görs genom att använda symbolen för Hälsoval Region Jämtland Härjedalen.

I marknadsföring ska det tydligt framgå vilka tjänster som ingår i Hälsoval Region Jämtland Härjedalen och vilka eventuella övriga tjänster som inte gör det.

Det är inte tillåtet att erbjuda medborgare rabatter eller andra ovidkommande förmåner för att locka till listning.

6.14 Sjukresor

Vårdgivaren ska ha kännedom om och följa regionens regler för sjukresor och vara patienten behjälplig med att ordna sjukresa samt informera om gällande regler. Vårdgivaren svarar för kostnaden för sjukresor, se Avgiftshandboken kap 6.

6.15 Tolkservice

6.15.1 Språktolk

Vårdgivaren ska tillhandahålla tolk till patient som inte förstår eller kan uttrycka sig på svenska språket. Vårdgivaren står själv för kostnad i samband med anlitande av tolk. Vårdgivaren är skyldig att följa språklagen (2009:600) och lagen om nationella minoriteter och minoritetsspråk (2009:724).

6.15.2 Tolkcentralens tjänster

Regionen ansvarar för tolkservice i form av teckenspråkstolkar och vuxendövtolkar till döva, dövblinda och hörselskadade personer. Vårdgivaren rekvirerar vid behov tolkservice genom regionens tolkcentral. Regionen svarar för kostnaden.

6.16 It-tjänster/system

För att vårdgivaren ska kunna ansluta sig till regionens gemensamma tjänster/system ska vårdgivaren acceptera och godkänna de villkor som anges i Bilaga 2 IT- och telefonitjänster Hälsoval Region Jämtland Härjedalen se Styrande dokument. Detta godkännande har skett i och med anbudsgivarens avgivna svar i ansökan om anslutning till Hälsoval Region Jämtland Härjedalen.

Vårdgivare ska också i en självdeklaration redogöra för de delar av IT-infrastrukturen som vårdgivaren har eget ansvar för. Självdeklarationen omfattar en beskrivning av den egna IT-infrastrukturen, IT-säkerhetshantering och det regelverk som tillämpas för den IT-miljö som vårdgivaren har ansvar för från anslutningspunkten i vårdgivarens nätverk fram till anslutningspunkt till Sjunet. Självdeklarationens punkter utgör underlaget för den slutverifiering som genomförs gällande vårdgivarens lokala IT-miljö i samband med godkännande, se Styrande dokument.

För att tillförsäkra ett IT-stöd som kan uppnå hög patientsäkerhet samt en kostnadseffektiv hantering i verksamheten har regionen anvisat utpekade IT-tjänster som vårdgivaren ska ansluta sig till samt nyttja. Dessa tjänster är indelade i obligatoriska delar samt valfria delar för att säkerställa förutsättningarna för rätt användning. Till de obligatoriska delarna hör två tjänstepaket kallade ”Vårdutbud bas” samt ”Stödapplikationer”. Till de valfria delarna hör bland annat optioner på anslutning till telefoniapplikationer/system.

Vårdgivaren ska ansluta sig till den nationella IT-infrastrukturen Sjunet för svensk vård och omsorg. Genom de krav som ställs på att vårdgivaren ska ansluta sig till IT-tjänster inom regionens IT-miljö blir dessa anvisade IT-tjänster (för patientadministration, hälso- och

sjukvårdsinformation, patientuppgifter i vårdkedjan samt administrativa uppgifter) gemensamma för samtliga huvudmän inom Hälsoval Region Jämtland Härjedalen. Information i form av verksamhetsuppgifter, statistik och ekonomiska underlag kan på så sätt delas mellan aktörerna i tillämpliga delar.

Regionens erbjuder vårdgivaren att använda regionens vårdadministrativa system enligt givna rutiner.

Vårdgivaren ska genom anslutning till och nyttjande av anvisade delar av regionens gemensamma IT-tjänster tillförsäkra att IT-stöd finns för att kunna stödja en sammanhållen vårdkedja och i och med detta att en god patientsäkerhet uppnås. IT-stödet ska konfigureras på samma sätt som för övriga enheter inom regionen vad gäller medicinsk terminologi, kodverk och dokumentationsstruktur. Följande är en översikt av de krav som ställs på vårdgivarens eget IT-stöd:

- vårdgivaren ska kunna ta emot och skicka meddelanden via e-post.
- vårdgivaren ska använda sig av funktion för e-recept via vårdadministrativa systemet. Alla recept ska skickas i elektronisk form till apotek.
- Vården på Webben 1177 inkl. vårdsök och MVK Mina Vårdkontakter (egenvårdsråd, kontaktuppgifter samt interaktiva tjänster via webb för patienten)
- vårdgivaren ska ansluta sig till nationell katalogtjänst för vård och omsorg (HSA) via regionens kataloglösning för HSA
- säkerhetslösning i form av SITHS e-tjänstekort för tillgång till vårddokumentation
- Pascal dosförskrivningar av läkemedel
- vårdgivaren ska skicka läkarintyg elektroniskt till försäkringskassan
- NPÖ Nationell Patientöversikt.

Ytterligare tjänster kan tillkomma och en diskussion om anslutning till dessa kommande tjänster tas med vårdgivaren angående varje tjänst för sig. Diskussion/förhandling om anslutningsformerna för en viss tjänst kommer att upptas med vårdgivaren när respektive tjänst finns tillgänglig.

Via regionens mail-konferenssystem kommuniceras/publiceras verksamhetsinformation såsom kallelser, mötesanteckningar och PM inom och mellan verksamheterna. Relevanta konferenser i systemet görs tillgängliga för externa vårdgivare. Vårdgivarens användare kommer att tilldelas konto för att kunna skicka och ta emot e-postmeddelanden internt inom regionens mail-konferenssystem. Extern vårdgivare kommer inte ges behörighet att skicka och ta emot extern e-post.

6.17 Telefoni

Telefonifunktionen är en viktig del i vårdgivarens arbete med att upprätthålla en hög tillgänglighet till sitt vårdutbud. Därför ska vårdgivaren tillämpa samtalsmätning av sina inkommande telefonsamtal från brukare. Vårdgivaren svarar själv för att tillämpa adekvata telefonitjänster. Regionen erbjuder valfria telefonitjänster enligt Bilaga 2, se Styrande dokument.

Vårdgivaren ges rätt att för sin verksamhet mot en kostnad ansluta sig till regionens telefoniplattform samt telefonisttjänst. Detta underlättar hänvisning av samtal och gör det lättare att följa upp och anpassa hur samtalsströmmar ska ske mellan olika enheter.

Om vårdgivaren önskar anslutning till regionens telefoniplattform/telefonväxel ska detta ske genom anvisad anslutningstjänst för telefonväxel. Som option till anslutningstjänsten för telefonväxeln finns anvisade telefonienheter att avropa för vårdgivaren vid anslutning till telefonitjänsten. Vårdgivaren erbjuds ingå i regionens gemensamma telefonitjänst via avrop från gällande driftsavtal.

Inom regionens primärvård har en telefoniplattform driftssatts för telefonisamverkan mellan vårdenheter. Samverkan sker via slussning av inkommande samtal till rätt part enligt viss logik. Systemet syftar till att förbättra tillgängligheten till primärvårdens vårdenheter samt ge en enhetlig service med rådgivning och tidsbokningar genom bl. a. en effektiv slussning till rätt vårdinstans. Tillgång till systemet erbjuds externa vårdgivare inom ramen för Hälsoval Region Jämtland Härjedalen i form av anslutning av vårdgivare på frivillig väg. Vårdgivaren tecknar avtal direkt med leverantören av systemet samt med regionen vad gäller villkoren för samarbetet.

Mer information se bilaga 2 IT- och telefonitjänster, se Styrande dokument.

6.18 Miljökrav

Vårdgivaren ska vara informerad om och följa gällande lagar och andra författningar samt regionens riktlinjer och policys, som berör vårdgivaren.

Vårdgivaren ska samverka med regionen i frågor och då regionen så begär, redovisa hur vårdgivaren arbetar för att uppfylla regionens miljömål. Uppföljning av miljöarbetet ska dokumenteras årligen och redovisas till regionen vid begäran

Regionens styrande dokument gällande miljöarbete, se Styrande dokument.

6.19 Allmänhetens insyn och meddelarfrihet

Vårdgivare förbinder sig, vid anmodan från regionen, snarast lämna ut de uppgifter som efterfrågas.

Meddelarfrihet för anställda hos regionen regleras i svensk lag. Anställda hos privata vårdgivare inklusive underleverantörer ska ha en liknande meddelarfrihet. Vårdgivaren förbinder sig att, med undantag för vad som nedan anges, inte ingripa mot eller efterforska den som lämnat meddelande till författare, utgivare eller motsvarande för offentliggörande i tryckt skrift eller radioprogram eller andra tekniska upptagningar. Förbindelsen gäller inte sådana meddelanden som avser företagshemlighet som skyddas av lagen om skydd för företagshemligheter eller omfattas av tystnadsplikt för vårdgivarens anställda utanför det område som uppdraget omfattar och inte heller i vidare mån än vad som omfattas av meddelarfrihet för offentligt anställda enligt kap. 44 Offentlighet och sekretesslagen.

6.20 ~~Personuppgiftslagen~~ Dataskyddsförordningen

Vårdgivaren är personuppgiftsansvarig för sin behandling av personuppgifter och ska därmed följa dataskyddsförordningens regler för behandling av personuppgifter.

6.21 Kollektivavtal eller likvärdigt

Om vårdgivaren inte tecknat svenskt kollektivavtal ska denne på uppmaning kunna visa på hur förhållande och villkor mellan arbetsgivare och arbetstagare regleras på ett sätt som följer arbetsmarknadslagstiftning och i övrigt följer god sed på arbetsmarknaden. Detsamma ska gälla för eventuella underleverantörer som vårdgivaren anlitat för att fullgöra uppdraget.

6.22 Sekretess och tystnadsplikt

För verksamheten gäller sekretess enligt offentlighets- och sekretesslagen samt patientsäkerhetslagen.

6.23 Skatte- och avgiftsskyldighet

Vårdgivaren ska fullgöra sina lagenliga skyldigheter avseende skatte- och övriga avgifter under avtalstiden. Om vårdgivaren anlitar underleverantör, gäller samma skyldigheter för underleverantören

Regionen har när som helst under avtalstiden rätt att kontrollera hos Skatteverket att vårdgivaren uppfyller sin skatte- och avgiftsskyldighet.

6.24 Medicinsk revision

Regionen har rätt att under avtalsperioden, och när regionen så anser befogat, låta genomföra medicinsk revision av verksamheten som omfattas av uppdraget. Den medicinska revisionen ska kunna omfatta granskning av alla sådana uppgifter som vårdgivaren kan lämna ut enligt reglerna i Patientsäkerhetslagen (2010:659) till den som utför den medicinska revisionen. Denne får i sin tur lämna ut uppgifter om enskild patient endast om det är föreskrivet i gällande lag.

Regionen svarar för ersättning till den som anlitas för medicinsk revision. Vårdgivaren ska efter prövning enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) vara behjälplig med att tillhandahålla de uppgifter som krävs för att den medicinska revisionen ska kunna genomföras.

6.25 Revision

Regionens revisorer ska i enlighet med Kommunallagen 9 kap. 9 § granska all verksamhet som regionen bedriver inom sitt verksamhetsområde.

Vårdgivaren förbinder sig att i enlighet med denna lag låta regionens revisorer, eller de som revisorerna utser, utan hinder av sekretess eller affärsjuridiska krav ta del av sådan handling eller

uppgift som är nödvändig för utövande av sin granskning av vårdgivarens fullgörande av ingånget vårdavtal.

Uppgifter i vårdgivarens verksamhet som är att hänföra till sekretesslagstiftning, specifika affärsöverenskommelser eller sådan som regleras av lagar som styr bolag överförs i förekommande fall med motsvarande sekretesskyldighet till regionens revisorer.

Regionens revisorer har att hantera all information i sådan granskning med förutsättningar som styrs av gällande rätt och vad som på marknaden benämns med god revisionssed.

6.26 Ändringar och tillägg på regionens begäran

Regionen förbehåller sig rätten att ändra villkoren i avtal. Regionen beslutar i juni månad årligen om villkorsförändringar som ska träda i kraft den 1 januari efterföljande år. Regionen ska, så snart beslut har fattats om ändring av villkoren, göra dem tillgängliga för vårdgivaren i skriftlig form.

Vårdgivare ska godkänna förändring av villkoren genom att ingå tilläggsavtal med de ändrade villkoren. Avtalet ska vara ingånget senast 30 dagar efter att vårdgivaren fått del av tilläggsavtalet.

Vårdgivare som inte godkänner förändringen upphör huvudavtalet att gälla 12 månader efter tidpunkt då tilläggsavtal senast skulle ha tecknats om inte annat överenskommits. Fram till dess att avtalet upphör gäller de ursprungliga villkoren.

6.27 Omförhandling

Om förutsättningarna såsom riksdags- regerings eller myndighetsbeslut för detta avtal väsentligen ändras, har endera parten rätt att påkalla omförhandling eller säga upp avtalet.

Meddelande om omförhandling ska ske senast fyra (4) veckor i förväg. Vid uppsägning enligt ovan gäller en uppsägningstid om tolv (12) månader. Skadeståndsanspråk kan ej riktas från någondera part, mot den andre parten, i händelse av att avtalet sagts upp med stöd av denna punkt.

6.28 Brister i fullgörande

Vårdgivaren förbinder sig att, utan dröjsmål, skriftligen meddela regionen om risk för bristande tillgänglighet eller annan bristande uppfyllelse av avtalat uppdrag. Vårdgivare ska ange vilka åtgärder som avses vidtas för att eliminera uppkommen risk och minimera konsekvenserna av detta.

Vårdgivaren ska besvara regionens frågor rörande klagomål, befarade brister eller oklarheter rörande tolkningen av dennes åtagande.

Om vårdgivaren lämnat ofullständiga eller felaktiga uppgifter har regionen rätt att innehålla den ersättning som är kopplad till dessa uppgifter i avvaktan på att fullständiga eller riktiga uppgifter lämnas.

6.28.1 Vite

Om regionen efter utredning, som kommunicerats med vårdgivare, konstaterar brister som kräver att aktiva åtgärder vidtas av vårdgivaren kan regionen, beroende på bristernas omfattning och karaktär, förelägga vårdgivaren att vidta rättelse. Om rättelse inte vidtas inom föreskriven tidsfrist får regionen ta ut vite tills dess rättelse sker. Vitet bestäms utifrån bristens art och omfattning upptill högst 50 000 kronor/brist.

6.28.2 Vite i särskilda fall

Utöver vad som föreskrivs i föregående punkt, gäller följande:

Om vårdgivaren inte i tid levererar uppgifter såsom verksamhetsplan, rapporter, årsberättelser eller andra uppgifter som vårdgivaren enligt detta avtal ska leverera till regionen, Sveriges Kommuner och Landsting eller myndigheter, utgår för varje handling ett förseningsvite om 5 000 kronor/vecka, upp till maximalt 50 000 kr för varje tillfälle och handling.

Om vårdgivaren inte uppfyller kravet på mottagande av patient enligt listningsreglerna, utgår ett vite om 1 000 kronor/person/vecka. Maximalt utgår 10 000 kronor per person och aktuellt tillfälle.

Om vårdgivaren inte uppfyller kravet på tillgänglighet vad gäller öppettider och telefontid utgår ett vite om 10 000 kronor/vecka så länge kravet inte uppfylls. Maximalt utgår 100 000 kronor för aktuellt tillfälle.

6.29 Avtalets förtida upphörande

Part kan säga upp avtalet om andre parten i väsentliga delar inte uppfyller avtalskraven och inte vidtar rättelse inom 30 dagar efter skriftligt påpekande från motparten.

Exempel på väsentliga avvikelser.

- Vårdgivaren agerar på sådant sätt att det allvarligt rubbar förtroendet för vårdgivaren och därigenom regionen.
- Vårdgivaren är underkastad näringsförbud, försätts i konkurs, träder i likvidation, ställer in betalningar eller på annat sätt kan antas komma på obestånd.
- Inte fullgör sina skyldigheter avseende skatter och avgifter.
- Ägarförhållandena hos vårdgivaren eller hos dess moderbolag väsentligen förändrats och detta inte skriftligen har godkänts av regionen enligt villkor om överlåtelse av avtal.

Om avtalet sägs upp på grund av avtalsbrott är den part som brutit mot avtalet skyldig att till den uppsägande parten utge skadestånd i enlighet med allmänna avtalsrättsliga principer.

Uppsägning ska ske skriftligen och utan oskäligt uppehåll efter det att den omständighet som åberopas som uppsägningsgrund blivit känd för den uppsägande parten.

6.30 Samverkan med regionen vid avtalets upphörande

Avtalets upphörande ska inte befria någondera parten från vid tillfället kvarstående och icke uppfyllda åtaganden eller förpliktelser gentemot den andra parten. I händelse av att verksamheten enligt detta avtal upphör är vårdgivaren skyldig att medverka till att verksamheten kan övergå på efterträdande utförare med minsta möjliga olägenhet för listade medborgare.

Vid eventuell övergång på efterträdande utförare är vårdgivaren skyldig att överlämna samtliga relevanta handlingar, så som journalhandlingar och dylikt, som berör verksamheten, utan dröjsmål till regionen. Vårdgivaren ska svara för att dokumentation upprättas vid överföring av patientjournal så att journal kan följas.

Vårdgivaren ska i samband med avtalets upphörande tillskriva samtliga patienter med begäran om medgivande att lämna journaluppgifter till regionen.

Regionen och vårdgivaren ska vid avtalets upphörande samråda kring information till patienter och allmänhet för att övergången till annan vårdgivare ska kunna ske utan avbrott eller brister i verksamheten. Vårdgivaren är skyldig att samverka med andra vårdgivare som kommer att ta över vårdgivarens patientansvar.

6.31 Befrielsegrunder (Force Majeure)

Part är befriad från påföljd för underlåtenhet att fullgöra viss förpliktelse enligt avtalet, om underlåtenheten har sin grund i krig, strejk, lockout, brand, översvämning, knapphet på transporter eller energi, myndighets åtgärd, nytillkommen eller ändrad lagstiftning eller annan omständighet som ligger utanför ifrågavarande parts kontroll och omständigheten förhindrar eller försenar fullgörandet av förpliktelsen (”Befrielsegrund”).

Part som påkallar befrielsegrund enligt stycket ovan ska utan dröjsmål skriftligen meddela den andra parten därom. Part ska vidta skäliga ansträngningar för att mildra omfattningen och effekten av befrielsegrund. Part ska återuppta fullgörandet av de förpliktelser som förhindrats eller försenats så snart det praktiskt kan ske.

För det fall befrielsegrunden varar mer än två månader, har den andra parten rätt att skriftligen säga upp avtalet till omedelbart upphörande. Vid sådan uppsägning har ingen av parterna rätt till ersättning av den andra parten.

6.32 Ogiltig bestämmelse i avtalet

Skulle någon bestämmelse i detta avtal eller del därav befinnas ogiltig, ska detta inte innebära att detta avtal i dess helhet är ogiltigt utan ska, i den mån ogiltigheten väsentligen påverkar parts utbyte av eller prestation enligt detta avtal, leda till att skälig jämkning i detta avtal sker.

Parts underlåtenhet att vid ett eller flera tillfällen göra gällande rättighet enligt detta avtal eller påtala visst förhållande hänförligt till avtalet innebär inte att part avstått från rätten att vid senare tillfälle göra gällande eller påtala rättighet eller förhållande av ifrågavarande slag, såvida inte uttryckligt avstående skett i av part undertecknad skriftlig handling.

6.33 Tvist

Avtalet ska tolkas och tillämpas i enlighet med svensk rätt. Eventuell tvist angående tolkning eller tillämpning av detta avtal och som inte kan lösas av parterna gemensamt ska avgöras av allmän domstol med Östersunds tingsrätt som första instans.

6.34 Ansvar

Vårdgivaren har fullt ansvar för uppdraget och för all skada och alla förluster som kan komma att orsakas vid utförande av uppdraget. Vårdgivaren har det fulla ansvaret för sin verksamhet, såväl medicinskt och tekniskt som ekonomiskt.

Vårdgivaren ska hålla regionen skadeslöst om krav väcks mot regionen som en följd av vårdgivarens handlande eller underlåtenhet att handla. Ansvaret gäller under detta avtals giltighetstid och därefter under en period av tre (3) år, utom i fall av uppsåt eller grov vårdslöshet, då ansvaret gäller till dess att allmän preskription inträder.

Regionen ska snarast underrätta vårdgivaren om krav framställs mot vårdgivaren som omfattas av föregående stycke. Regionen ska inte utan vårdgivarens samtycke göra medgivanden, eller träffa uppgörelser, avseende sådant krav om det kan påverka vårdgivarens ersättningsskyldighet.

6.34.1 Arbetsgivaransvar

Vårdgivaren innehar arbetsgivaransvaret och därmed ansvaret för löner, skatter, sociala avgifter samt andra avtalsenliga eller författningsreglerade löneomkostnader jämte avgifter i övrigt.

Vårdgivaren är skyldig att iaktta att tillämpliga författningar inom personalområdet efterlevs inom den verksamhet som bedrivs inom ramen för detta uppdrag.

6.35 Faktureringsvillkor

Ersättning och nivåer regleras enligt avsnitt Ersättning.

Fakturering till regionen får inte överlåtas på tredje part utan skriftligt godkännande av regionen. Regionen betalar inte expeditions-, faktura-, miljö- eller andra ej avtalade avgifter från vårdgivaren eller tredje part.

Faktura ska vara märkt med beställarreferens som erhålls av regionen. Även eventuella påminnelser och krav sänds till samma adress:

Region Jämtland Härjedalen
Box 910
831 29 ÖSTERSUND

Om anledning till anmärkning mot faktura inte föreligger, erläggs betalning inom 30 dagar räknat från fakturadatum. Om regionen eller vårdgivare inte betalar faktura inom utsatt tid kan dröjsmålsränta åberopas i enlighet med Räntelagen (1975:635).

6.36 Köp av servicetjänster

Vårdgivaren har möjlighet att teckna separata avtal med regionen eller av regionen upphandlad tjänst avseende:

- sterilservice
- städtjänster
- transport och posthantering
- sjukvårds/förrådsprodukter
- tvätt
- medicinteknisk service
- medicinsk diagnostik

7 FÖRESKRIFTER FÖR ANSÖKAN

Hälsoval Region Jämtland Härjedalen avser ett kontraktsbundet vårduppdrag enligt LOV för tjänster motsvarande vårdenhet med ett samlat åtagande för invånarnas behov av primärvård i länet. Vårdgivarens uppdrag och åtagande framgår av detta förfrågningsunderlag ”Hälsoval Region Jämtland Härjedalen”. Ansökan ska minst avse att starta en vårdenhet. Vid start av flera vårdenheter ska vårdgivaren ingå ett avtal för varje godkänd vårdenhet. Regionen kommer inte att begränsa antalet vårdenheter.

Vårdgivare som ansöker om godkännande kan själv välja geografisk lokalisering för vårdenheten.

Anmälan om att bedriva filial ska ske skriftligen till regionen enligt särskild anvisning. Av anmälan ska framgå omfattning på uppdraget, kompetens, driftstart, öppethållande samt tänkt lokalisering.

I förfrågningsunderlaget ingående handlingar:

- Inbjudan
- Inledning
- Uppdragsspecifikation
- Ersättningsmodell
- Uppföljning och utvärdering
- Allmänna villkor
- Föreskrifter för ansökan
- Avtalsmall

Bilaga 1 Listningsregler, se Styrande dokument
Bilaga 2 IT- och telefonitjänster, se Styrande dokument.

Dokument som gäller Hälsoval Region Jämtland Härjedalen finns länkade i förfrågningsunderlaget samt under Rutiner och styrdokument

7.1 Tidpunkt för driftstart

Vårdgivaren ska i sin ansökan ange tidpunkt för planerad driftstart. Driftstart ska ske senast sex (6) månader efter det att vårdgivaren tagit emot regionens beslut om godkännande. Vårdgivaren ska till sin ansökan bifoga en tidplan och denne är skyldig att rapportera eventuella förändringar och frånsteg från den inlämnade tidplanen.

7.2 Ansvarig region

Region Jämtland Härjedalen
Organisations nummer 23 21 00-0214
För information om regionen, se hemsida: www.regionjh.se

7.3 Ansvarig handläggare för ansökan

Frågor skickas skriftligen via e-post till halsoval@regionjh.se

7.3.1 Uppgifter om Hälsoval Region Jämtland Härjedalen

Kontaktperson	Lena Weinstock Svedh
E-post	lena.weinstock-svedh@regionjh.se
Internetadress	www.regionjh.se/halsoval

7.3.2 Uppgifter om ansökan

Kontaktperson	Lotta Hagberg
E-post	charlotte.hagberg@regionjh.se
Internetadress	www.regionjh.se/halsoval
CPV-kod	85000000-9
Är det möjligt att lämna på delar av ansökan?	Nej

7.4 Ansökningsförfarande

Varje ansökan ska specificeras utifrån tänkt etablering och ska utgöras av ett besvarat och undertecknad dokument ”Ansökan” om godkännande med nödvändiga kompletteringar och efterfrågade bilagor till ansökan.

7.5 Ansökans form och innehåll

Handlingar för deltagande i Hälsoval Region Jämtland Härjedalen finns att hämta på;

- Regionens hemsida: www.regionjh.se/halsoval
- Kammarkollegiets hemsida: www.valfrihetswebben.se

”Ansökan om godkännande” samt efterfrågade handlingar, dokument och bilagor:

- ska vara skriftliga
- ska vara undertecknat av för vårdgivaren behörig företrädare
- ska besvaras punkt för punkt i dokumentet för ”Ansökan om godkännande”.

7.6 Rättelse av fel, förtydligande och komplettering av ansökan

Regionen kan medge att den som inkommer med ansökan får rätta en uppenbar felskrivning eller något annat uppenbart fel i ansökan. Vårdgivaren kan även komma att anmodas att förtydliga eller komplettera sin ansökan.

Eventuella förtydliganden publiceras på regionens hemsida, www.regionjh.se/halsoval samt på www.valfrihetswebben.se. Vårdgivare ska själv kontrollera om några förtydliganden och kompletteringar distribuerats. Vårdgivare kan endast åberopa de kompletterande upplysningar som erhållits skriftligen från ansvarig kontaktperson eller hämtats från regionens hemsida.

7.7 Avlämnande av ansökan

Ansökan samt efterfrågade handlingar ska inges i två (2) exemplar varav ett i original, samt ett i elektroniskt format (USB eller liknande) till nedanstående adress:

Postadress
Region Jämtland Härjedalen
Hälsovalskansliet
Box 654
831 27 ÖSTERSUND

Besöksadress
Hälsovalskansliet
Kyrkgatan 12
Östersund

Ansökan skickas/lämnas i förseglat omslag märkt: ”Ansökan Hälsoval Region Jämtland Härjedalen” med aktuellt diarienummer.

7.8 Ansökningstidens utgång

Mottagande av ansökningar sker löpande.

7.9 Krav för godkännande

För att vårdgivare ska bli godkänd krävs att samtliga villkor i förfrågningsunderlaget är uppfyllda.

Den upphandlande myndigheten får utesluta en sökande som:

- är i konkurs eller likvidation, är under tvångsförvaltning, tillsvidare har inställt sina betalningar, är underkastad näringsförbud
- är föremål för ansökan om konkurs, tvångslikvidation, tvångsförvaltning eller annat liknande förfarande
- är dömd för brott avseende yrkesutövning enligt lagakraftvunnen dom
- har gjort sig skyldig till allvarligt fel i yrkesutövningen och den upphandlade myndigheten kan vissa detta
- inte har fullgjort sina åligganden avseende socialavgifter eller skatter i Sverige eller i det egna landet
- lämnat ofullständiga eller felaktiga uppgifter i ansökan.

7.10 Registreringsskyldigheter, betalning av skatter och avgifter

Vårdgivaren ska vara:

- registrerad i aktie-, bolags-, handels-, eller föreningsregistret som förs i det land där vårdgivarens verksamhet är etablerad
- registrerad för redovisning och inbetalning av mervärdesskatt om skatteskyldighet enligt Mervärdeskattelag (1994:200) föreligger för verksamheten, innehållen preliminär A-skatt och arbetsgivaravgifter.
- fri från skulder för skatter och sociala avgifter.

Vårdgivaren ska ha F-skattsedel.

Regionen samarbetar med Skatteverket som bistår med följande uppgifter avseende vårdgivare och eventuella underleverantörer:

- registrerad för moms och som arbetsgivare
- erlagd arbetsgivaravgift de senaste tre redovisningsmånaderna
- registrering för F-skatt, FA-skatt eller A-skatt
- om skulder för svenska skatter och avgifter hos Skatteverket
- om skulder hos Kronofogdemyndigheten och eventuell uppgift om betalningsuppgörelse

Avser vårdgivaren att utnyttja underleverantörer för att genomföra vissa delar kommer regionen att göra motsvarande kontroll enligt ovan för underleverantörer.

Ovanstående förfarande är endast tillämpbart i Sverige. Utländsk vårdgivare ska insända dokumentation som intyg på att denna fullgjort i hemlandet föreskrivna registreringar och betalningar av skatter och avgifter. Dessa intyg eller motsvarande skall inte vara äldre än tre (3) månader räknat från sista anbudsdag.

7.11 Teknisk förmåga och kapacitet

Vårdgivaren ska för att erhålla godkännande besitta eller bedömas kunna bygga upp för avtalet erforderlig teknisk förmåga och kapacitet. Vårdgivaren ska visa sin tekniska förmåga och kapacitet genom att i ansökan beskriva nedanstående uppgifter avseende det egna företaget:

- beskrivning av företaget, resurser och organisation
- beskrivning av hur vårdgivaren avser att lösa uppdraget
- presentation av eventuella samarbetsparter/underleverantörer och former för samarbete
- inriktning och mål med verksamheten
- tänkt geografisk lokalisering av verksamhet
- redogörelse för ledning samt tilltänkt verksamhetschef
- verksamhetschefens namn och kompetens ska redovisas i ansökan. Referenser som styrker verksamhetschefens kompetens ska även bifogas ansökan
- kompetensprofiler för samtliga medarbetare inom vårdenheten samt för medarbetare hos eventuella samarbetspartners/underleverantörer.

7.12 Tillgång till andra företags kapacitet

Samverkan mellan vårdgivande företag får förekomma innebärande att fysiska eller juridiska personer var för sig eller tillsammans med andra vårdgivare kan inkomma med en ansökan. Patientens upplevelse ska vara att det är vårdenheten som tillhandahåller vården.

Avser ansökande vårdgivare att utnyttja underleverantör för att genomföra delar av uppdraget ska företaget lämna motsvarande information som förutsätts i denna ansökan. Detta för att regionen ska ges möjlighet att göra motsvarande kontroll för underleverantör till vårdgivare. Underleverantörer ska redovisas i dokumentet ”Ansökan för godkännande”.

7.13 Finansiell och ekonomisk ställning

Vårdgivaren ska ha en sådan stabil ekonomisk bas att ett långsiktigt åtagande gentemot de medborgare som valt vårdenheten kan upprätthållas. Regionen kommer bedöma det sökande företagets förmåga att fullfölja ett kontrakt av denna storleksordning under hela kontraktsperioden genom att vidta löpande kontroller.

För att regionen ska kunna bedöma om vårdgivaren uppfyller kravet på ekonomisk stabilitet ska följande handlingar bifogas ansökan:

- Vårdgivaren ska ha en stabil ekonomi med låg risk att komma på obestånd under kontraktstiden. Som ett bevis på detta ska vårdgivaren bifoga en kreditupplysning från Upplysningscentralen (UC) eller liknande som påvisar en stabil ekonomi med riskklassificering tre (3) eller högre.
- I de fall vårdgivaren har rating två (2) eller lägre kommer prövning att ske. Vårdgivare kan ändå anses uppfylla ovanstående krav om en sådan förklaring finns att det kan anses vara klarlagt att vårdgivaren innehar erforderlig ekonomisk stabilitet. I det fall en vårdgivarens ekonomiska stabilitet garanteras av moderbolag, ska intyg om detta bifogas anbudet och vara undertecknat av behörig företrädare för moderbolaget. Kraven i ovanstående punkt ska i detta fall på motsvarande sätt redovisas och uppfyllas av garanten.
- I de fall ekonomisk stabilitet inte kan styrkas enligt ovanstående punkter kan bankgaranti begäras.
- Företag som inte är skyldigt att upprätta årsredovisning/årsbokslut ska visa att företaget har en stabil ekonomisk bas genom att tillhandahålla resultaträkning och balansräkning eller på begäran lämna referens till bank eller annan finansiär. Ansökande företag som har nystartat företag eller företag under bildande ska visa att företaget har en stabil ekonomisk bas genom att redovisa till exempel aktiekapital, eller på begäran tillhandahålla en finansiell säkerhet (till exempel lämna bankgaranti eller koncerngaranti) samt på begäran kunna redovisa referens till bank eller annan finansiär.
- I händelse av att vårdgivarens verksamhet är av sådan art att riskklassificering ej kan erhållas ska vårdgivaren till anbudet bifoga handlingar, så som bokslut etc vilka kan styrka en stabil ekonomi.

Ovanstående intyg ska inte vara äldre än tre (3) månader.

Utländsk vårdgivare ska insända motsvarande dokumentation som intyg på att denne fullgjort i hemlandet föreskrivna registreringar och betalningar.

Finansieringsplan för verksamheten ska bifogas ansökan. Finansieringsplanen ska vara översiktlig och i stora drag beskriva hur verksamheten kommer att finansieras.

7.14 Företag under bildande

Ansökan kan lämnas av företag under bildande. Av ansökan ska framgå dels nuläge, förutsättningar, finansierings- och tidplan för att företaget ska kunna etableras, dels vilka bankgarantier eller motsvarande som kan ställas som säkerhet.

Bankgaranti/annan ekonomisk säkerhet/stöd ska ha erhållits och kunna redovisas vid verifieringen av vårdenheten.

Avser ansökande företag att utnyttja underleverantör för att genomföra delar av sitt åtagande kommer regionen att göra motsvarande kontroll enligt ovan för underleverantör. Underleverantörer ska redovisas i dokumentet ”Ansökan för godkännande”.

För företag under bildande gäller att företaget ska vara bildat vid kontraktstecknandet. Företaget ska vid detta tillfälle uppfylla samtliga i detta förfrågningsunderlag uppställda krav.

Företrädare för företag under bildande ska även ha nödvändiga fullmakter och tillstånd för att kunna föra företagets talan fullt ut och underteckna ett eventuellt kontrakt.

7.15 Ändrad ägarstruktur hos vårdgivare

Förändringar avseende ägarförhållandena hos vårdgivaren eller hos vårdgivarens eventuella moderbolag, ska utan dröjsmål skriftligen anmälas till regionen. På begäran av regionen ska vårdgivaren lämna ytterligare information om de nya ägarförhållandena och om vårdgivarens framtida möjligheter att uppfylla avtalet. Om regionen befarar att den nye ägaren inte har möjlighet att uppfylla godkännandekraven enligt förfrågningsunderlaget kan ny ansökan om godkännande krävas. Regionen ska skriftligen meddela vårdgivaren om sitt beslut avseende avtalets fortsatta giltighet.

Vårdgivaren ansvarar för samtliga kostnader i samband med överlåtelse.

7.16 Anmälan till Socialstyrelsen

Kopia av anmälan till Socialstyrelsen enligt 2 kap. 1-3 § Patientsäkerhetslagen (2010:659) bifogas ansökan

7.17 PRÖVNING AV ansökan

Varje inkommen ansökan kommer att avslutas med ett beslut om godkännande eller avslag. Beslut sänds till sökanden i skriftlig form.

Vid handläggningen sker granskning och kvalificering av ansökande vårdgivare. Vårdgivare prövas mot de kvalificeringskrav som ställs enligt LOV och underlaget för Hälsoval Region Jämtland Härjedalen.

Kvalificeringsfasen innefattar bland annat:

- kontroll av att ansökande vårdgivare utformat sin ansökan i enlighet med förfrågningsunderlaget samt bifogat efterfrågade handlingar
- kontroll av vårdgivarens ekonomiska stabilitet samt dennes förväntade möjlighet att genomföra uppdraget
- kontroll av vårdgivarens tekniska förmåga genom referenstagning, kontroll av kompetens på verksamhetschef, kompetens på övrig personal etcetera
- prövning av obligatoriska krav.

7.18 Ansökans giltighetstid

Vårdgivaren är bunden av sin ansökan till dess att ansökan avslutats genom att avtal undertecknats, dock längst i sex (6) månader efter att beslut om godkännande meddelats.

7.19 Godkännande och avtalstecknande

7.19.1 Godkännande

Regionen beslutar om ett godkännande eller ett avslag av ansökan inom 60 dagar efter att ansökan har kommit in.

Efter underrättelse om beslut lämnats, tecknas ett villkorat avtal med godkänd vårdgivare. (Del A 8.8 Underskrifter) Avtalet baseras på hela underlaget för denna ansökan och villkoret avser verifiering av vårdenhet.

7.19.2 Godkännandets giltighet

Om en vårdgivare inte utnyttjat sitt godkännande inom sex (6) månader, räknat från beslutsdatum för godkännande, förfaller detta.

7.19.3 Verifiering

Innan en godkänd vårdgivare får starta upp en vårdenhet eller ta emot listade medborgare ska denna verifieras. Detta gäller även filialer.

Verifiering innebär att regionen kontrollerar att de avtalsmässiga förutsättningarna är uppfyllda. Vid verifiering kontrolleras så även att lokaler, personalens kompetens, utrustning med mera uppfyller ställda krav.

Om en vårdenhet inte blir godkänd vid verifiering upphör tecknat avtal (del A) att gälla.

Godkänd verifiering bekräftas genom undertecknade av Avtal (Del B 8.8)

Godkänd och verifierad vårdgivare ska använda symbolen för Hälsoval Region Jämtland Härjedalen och därmed visa att den ingår i Region Jämtland Härjedalens offentligt finansierade vårdutbud.

8 AVTALSMALL

8.1 Avtalsparter

Mellan Region Jämtland Härjedalen och nedan angiven part har slutits följande avtal.

Region Jämtland Härjedalen	Vårdgivare
Region Jämtland Härjedalen Hälsovalskansliet Box 654 831 27 Östersund	
Org nr 232100-0214	Org nr
Hemsida www.regionjh.se	Hemsida

8.2 Kontaktpersoner

Parterna ska utse kontaktpersoner. När part byter kontaktperson eller kontaktuppgifter, ska detta skriftligen meddelas den andra parten. Meddelanden med anledning av avtalet ska skickas till respektive parts kontaktperson med post, e-post eller telefax.

Region Jämtland Härjedalen	Vårdgivare
Kontaktperson	Kontaktperson
E-post	E-post
Telefon	Telefon
Mobiltelefon	Mobiltelefon

8.3 Åtagande och omfattning

Vårdgivaren åtar sig att för regionen leverera vårdtjänster i enlighet med uppdraget i den utsträckning som följer av detta avtal och det förfrågningsunderlag samt enligt de villkor som framgår av godkänd *ansökan X daterat åååå-mm-dd* inklusive bifogade bilagor.

8.4 Handlingars inbördes ordning

Avtalshandlingarna kompletterar varandra. Om avtalshandlingarna skulle visa sig vara motsägelsefulla i något avseende gäller de, om inte omständigheterna uppenbarligen föranleder till annat, sinsemellan i följande ordning:

- detta avtal med bilagor samt skriftliga ändringar och tillägg till detta avtal
- förfrågningsunderlag
- ansökan med bilagor

Uppgifter i ansökan som inte efterfrågas i förfrågningsunderlaget gäller inte som avtalsinnehåll, såvida det inte finns en skriftlig överenskommelse om att de ska gälla.

8.5 Verksamhetens geografiska placering

Förändringar utifrån meddelad geografisk placering måste ovillkorligen skriftligen meddelas regionen utan dröjsmål som kommer att bedöma om förändringen får anses utgöra en väsentlig ändring av avtalet.

Verksamheten utföres med adress:

Vårdgivaren AB
Kliniken
Sveagatan 12
123 45 SVEASTAD

Filialmottagningsadress:

Vårdgivarens filial AB
Kliniken
Sveagatan 12
123 45 SVEASTAD

8.6 Avtalstid

Avtalet gäller löpande från och med XXX. Avtalet får skriftligen sägas upp med tolv (12) månaders uppsägningstid för vardera parten.

8.7 Överlåtelse av avtal

Avtalet får inte överlåtas

8.8 Underskrifter

Detta avtal har upprättats i två exemplar varav parterna erhållit varsitt.

Del A Underskrifter Avtal efter godkännande

Regionen	Vårdgivaren
Ort och datum	Ort och datum
Namn	Namn
Namnförtydligande	Namnförtydligande

Del B Underskrifter Avtal efter verifiering

Regionen	Vårdgivaren
Ort och datum	Ort och datum
Namn	Namn
Namnförtydligande	Namnförtydligande

Bilagor

1. *Förfrågningsunderlag inkl. bilagor, daterad 201x-xx-xx*
2. *Anslutningsavtal Region Jämtland Härjedalen IT- och telefonitjänster*
3. *Tilläggsuppdrag*

regionjh.se/halsoval

Bilaga 1 Listningsregler (VVN/6/2017)

Hälsoval Region Jämtland Härjedalen 2017

I: Alla ändringar är markerade med en linje i vänster marginal.

Tillägg är skriven med röd text.

~~Det som skall tas bort är överstruket.~~

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 LISTNINGSREGLER 3
1.1 Medborgarens åtagande 3
1.2 Principer för medborgarens val 3
1.2.1 Särskilt boende 3
1.2.2 Rätt till enskilda besök på annan vårdenhet än den valda 4
1.2.3 Undantag från listning 4
1.2.4 Listning i andra landsting/regioner 4
1.2.5 Nyinflyttade och nyfödda 4
1.2.6 Vid flytt inom länet 5
1.2.7 Vid byte av vårdenhet 5
1.2.8 Om en vårdenhet upphör 5
1.3 Hantering av medborgarnas val 5
1.3.1 Tillgång till valblankett 6
1.3.2 Listningsregister 6

1 LISTNINGSREGLER

1.1 Medborgarens åtagande

Region Jämtland Härjedalen bekostar medborgarnas primärvård genom bland annat en kapiteringsersättning. Medborgaren förklarar att han eller hon har för avsikt att i första hand vända sig till vårdenheten och dess samverkanspartner vid behov av primärvård.

1.2 Principer för medborgarens val

- Alla som är folkbokförda i länet har tillgång till och kan välja en fast vårdenhet.
- Vårdgivarens åtagande gäller även för övriga icke folkbokförda i och utanför Jämtlands län, folkbokförda i andra regioner/landsting, i andra länder samt för personer med skyddade personuppgifter, asylsökande och papperslösa.
- Inom Jämtlands län kan man välja vårdenheter som har avtal inom ramen för Hälsoval Region Jämtland Härjedalen. Läkare som arbetar enligt Lagen om Läkarvårdsersättning är inte valbar som vårdenhet.
- Genom valet tar medborgaren ställning till vilken vårdenhet som ska ge honom eller henne den vård som inte kräver sjukhusets resurser.
- För att välja måste personen ha fyllt 18 år. För barn och ungdomar under 18 år väljer måste vårdnadshavaren godkänna ansökan. Vid gemensam vårdnad ska båda vårdnadshavarna stå bakom valet.
- Valet av vårdenhet kan ske via ställföreträdare (gäller bland annat svårt sjuka).
- Någon begränsning i hur ofta medborgarna får göra sitt val finns inte. Vårdenheten är skyldig att ta emot personer som väljer att lista sig vid enheten. Den tidigare vårdenheten behåller vårdansvaret till dess att personen överförts till den nya vårdenheten. Något tak för antal listade finns inte.
- Varje vårdenhet har, enligt Patientlagen, ansvaret för att de medborgare som så önskar får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. Inte minst viktigt är att en sådan möjlighet aktivt erbjuds patienter med nedsatt autonomi inklusive barn, med kroniska sjukdomar, vårdkrävande äldre eller patienter i övrigt där kontinuitet i vården är viktigt för en god livskvalitet.
- För nya vårdenheter gäller kravet att ta emot alla listningar senast sex månader efter Region Jämtland Härjedalens godkännande.
- Ersättning för sjukresa utgår endast till närmsta belägna geografiska vårdenhet inom den kommun där personen har sin folkbokföringsadress.
- Den som listar sig till annan vårdenhet än den närmast geografiskt belägna inom kommunen kan inte räkna med att få hembesök.

1.2.1 Särskilt boende

Varje särskilt boende finns anslutet till en, av hälsovalskansliet utsedd, vårdenhet med ansvar för besök och kontakt med kommunala sjuksköterskan/distriktssköterskan enligt hemsjukvårdsavtalet ~~Ädelöverenskommelser~~. Personer som bor i särskilt boende har på samma sätt som övriga invånare rätt att välja vårdenhet. Den som listar sig till annan vårdenhet, än den av Region Jämtland Härjedalen utsedda, kan inte räkna med att få hembesök.

1.2.2 Rätt till enskilda besök på annan vårdenhet än den valda

En medborgare ska oavsett var denne är listad kunna söka och erhålla vård vid alla vårdenheter. Vårdenheten kan inte neka att ta emot medborgare som är listad vid annan enhet.

Personer från EU/EES-land som är studenter, utsända eller av annat skäl tillfälligt vistas i länet/regionen, till exempel turister, har rätt till nödvändig vård. Med nödvändig vård avses också vård som orsakas av kronisk sjukdom. I sådana fall ska även planerade besök genomföras.

Tillfälliga behov hos övriga vårdsökande, till exempel från övriga världen och asylsökande, som vistas inom området ska också tillgodoses

Vid akut sjukdom finns rätten att söka vård där man befinner sig och vården har skyldighet att ta emot, detta gäller befolkningen i hela riket. Likaså finns rätten att lista sig i annat län samt välja fast primärvårdskontakt, ~~samma skyldighet att ta emot finns ej utan avgörs om utrymme finns och om personens hemlandsting medger listning i länet. I båda fallen~~ Ersättning sker enligt Riksavtal för utomlänsvård.

1.2.3 Undantag från listning

Medborgare med skyddad identitet och asylsökande kan välja vårdenhet men registreras inte i listningsregistret.

1.2.4 Listning i andra landsting/regioner

Den 1 januari 2015 trädde Patientlagen i kraft, vilket innebär att man som medborgare har rätt att lista sig vart man vill i landet. Utomlänspatienter ska behandlas på samma sätt som bofasta, med undantag för vårdgarantin som endast gäller medborgare folkbokförda i länet. Det är alltid det medicinska behovet av vård som ska styra.

1.2.5 Nyinflyttade och nyfödda

Nyinflyttade och nyfödda tilldelas, då folkbokföringsuppgifter inkommit, ett ickevalsalternativ i avvaktan på att han eller hon gör ett eventuellt eget val. Ickevalsalternativet bygger på närhetsprincipen och utgör den vårdenhet som Region Jämtland Härjedalen beslutat om.

Region Jämtland Härjedalen ansvarar för att nyinflyttade och vårdnadshavare till nyfödda erhåller information om Hälsoval Region Jämtland Härjedalen och om möjligheten att välja vårdenhet. Hälsovalskansliet ansvarar för den informationen. Vid gemensam vårdnad listas barn, om inte aktivt val görs, passivt till den vårdenhet som hör till den adress där barnet är mantalsskrivet.

1.2.6 Vid flytt inom länet

En individ som flyttar inom länet kommer att få hälsovalsinformation hemskickad från Hälsovalskansliet och ges möjlighet att välja vårdenhet. Om personen inte tidigare gjort ett aktivt val listas denne vid flytten enligt ickevalsalternativet. Tidigare aktivt val kvarstår, vilket anges i utskicket. Om individen vill lista sig till annan vårdenhet krävs ett nytt aktivt val.

1.2.7 Vid byte av vårdenhet

När personer vill byta vårdenhet ska valet bekräftas skriftligen på särskild anvisad valblankett. Denna undertecknas av både personen och en företrädare för den valda vårdenheten. Den nya vårdenheten ska snarast ta emot och underrätta personen att den får ta del av vårdenhetens utbud.

1.2.8 Om en vårdenhet upphör

Om en vårdenhet upphör övergår ansvaret till Region Jämtland Härjedalen som uppmanar listade medborgare att göra ett nytt aktivt val. Om val inte gjorts listar Region Jämtland Härjedalen personen enligt närhetsprincipen till närmsta vårdenhet inom kommunen. När en vårdenhet upphör eller flyttar är det både Region Jämtland Härjedalen och vårdgivarens ansvar att informera de personer som valt vårdenheten. Informationen måste alltid samordnas via hälsovalskansliet.

1.3 Hantering av medborgarnas val

Uppgifter om medborgarnas val registreras i organisationens listningsregister. Uppdateringar som gäller nyfödda, inflyttade, utflyttade och avlidna sker fortlöpande. Förändringen påverkar ersättningen till vårdenheten.

Vid byte av vårdenhet ska företrädare för den valda vårdenheten underteckna valblanketten och därefter skicka in en kopia till Hälsovalskansliet. Skriftligt eller

muntligt besked lämnas samtidigt till personen som gjort valet, med uppgift om vilken dag han eller hon tas emot. Valet ska genast registreras i Region Jämtland Härjedalens listningsregister.

Det datum som medborgaren fått sitt val godkänt i listningsregistret räknas som bytesdatum.
Status i listningsregistret vid första måndagen i månaden ligger till grund för utbetalning av kapiteringen.

1.3.1 Tillgång till valblankett

Varje vårdenhet ska tillhandahålla valblanketter. Dessa kan hämtas på Region Jämtland Härjedalens webbplats www.regionjh.se/halsoval. Någon annan valblankett får ej användas. Arbete pågår med att utveckla elektronisk valblankett i ”Mina vårdkontakter”.

Valblanketten gäller för både folkbokförda i länet och utomlänspatienter.

1.3.2 Listningsregister

Alla vårdenheter har tillgång till information om medborgarens val samt möjlighet att registrera val ~~och använda funktionen listkö~~ genom Region Jämtland Härjedalens listningsregister.
Region Jämtland Härjedalens listningsregister möjliggör indelning av vårdenheten i områden baserat på team/läkare. Vårdgivaren ska utse kontaktperson som ansvarar för kommunikationen med hälsovalskansliet.

Mer information finns i Centuri under Hälsoval/Listningsinformation

50

Vårdval medicinsk fotvård 2018

RS/1045/2017

2017-05-12

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

RS/1045/2017

Vårdval medicinsk fotvård 2018

Ärendebeskrivning

Vårdval medicinsk fotvård infördes den 1 januari 2013 i enlighet med lagen om valfrihetssystem (LOV) vilket innebär att vårdgivare som ska utföra fotvårdsbehandling på remiss kan ansluta sig och få ersättning från regionen. Regionfullmäktige beslutade den 19 oktober 2016 om förfrågningsunderlaget för 2017 (VVN/17/2016).

Region Jämtland Härjedalen beslutar årligen om villkorsförändringar som ska träda i kraft den 1 januari efterföljande år. Förslag till kommande förändringar redovisas i beslutsunderlag.

Vårdvalsnämnden behandlade ärendet den 11 maj, § 23 och föreslår regionfullmäktige:

1. Förfrågningsunderlag Vårdval medicinsk fotvård 2018 (VVN/8/2017) fastställs.

2. Eventuella kompletteringar och ytterligare justeringar uppdras till vårdvalsnämnden att fatta beslut om i november 2017.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen tillstyrker vårdvalsnämndens förslag.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Mikael Ferm
Regionstabschef

Utdrag till

Regionfullmäktige

§23

Vårdval medicinsk fotvård 2018 (VVN/8/2017)

Sammanfattning

Vårdval medicinsk fotvård infördes den 1 januari 2013 i enlighet med lagen om valfrihetssystem (LOV) vilket innebär att vårdgivare som ska utföra fotvårdsbehandling på remiss kan ansluta sig och få ersättning från regionen. Regionfullmäktige beslutade den 19 oktober 2016 om förfrågningsunderlaget för 2017 (VVN/17/2016).

Region Jämtland Härjedalen beslutar årligen om villkorsförändringar som ska träda i kraft den 1 januari efterföljande år. Förslag till kommande förändringar redovisas i beslutsunderlag.

Förslag till beslut

Vårdvalsnämnden föreslår regionfullmäktige

1. Förfrågningsunderlag Vårdval medicinsk fotvård 2018 (VVN/8/2017) fastställs.

2. Eventuella kompletteringar och ytterligare justeringar uppdras till vårdvalsnämnden att fatta beslut om i november 2017.

3. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Beslut

Vårdvalsnämnden föreslår regionfullmäktige

1. Förfrågningsunderlag Vårdval medicinsk fotvård 2018 (VVN/8/2017) fastställs.

2. Eventuella kompletteringar och ytterligare justeringar uppdras till vårdvalsnämnden att fatta beslut om i november 2017.

3. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Expedieras till

Beställarchef

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse
- Förfrågningsunderlag Vårdval medicinsk fotvård 2018

I: Alla ändringar är markerade med en linje i vänster marginal.

Tillägg är skriven med röd text.

~~Det som skall tas bort är överstruket.~~

Gulmarkering= uppgifter ej klara i skrivande stund

Förfrågningsunderlag
Vårdval medicinsk fotvård 2018

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INNEHÅLLSFÖRTECKNING 2

INBJUDAN ATT LÄMNA ANSÖKAN OM ATT DELTA I VÅRDVAL MEDICINSK FOTVÅRD 5

1 DEFINITIONER 6

2 INLEDNING 7
2.1 Leverantörens åtagande och uppdrag 7
2.2 Fri etablering 7

3 UPPDRAGSSPECIFIKATION 8
3.1 Principer för medborgarens val 8
3.2 Uppdraget 8
3.3 Uppdragsbeskrivning 8
3.3 Lokal/Utrustning 10
3.4 Tillgänglighet 10
3.5 Bokning/Avbokning 11
3.6 Remiss och remittent 11
3.8 Hygienrutiner 11
3.9 Anmälningsplikt enligt miljöbalken 12
3.10 Hjälpmedel 12
3.11 Dokumentation 12
3.12 Sjukresor 12
3.13 Samverkan 12
3.14 Allmänhetens insyn 12
3.15 Vårdgivarens miljöarbete 13
3.16 Information om kontaktuppgifter 13
3.17 Verksamhetsinformation 13
3.18 Tolkservice 13
3.18.1 Språktolk 13
3.18.2 Tolkcentralens tjänster 13
3.19 Patientnämnd 13

4 ERSÄTTNING 15
4.1 Allmänna principer 15

4.2 Patientavgift 15
4.3 Ersättning 15
4.4 Prisjustering 16
4.5 Fakturerings- och betalningsvillkor 16
4.6 Elektronisk faktura 16
4.7 ~~Framtid~~ PriComp 16

5 UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING 17
5.1 Syfte 17
5.2 Årlig rapportering 17
5.3 Uppföljning 17

6 ALLMÄNNA VILLKOR 18
6.1 Lagar, förordningar och anvisningar 18
6.2 Försäkringar/tillstånd 18
6.3 Ändrad ägarstruktur hos vårdgivare 18
6.4 Ansvar 18
6.5 ~~Personuppgiftslagen~~ Dataskyddsförordningen 19
6.6 Sekretess och tystnadsplikt 19
6.7 Medicinsk revision 19
6.8 Revision 19
6.9 Skatte- och avgiftsskyldighet 20

7 FÖRESKRIFTER FÖR ANSÖKAN 21
7.1 Tidpunkt för driftstart 21
7.2 Förfrågningsunderlag 21
7.3 Upphandlande myndighet 21
7.4 Ansvarig handläggare för ansökan 21
7.5 Ansökningsförfarande 22
7.6 Ansökans form och innehåll 22
7.7 Rättelse av fel, förtydligande och komplettering av ansökan 22
7.8 Avlämnande av ansökan 22
7.9 Ansökningstidens utgång 23
7.10 Villkor för godkännande 23
7.11 Krav för godkännande av leverantör 23
7.11.1 Registreringsskyldigheter, betalning av skatter och avgifter 23
7.11.2 Företag under bildande 24
7.11.3 Underleverantör 24
7.11.4 Kompetens 25
7.11.4.1 Utbildning 25

7.11.4.2 Erfarenhet....25
7.12 Prövning av ansökan....26
7.12.1 Kvalificering av vårdgivare....26
7.12.2 Godkännande....26
7.13 Godkännandets giltighet....27
7.14 Ansökans giltighetstid....27
7.15 Avtalsperiod....27
7.16 Sekretess....27
7.17 Avtalsvillkor....27
7.18 Rättelse....27
8 AVTALSMALL....28
8.1 Avtalsparter....28
8.2 Kontaktpersoner....28
8.3 Åtagande och omfattning....28
8.4 Avtalsperiod....28
8.4.1 Förkortad avtalsperiod i visst fall....29
8.5 Handlingars inbördes ordning....29
8.6 Verksamhetens geografiska placering....29
8.7 Ändrade legala förutsättningar under avtalstiden....29
8.8 Omförhandling....30
8.9 Avtalets förtida upphörande....30
8.10 Befrielsegrunder (Force Majeure)....30
8.11 Återkallande av godkännande på vårdgivarens begäran....31
8.12 Brister i fullgörande....31
8.13 Samverkan vid avtalets upphörande....32
8.14 Tvist....32
Underskrifter....32

Inbjudan att lämna ansökan om att delta i vårdval medicinsk fotvård

Landstingsfullmäktige i Jämtlands län beslutade april 2012 att införa valfrihetssystem inom medicinsk fotvård från den 1 januari 2013, nedan kallat vårdval medicinsk fotvård. Via remiss och genom det individuella valet följer en ersättning till vårdgivaren.

För att delta i valfrihetssystemet krävs en godkännandeprocess av vårdgivarna. Detta innebär att Region Jämtland Härjedalen har infört ett kvalificeringssystem där vårdgivare ska kvalificera sig i två steg:

- Kvalificering utifrån affärsmässiga förutsättningar
- Kvalificering utifrån den yrkesmässiga rollen som uppdraget omfattar.

Hälso- och sjukvård i Region Jämtland Härjedalen

God hälsa och positiv livsmiljö för alla i Jämtlands län är Region Jämtland Härjedalens vision. Det betyder bland annat att alla människor i Jämtlands län ska ha god hälsa och kunna hålla sig friska längre i ett hälsofrämjande län. Region Jämtland Härjedalens värdegrund anger att alla medarbetare i sina dagliga möten och samtal ska handla med respekt för alla människors lika värde, visa förtroende för andra och utgå från en helhetssyn på Region Jämtland Härjedalen och dem Region Jämtland Härjedalen är till för.

Länet har cirka 129 000 invånare i åtta kommuner med Östersund som residensstad. Avstånden i länet är stora och med turismen ökar befolkningen periodvis dramatiskt. Den specialiserade vården bedrivs inom olika områden och det enda sjukhuset finns i Östersund. Primärvården är basen i hälso- och sjukvården och en viktig del i ett glest befolkat län.

Ansökan

Region Jämtland Härjedalen redovisar alla dokument för uppdraget i denna ansökan och de utgör tillsammans de underlag som beskrivs i vårdval medicinsk fotvård. Samtliga handlingar som är aktuella för deltagare i valfrihetssystemet finns att hämta på hemsidan, www.regionjh.se/Medicinsk fotvård eller på www.valfrihetswebben.se.

Med vänlig hälsning

David Adervall (S)
Vårdvalsnämndens ordförande

Ingela Jönsson
Tf regiondirektör

1 Definitioner

Förfrågningsunderlag: Uppdragsbeskrivning och underlag för ansökan om att delta i vårdval medicinsk fotvård, som Region Jämtland Härjedalen tillhandahåller.

Godkännande: Alla sökande som uppfyller kraven i förfrågningsunderlaget kommer att godkännas för att bli en del av vårdval medicinsk fotvård

Region Jämtland Härjedalen: Upphandlande myndighet.

Leverantör: Den som ansöker om att bli godkänd vårdgivare i vårdval medicinsk fotvård (före eventuellt godkännande).

LOV: Lagen om valfrihetssystem SFS 2008:962.

Vårdval medicinsk fotvård: Region Jämtland Härjedalens benämning på valfrihetssystem inom medicinsk fotvård.

Vårdgivare: Leverantör i vårdval medicinsk fotvård efter godkännande.

2 Inledning

2.1 Leverantörens åtagande och uppdrag

Vårdval medicinsk fotvård avser ett kontraktsbundet vårduppdrag. Leverantörens uppdrag och åtagande framgår av detta förfrågningsunderlag

2.2 Fri etablering

Leverantör som ansöker om godkännande kan själv välja geografisk lokalisering för sin verksamhet, inom Jämtlands län. Under förutsättning att denne uppfyller kraven i förfrågningsunderlaget kommer godkännande att utfärdas. Region Jämtland Härjedalen kommer ej att begränsa antalet etableringar.

3 Uppdragsspecifikation

3.1 Principer för medborgarens val

En medborgare, med giltig remiss, kan välja och erhålla vård hos alla godkända vårdgivare. Vårdgivaren kan inte neka att ta emot medborgare.
Vid ett ickeval, tillämpas principen närmsta fotvårdsleverantör inom kommunen.

3.2 Uppdraget

Helhetssyn, kontinuitet, närhet och tillgänglighet utgör grundstenar i hälso- och sjukvården. Övergripande mål för fotvård är att skapa en god fothälsa genom att i samverkan med övrig vård förebygga och behandla fotskador hos nedanstående patientgrupper. Dessutom är målet att för dessa patienter kunna reducera amputationsfrekvens, funktionsnedsättning samt lidande, fysiskt, psykiskt och socialt.

Fotvården ska utföras på ett sådant sätt att patientens behov tillgodoses och ska utmärkas av kvalitet, lättillgänglighet, kontinuitet, professionellt bemötande och god service.

Medicinsk fotvård ska bedrivas i enlighet med de nationella riktlinjer, vårdprogram samt behandlingsråd eller behandlingsöverenskommelser som fastställs av Region Jämtland Härjedalen.

Vårdgivaren ska tillse att vården bygger på evidensbaserad kunskap och beprövad erfarenhet.

Vårdgivaren har det fulla ansvaret för sin verksamhet, såväl medicinskt, tekniskt som ekonomiskt.

Behandlingarna ska i första hand utföras i leverantörens lokal.

Behandlingar ska kunna utföras vid särskilt boende, och i särskilda fall i ordinärt boende, efter ordination av remissutfärdare~~. Ingen extra ersättning utgår för resor~~.

3.3 Uppdragsbeskrivning

Vårdgivaren ska utföra fotvårdsbehandling på patienter med remiss enligt beslut från Regionfullmäktige.

Patienter med följande typer av besvär är aktuella för fotvård:

Diagnosgrupper:
1. Diabetes Mellitus

2. Reumatiod Artrit
3. Arteriell Insufficiens i de nedre extremiteterna

Ovanstående patienter är inte automatiskt berättigade till subventionerad fotvård. Utifrån behov subventionerar Region Jämtland Härjedalen upp till fyra (4) behandlingar per patient och år.

Behandlingen kan innebära bland annat följande moment: behandling av förhårdnader, liktornar, vårtor och svampsjukdomar, fotmassage och nagelkorrigering samt förebyggande rådgivning.

När det gäller diabetespatienters behov av fotvård ska prioritering göras av vårdgivaren utifrån Nationella diabetesregistrets riskklassifikation enligt nedan.

Riskgrupp	**Beskrivning**	**Uppföljningsintervall**
1 Låg risk	Patienter med diabetes utan komplikationer (dvs frisk diabetesfot) som inte har problem med nageltrång, liktornar, förhårdnader eller liknande och som kan se och nå sina fötter. Det finns inga tecken på perifer neuropati, arteriell insufficiens, fotödem eller deformiteter. **Ersättning:** Fotterapeuten får ersättning för motsvarande max en (1) helbehandling per patient och tolvmånadersperiod.	Patienter i denna grupp behöver normalt ingen behandling. Om behov finns kan ett besök för bedömning av patientens fotstatus samt utbildning av patienten i egenvård vara erforderligt. Sådan bedömning kan även utföras av läkare eller diabetessjuksköterska. Ytterligare behandling bedöms inte som sjukvårdande behandling. **Uppföljningsintervall:** Årligen, om behov finns.
Riskgrupp	**Beskrivning**	**Uppföljningsintervall**
2 Medelhög risk	Patienter med neuropati (nedsatt känsel) och/eller perifer kärlsjukdom. **Ersättning:** Fotterapeuten får ersättning för motsvarande upp till fyra (4) helbehandlingar per patient och tolvmånadersperiod.	3-6 månader.
Riskgrupp	**Beskrivning**	**Uppföljningsintervall**
3 Hög risk	Patienter med fotdeformitet, tidigare fotsår, keratoser eller med risk för amputation.	Patienterna ska behandlas av diabetesfotvården vid Östersunds sjukhus. **Uppföljningsintervall:** bedöms av diabetesfot teamet el. diabetesfotvården vid

		Östersunds sjukhus utifrån individuella behov.
Riskgrupp	**Beskrivning**	**Uppföljningsintervall**
4 Mycket hög risk	Patienter med pågående skada t ex sår, kritisk ischemi, smärtsyndrom, grav osteoartropati.	Patienterna ska behandlas av diabetesfotvården vid Östersunds sjukhus. **Uppföljningsintervall:** bedöms av diabetesfot teamet el. diabetesfotvården vid Östersunds sjukhus utifrån individuella behov.

Vårdgivaren ska samverka med patientens diabetesteam.
Ersättning för deltagande i team-träffar upp till fyra (4) sådana träffar per år utgår med samma belopp som för en helbehandling under förutsättning att kallelse till mötet bifogas samlingsräkningen.

För patienter med reumatiod artrit gäller subventionerad fotvård för de som pga funktionsnedsättning ej klarar egen fotvård. Beslutsstöd för läkare till rätten till fotvård för reumatiker tillämpas på liknande sätt som beslutsunderlaget för rätten till tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning (SOSFS:2012:17).

3.3 Lokal/Utrustning

Avtalad verksamhet ska bedrivas i för verksamheten ändamålsenliga lokaler.
De lokaler som är avsedda för patienter ska vara anpassade och tillgängliga för personer med funktionshinder.

Vårdgivaren ska:
- ansvara för kostnader för lokal och för verksamheten nödvändig utrustning.
- använda utrustning som uppfyller vedertagna normer och krav på tillförlitlighet, prestanda och kvalitet.
- tillse att all utrustning erhåller nödvändig service och förebyggande underhåll.

3.4 Tillgänglighet

Vårdgivaren ska:
- ha öppethållande varje vecka. Undantag kan ske vid normal semester samt vid kortare sjukdomsperioder.
- planera verksamheten så att tillgängligheten inte avsevärt påverkas av vårdgivarens frånvaro.

- anpassa telefon-, öppethållande- och mottagningstider efter krav på god tillgänglighet, samt svara för att det finns lättillgänglig och lättförståelig information om öppettider och tidsbeställning.
- kunna nås per telefon under vardagar. Vid de tider då vårdgivaren inte har öppet ska telefonsvarare ge information om mottagningens öppettider eller lämna hänvisning.
- känna till och följa Region Jämtland Härjedalens beslut om fritt vårdval. Ytterligare information om detta finns på www.regionjh.se/Medicinsk fotvård.
- ha rutiner för information till patienter om dennes rättigheter gällande vård-, besöksgaranti, klagomål och synpunkter.
- kunna kommunicera via Internet med sin omgivning och ha en e-postadress tillgänglig för detta ändamål.

Vid förändringar i åtagandet innebärande lägre tjänstgöringsgrad, till exempel föräldraledighet, studier, deltidssjukskrivning, ska Region Jämtland Härjedalen omgående skriftligen meddelas.

Tjänstens utförande får inte påverkas av ordinarie personals frånvaro. Samma utbildningskrav ställs på vikarie som på ordinarie personal. Vikarie ska godkännas av Region Jämtland Härjedalen.

3.5 Bokning/Avbokning

Bokning av tider ska ske genom vårdgivaren. Det är vårdgivarens ansvar att system finns för bokning/avbokning och att detta fungerar.

3.6 Remiss och remittent

Vid nybesök kan medicinsk fotvård endast erhållas efter remiss.

Remittent ska vara;

- läkare
- diabetessjuksköterska som är verksam vid hälsocentral eller vid Östersunds sjukhus.

Remiss ska ange relevanta medicinska basfakta och en tydlig frågeställning inför fotvårdsbehandling. Oklar remiss ska återsändas till remittent för förtydligande. Remiss till leverantören får ha en varaktighet om högst tolv (12) månader.

Vårdgivaren ska upprätthålla kontakt med och efter avslutad behandlingsperiod, minst en gång per år, sända skriftligt remissvar till utfärdande remittent. Svaret ska innehålla resultatet av den utförda behandlingen.

3.8 Hygienrutiner

Vårdgivaren ska känna till och följa Socialstyrelsens Allmänna råd SOSFS 2006:4 om Yrkesmässig hygienisk verksamhet.

3.9 Anmälningsplikt enligt miljöbalken

Vårdgivarens verksamhet ska vara anmäld till kommunen där denne har sitt säte enligt 38 § i förordningen (1998:899) om miljöfarlig verksamhet och hälsoskydd.

3.10 Hjälpmedel

Vårdgivaren ska hålla sig informerad om Region Jämtland Härjedalens regler och föreskrifter enligt hjälpmedelsförteckningen. Se vidare www.regionjh.se.

3.11 Dokumentation

Vårdgivaren ska dokumentera utförda åtgärder.

Vårdgivaren ska upprätta patientjournaler och bevara patientinformation enligt gällande Patientdatalag (2008:355) samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (Socialstyrelsens gemensamma författningssamling HSLF-FS 2016:40) ~~och Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:14).~~ Med journal avses både data- och pappersjournaler.

3.12 Sjukresor

Vårdgivaren ska känna till Region Jämtland Härjedalens regelverk för sjukresor och vara patienten behjälplig med att ordna sjukresa. Se vidare www.regionjh.se. Remittent beslutar och ansvarar för kostnaden vid eventuell sjukresa.

3.13 Samverkan

Vårdgivaren ska:

- samverka med andra inom vård- och rehabiliteringsområdet.
- bedriva ett fortlöpande, systematiskt och dokumenterat arbete med kvalitets- och verksamhetsutveckling så att hälso- och sjukvårdslagens krav på god kvalitet i hälso- och sjukvård tillgodoses.

3.14 Allmänhetens insyn

Vårdgivaren ska på begäran av Region Jämtland Härjedalen lämna de uppgifter som behövs för att allmänheten ska få möjlighet till insyn i hur verksamheten utförs. Vårdgivaren behöver bara lämna sådana uppgifter som inte skulle ha omfattats av sekretess om verksamheten utförts av Region Jämtland Härjedalen.

3.15 Vårdgivarens miljöarbete

Vårdgivaren ska, verka för låg negativ miljöpåverkan. Vårdgivare ska minimera företagets negativa miljö- påverkan genom att väga in miljöaspekter vid inköp, och i den mån det är möjligt, välja det miljöriktigaste alternativet.

Det är viktigt att antagna vårdgivare beaktar Region Jämtland Härjedalens miljöpolicy, se www.regionjh.se

3.16 Information om kontaktuppgifter

Region Jämtland Härjedalen informerar ”remittenter” om vårdgivarens kontaktuppgifter, via de kanaler som Region Jämtland Härjedalen använder för denna typ av information. Region Jämtland Härjedalen förbehåller sig rätten att avgöra vilken typ av uppgifter som ska finnas tillgängliga via egna informationskanaler.

Vårdgivaren ska förse Region Jämtland Härjedalen med de uppgifter som behövs för att ge invånarna den information som nämns ovan. När en förändring sker ska vårdgivaren lämna uppdaterad information till Region Jämtland Härjedalen.

3.17 Verksamhetsinformation

Region Jämtland Härjedalen ansvarar för att vårdgivarna via bland annat Region Jämtland Härjedalens webbsidor kan ta del av sådan verksamhetsinformation som behövs för att fullgöra åtagandet.

Vårdgivaren har ansvar för att hålla sig uppdaterad om aktuell verksamhetsinformation som Region Jämtland Härjedalen ger ut på bland annat webbsidor.

3.18 Tolkservice

3.18.1 Språktolk

Vårdgivaren ska i samverkan med remittent tillhandahålla tolk till patient som inte förstår eller kan uttrycka sig på svenska språket. Remittent svarar för kostnaden.

3.18.2 Tolkcentralens tjänster

Region Jämtland Härjedalen ansvarar för tolkservice i form av teckenspråkstolkar och vuxendövtolkar till döva, dövblinda och hörselskadade personer. Vårdgivaren rekvirerar vid behov tolkservice genom Region Jämtland Härjedalens tolkcentral. Region Jämtland Härjedalen svarar för kostnaden.

3.19 Patientnämnd

Verksamheten faller under ansvarsområdet för Region Jämtland Härjedalens patientnämnd. Patienten ska informeras och ges erforderlig möjlighet att vända sig till Region Jämtland Härjedalens patientnämnd. Vårdgivaren ska till patientnämnden lämna de uppgifter som nämnden behöver för att fullgöra sitt uppdrag.

För den verksamhet som bedrivs enligt detta avtal gäller Region Jämtland Härjedalens patientförsäkring med Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF). Vårdgivaren har skyldighet att utan kostnad lämna de intyg, journaler, med mera som LÖF:s skaderegleringsbolag Personskadereglering AB (PSR) begär för de patienter som behandlats hos vårdgivaren.

4 Ersättning

4.1 Allmänna principer

Ersättningsmodellen för medicinsk fotvård gäller från och med 2013-01-01 och innebär ersättning för vårdtjänst.

Vårdgivaren ska enbart genomföra behandlingar på patienter med godkänd remiss.

Ersättningen utbetalas per genomfört besök **av den hälsocentral där patienten är listad**.

Patient, med giltig remiss, listad i annat landsting/region, ska faktureras Beställarenheten, som i sin tur vidarefakturerar hemlandsting/region.

Vårdgivaren ansvarar för samtliga med verksamheten förenade kostnader (kostnader för personal, fortbildning/utbildning, utrustning, lokaler mm)
Mervärdesskatt debiteras ej på denna typ av tjänst.

4.2 Patientavgift

Vårdgivaren förbinder sig att för vård enligt detta avtal följa Region Jämtland Härjedalens beslut och bestämmelser om patientavgifter och högkostnadsskydd.

Vårdgivaren har rätt att ta ut patientavgift av patienten vid uteblivna besök enligt avgiftsbestämmelserna. Notering får i detta fall ej ske i högkostnadsskydd eller frikort.

Region Jämtland Härjedalen ersätter vårdgivaren för uteblivna patientavgifter i de fall högkostnadsskyddet tillämpas eller patientavgift ej ska utgå enligt lag eller förordning. Ersättning utgår ej för uteblivit besök.

Patienten ska erhålla kvitto vid varje besök. Vårdgivaren ansvarar för eventuella kundförluster. Vårdgivaren ska anteckna i patientens kort för högkostnadsskydd. När E-frikort införs ska registrering ske där.

4.3 Ersättning

Region Jämtland Härjedalen ersätter vårdgivaren för genomförd behandling med 546 kr per patient, inklusive patientavgift. Vid behandlingsmässigt motiverade hembesök ordinerade av remittent ersätts vårdgivaren för resor med egen bil med det belopp som anges i 16 kap. 27 § inkomstskattelagen (1999:1229). Restid ersätts enligt överenskommelse med remittent.

4.4 Prisjustering

Pris fastställs per kalenderår enligt samma uppräkningsprincip såsom för Hälsoval Region Jämtland Härjedalen.

4.5 Fakturerings- och betalningsvillkor

Region Jämtland Härjedalen betalar inte expeditions-, faktura- eller andra avgifter från vårdgivaren eller tredje part. Dessa kostnader är inräknade i priset och föranleder ej särskild debitering.

~~Region Jämtland Härjedalen betalar inte för restidskostnader och inte för traktamenten om inte annat överenskommits.~~

Vårdgivaren förbinder sig att i samband med faktura fylla i av Region Jämtland Härjedalen framtagen bilaga till fotvårdsfaktura. Se bilaga 2, Faktureringsunderlag.

Faktura ställs till fakturaadress:
Region Jämtland Härjedalen
Referens xxxxXXXX
Box 910
831 29 Östersund

Referens (xxxxXXXX) ska finnas på varje faktura.
Referenslista finns på www.regionjh.se se: Om oss/ekonomi/elektroniskfaktura.

Eventuella påminnelser och krav sänds till samma adress.

4.6 Elektronisk faktura

Region Jämtland Härjedalen effektiviserar sin administration genom att ersätta pappersfakturorna mot elektroniska fakturor. Det betyder att Region Jämtland Härjedalen kan komma att utväxla affärsdokument elektroniskt mellan beställare och vårdgivare. Den faktura som Region Jämtland Härjedalen önskar att vårdgivaren skickar är Svefaktura (SFTI basic Invoice version 1.0) som förmedlas med Transportprofil Bas version 2.0 eller via FTP.

Mer information återfinns under www.regionjh.se/elektronisk faktura under Om oss/ekonomi/elektroniskfaktura.

Vårdgivaren bör, senast sex (6) månader efter avtalsstart, kunna skicka elektronisk faktura utan kostnad för Region Jämtland Härjedalen.

4.7 ~~Framtid~~ PriComp

Region Jämtland Härjedalen planerar att ~~eventuellt~~ införa ett webbaserat ersättnings- och uppföljningssystem. Vårdgivaren ska då rapportera via systemet.

5 Uppföljning och utvärdering

5.1 Syfte

Uppföljningen syftar till att granska om vårdgivaren uppfyller kraven i förfrågningsunderlaget Uppföljningen syftar också till att skapa en grund för gemensam utveckling av vårdgivarens uppdrag.

Kraven på uppföljningen kan komma att ändras under avtalstiden.

5.2 Årlig rapportering

Samtliga delar rapporteras senast den 28 februari varje år. Vårdgivaren ansvarar för kvalitetssäkring av samtliga de inrapporterade uppgifterna.

5.3 Uppföljning

Dessa nyckeltal kommer att ligga till grund för diskussioner vid eventuella uppföljningsmöten.

Uppgifter/Nyckeltal
Antal patientbesök totalt
Antal nybesök
Enhet som ställt ut respektive remiss
Antal avslutade behandlingsserier
Antal behandlingar per patient
Samarbete med andra vårdgivare
Antal patienter i de olika diagnosgrupperna
Antal felaktiga utställda remisser
Antal hänvisningar till andra vårdnivåer
Antal avvikelser
Fortbildning, antal dagar

Vårdgivaren ska

- informera Region Jämtland Härjedalen om fall som anmälts enligt Lex Maria samt om ärenden där Patientnämnden begärt uppgifter.
- i förekommande fall skriva avvikelserapport.
- informera Region Jämtland Härjedalen om andra förhållanden som kan bedömas vara av vikt för fullföljandet av uppdraget samt uppgifter i övrigt om den verksamhet som avtalet omfattar, om Region Jämtland Härjedalen så begär.
- låta Region Jämtland Härjedalen ta del av de uppgifter som behövs för granskning av avtalets fullgörande.

- delta i, av Region Jämtland Härjedalen beslutade undersökningar, patientsäkerhetsberättelser och enkäter.

6 Allmänna villkor

6.1 Lagar, förordningar och anvisningar

Vårdgivaren svarar för att vid varje tidpunkt gällande författningar (lagar, förordningar samt myndigheters föreskrifter) följs för uppdragets genomförande. Med författning likställs av myndigheter utfärdade normer och råd.

Vårdgivaren ska följa Region Jämtland Härjedalen styrdokument, policyskrifter, regionala och lokala vårdprogram samt övriga anvisningar i tillämpliga delar och som finns på www.regionjh.se.

Vårdgivaren ska åta sig att följa utvecklingen på området och anpassa verksamheten till eventuella nya lagar och förordningar liksom till övergripande inriktningsbeslut som kan komma att tas inom Region Jämtland Härjedalen.

6.2 Försäkringar/tillstånd

Vårdgivaren ska inneha för vårduppdraget relevanta och erforderliga försäkringar till betryggande belopp som täcker till exempel personskador, brandskador, stöld etc. Försäkringsbevis utställt av vårdgivarens försäkringsbolag ska överlämnas till Region Jämtland Härjedalen senast i samband med verifiering av vårdgivare. På anmodan ska vårdgivaren löpande kunna uppvisa intyg på erfoderliga försäkringar under hela avtalstiden. Vårdgivare ska inneha för uppdraget nödvändiga och/eller lagenliga tillstånd.

6.3 Ändrad ägarstruktur hos vårdgivare

Förändringar avseende ägarförhållandena hos vårdgivaren ska utan dröjsmål skriftligen anmälas till Region Jämtland Härjedalen. På begäran av Region Jämtland Härjedalen ska vårdgivaren lämna ytterligare information om de nya ägarförhållandena och om vårdgivarens framtida möjligheter att uppfylla avtalet. Om Region Jämtland Härjedalen befarar att den nye ägaren inte har möjlighet att uppfylla godkännandekraven enligt förfrågningsunderlaget kan ny ansökan om godkännande krävas. Region Jämtland Härjedalen ska skriftligen meddela vårdgivaren om sitt beslut avseende avtalets fortsatta giltighet.

Vårdgivaren ansvarar för samtliga kostnader i samband med överlåtelse.

6.4 Ansvar

Vårdgivaren har fullt ansvar för uppdraget och för all skada och alla förluster som kan komma att orsakas vid utförande av uppdraget.

6.5 ~~Personuppgiftslagen~~ Dataskyddsförordningen

Vårdgivaren är personuppgiftsansvarig för sin behandling av personuppgifter och ska därmed följa dataskyddsförordningens regler för behandling av personuppgifter.

6.6 Sekretess och tystnadsplikt

Vårdgivaren förbinder sig att iaktta den sekretess och tystnadsplikt som gäller inom hälso- och sjukvård. Vårdgivaren förbinder sig att inte röja eller utnyttja Region Jämtland Härjedalens uppgifter (person-, ekonomiska, kommersiella uppgifter etc) som kan komma vårdgivaren tillkänna. Vårdgivaren innefattar alla personer som vårdgivaren på något sätt involverar för att fullgöra sina åtaganden mot Region Jämtland Härjedalen och andra personer som på något sätt kan komma i kontakt med uppgifterna.

6.7 Medicinsk revision

Region Jämtland Härjedalen ska ha rätt att under avtalsperioden, och när Region Jämtland Härjedalen så anser befogat, låta genomföra medicinsk revision av verksamheten som omfattas av uppdraget. Den medicinska revisionen ska kunna omfatta granskning av alla sådana uppgifter som vårdgivaren kan lämna ut enligt reglerna i Patientsäkerhetslagen (2010:659) till den som utför den medicinska revisionen. Denne får i sin tur lämna ut uppgifter om enskild patient endast om det är föreskrivet i gällande lag.

Region Jämtland Härjedalen svarar för ersättning till person som anlitas för medicinsk revision. Vårdgivaren ska efter prövning enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) vara behjälplig med att tillhandahålla de uppgifter som krävs för att den medicinska revisionen ska kunna genomföras.

6.8 Revision

Region Jämtland Härjedalen revisorer ska i enlighet med Kommunallagen 9 kap. 9 § granska all verksamhet som Region Jämtland Härjedalen bedriver inom sitt verksamhetsområde.

Vårdgivaren förbinder sig att i enlighet med denna lag låta Region Jämtland Härjedalens revisorer, eller de som revisorerna utser, utan hinder av sekretess eller affärsjuridiska krav ta del av sådan handling eller uppgift som är nödvändig för utövande av sin granskning av vårdgivarens fullgörande av ingånget vårdavtal.

Uppgifter i vårdgivarens verksamhet som är att hänföra till sekretesslagstiftning, specifika affärsöverenskommelser eller sådan som regleras av lagar som styr bolag överförs i förekommande fall med motsvarande sekretesskyldighet till Region Jämtland Härjedalens revisorer.

Region Jämtland Härjedalens revisorer har att hantera all information i sådan granskning med förutsättningar som styrs av gällande rätt och vad som på marknaden benämns med god revisionssed.

6.9 Skatte- och avgiftsskyldighet

Region Jämtland Härjedalen har när som helst under avtalstiden rätt att kontrollera hos Skatteverket att vårdgivaren uppfyller sin skatte- och avgiftsskyldighet. Avtal kan endast vidmakthållas med vårdgivare som fullgör sina lagenliga skyldigheter avseende skatte- och övriga avgifter. Om vårdgivaren anlitar underleverantör, gäller samma skyldigheter för underleverantören.

7 Föreskrifter för ansökan

7.1 Tidpunkt för driftstart

Leverantören ska i sin ansökan ange tidpunkt för planerad driftstart. Driftstart ska ske senast sex (6) månader efter erhållet godkännande från Region Jämtland Härjedalen. Leverantören ska till sin ansökan bifoga en tidplan och denne är skyldig att rapportera eventuella förändringar och frånsteg från den inlämnade tidplanen.

7.2 Förfrågningsunderlag

Förfrågningsunderlaget består av följande kapitel och bilagor:

- Inbjudan
- Definitioner
- Inledning
- Uppdragsspecifikation
- Ersättning
- Uppföljning och utvärdering
- Allmänna villkor
- Föreskrifter för ansökan
- Avtalsmall

Bilaga 1 Ansökan om godkännande
Bilaga 2 Faktureringsunderlag

Övergripande och förklarande dokument som gäller vårdval medicinsk fotvård kommer att finnas på Region Jämtland Härjedalens webbplats:
www.regionjh.se/Medicinsk Fotvård

7.3 Upphandlande myndighet

Region Jämtland Härjedalen
Organisations nummer 23 21 00-0214
För information om Region Jämtland Härjedalen, se hemsida: www.regionjh.se

7.4 Ansvarig handläggare för ansökan

Frågor skickas skriftligen via e-post till ansvarig handläggare.

Kontaktperson	Lena Weinstock Svedh
E-post	lena.weinstock-svedh@regionjh.se
CPV-kod	85000000-9
Är det möjligt att lämna på delar av	Nej

ansökan?	

7.5 Ansökningsförfarande

Varje ansökan ska specificeras utifrån tänkt etablering och ska utgöras av ett besvarat och undertecknad dokument ”Ansökan om godkännande” med nödvändiga kompletteringar och efterfrågade bilagor till ansökan. Anställda fotvårdare vid hälsocentral som vill ingå i valfrihetssystemet för medicinsk fotvård kan ansöka om att delta och kommer då att genomgå samma granskningsförfarande som andra leverantörer.

7.6 Ansökans form och innehåll

Handlingar för deltagande i LOV medicinsk fotvård finns att hämta på;

- Region Jämtland Härjedalens hemsida: www.regionjh.se/upphandling
- Kammarkollegiets hemsida: www.valfrihetswebben.se

”Ansökan om godkännande” samt efterfrågade handlingar, dokument och bilagor ska:

- vara skriftliga
- vara undertecknat av för leverantören behörig företrädare
- besvaras punkt för punkt i dokumentet för ”Ansökan om godkännande”.

Ansökan kan komma att inte godkännas om svaren är ofullständiga eller saknas.

7.7 Rättelse av fel, förtydligande och komplettering av ansökan

Region Jämtland Härjedalen kan medge att den som inkommer med ansökan får rätta en uppenbar felskrivning eller något annat uppenbart fel i ansökan. Leverantören kan även komma att anmodas att förtydliga eller komplettera sin ansökan.

Om förfrågningsunderlaget upplevs som otydligt eller leverantören har några frågor är det viktigt att kontaktpersonen kontaktas på ett tidigt stadium så att missförstånd kan undvikas. Eventuella förtydliganden publiceras på Region Jämtland Härjedalens hemsida, www.regionjh.se/upphandling samt på www.valfrihetswebben.se. Leverantör ska själv kontrollera om några förtydliganden och kompletteringar distribuerats. Leverantör kan endast åberopa de kompletterande upplysningar som erhållits skriftligen från ansvarig kontaktperson eller hämtats från Region Jämtland Härjedalens hemsida.

7.8 Avlämnande av ansökan

Ansökan samt efterfrågade handlingar ska inges i ett (1) till nedanstående adress:
Region Jämtland Härjedalen
Beställarenheten
Kyrkgatan 12
Box 654
831 27 ÖSTERSUND

Ansökan skickas/lämnas i förseglat omslag märkt:
”Ansökan vårdval medicinsk fotvård ” med aktuellt diarienummer.

7.9 Ansökningstidens utgång

Mottagande av ansökningar sker löpande.

7.10 Villkor för godkännande

För att en leverantör ska få bedriva medicinsk fotvård inom ramen för vårdval medicinsk fotvård, krävs att denne godkänns.
Om leverantören bedriver verksamhet vid flera mottagningar ska varje mottagning godkännas. Leverantören ska uppnå förfrågningsunderlagets krav för att mottagningen ska godkännas.
Ansökan om godkännande kan sökas av företag under bildande.
I ansökan anges allmänna uppgifter om leverantören samt dennes kontaktpersoner.
Efter godkännande tecknas avtal mellan leverantören och Region Jämtland Härjedalen.

7.11 Krav för godkännande av leverantör

Den upphandlande myndigheten får utesluta en sökande som:

- är i konkurs eller likvidation, är under tvångsförvaltning, tillsvidare har inställt sina betalningar, är underkastad näringsförbud
- är föremål för ansökan om konkurs, tvångslikvidation, tvångsförvaltning eller annat liknande förfarande
- är dömd för brott avseende yrkesutövning enligt lagakraftvunnen dom
- har gjort sig skyldig till allvarligt fel i yrkesutövningen och den upphandlade myndigheten kan visa detta
- inte har fullgjort sina åligganden avseende sociala avgifter eller skatter i Sverige eller i det egna landet
- lämnat ofullständiga eller felaktiga uppgifter i ansökan.

7.11.1 Registreringsskyldigheter, betalning av skatter och avgifter

Leverantören ska vara:

- registrerad i aktie-, bolags-, handels-, eller föreningsregistret som förs i det land där leverantörens verksamhet är etablerad

eller:

leverantör som är ensamföretagare och driver sin verksamhet som enskild firma ska visa

- att företaget har en stabil ekonomisk bas genom att tillhandahålla resultaträkning och balansräkning
- eller på begäran lämna referens till bank eller annan finansiär.

Region Jämtland Härjedalen samarbetar med Skatteverket som bistår med följande uppgifter avseende leverantör och eventuella underleverantörer:

- registrerad för moms och som arbetsgivare
- erlagd arbetsgivaravgift de senaste tre redovisningsmånaderna
- registrering för F-skatt eller FA-skatt.
- om skulder för svenska skatter och avgifter hos Skatteverket
- om skulder hos Kronofogdemyndigheten och eventuell uppgift om betalningsuppgörelse

Avser leverantören att utnyttja underleverantörer för att genomföra vissa delar kommer Region Jämtland Härjedalen via Skatteverket att göra motsvarande kontroll enligt ovan för underleverantörer.

Ovanstående förfarande är endast tillämpbart i Sverige. Utländsk leverantör ska insända dokumentation som intyg på att denna fullgjort i hemlandet föreskrivna registreringar och betalningar av skatter och avgifter. Dessa intyg eller motsvarande ska inte vara äldre än tre (3) månader räknat från ansökningsdag.

7.11.2 Företag under bildande

Ansökan kan lämnas av företag under bildande. Av ansökan ska framgå hur företagsbildningen är planerad i form av dess nuläge, förutsättningar och tidsplan för företagets etablering, samt vilka bankgarantier eller motsvarande som kan ställas som säkerhet.

7.11.3 Underleverantör

Leverantören får anlita underleverantörer för att förstärka sin kapacitet för genomförande av uppdraget. Leverantören ska tillse att varje eventuell underleverantör uppfyller alla krav enligt detta avtal och ansvarar gentemot Region Jämtland Härjedalen för underleverantörernas arbete såsom om det vore sitt eget.

För det fall leverantören vill anlita underleverantör ska anmälan om detta göras till Region Jämtland Härjedalen skriftligen. Region Jämtland Härjedalen har därvid rätt att i enlighet Skatte- och avgiftsskyldighet kontrollera att underleverantören har fullgjort sina skyldigheter avseende betalning av skatter och avgifter. För det fall underleverantören inte fullgjort dessa skyldigheter får leverantören inte anlita underleverantören.

7.11.4 Kompetens

7.11.4.1 Utbildning

Person som utför behandlingarna ska ha minst en (1) termin gymnasial eller motsvarande fotvårdsutbildning kompletterad med minst två (2) års erfarenhet av fotvårdsverksamhet och vara uppdaterad om förändringar i branschen avseende nedanstående ämnen.

Utbildningen ska innehålla följande delar:

- Allmän sjukdomslära,
- fotvård vid diabetes,
- reumatiska fötter,
- psoriasis,
- fotortopedi,
- fotdeformiteter,
- hudsjukdomar och cirkulationsproblem,
- sårvård,
- fotens och underbenets anatomi,
- hygien,
- fotmassage, underbensmassage och fotgymnastik,
- praktiska ämnen (innehållande bl a, nageltrång med nagelkorrigering, liktornsbehandling, dokumentation, rådgivning till patienter, preparatlära).

Som bevis på ovanstående ska kopia på betyg eller liknande handling bifogas. Utbildningen ska presenteras och bilagor preciseras.

Leverantören ska kontinuerligt fortbilda sig i den utsträckning som yrket kräver.

7.11.4.2 Erfarenhet

För att få erbjuda vård enligt detta avtal ska personal som utför medicinsk fotvård i leverantörens regi ha, vid avtalsstart, minst två (2) års yrkesutövning motsvarande heltid (35 tim/v) som medicinsk fotvårdare.

Ansökan ska innehålla tjänstgöringsintyg eller andra underlag som visar att ställda krav är uppfyllda, det kan exempelvis handla om:

- kopia på tjänstgöringsintyg eller annat skriftligt underlag från uppdragsgivare.
- egen beskrivning av hur kravet uppfylls som intygas av två andra personer, exempelvis revisor eller annan med god insyn i verksamheten. Dessa förutsätts kunna ställa upp som referenspersoner och skriftligen intyga att uppgifterna i leverantörens egna beskrivning stämmer.

Region Jämtland Härjedalen har rätt att även inhämta egna referenser.

Till ansökan ska dessutom bifogas presentation av:

- leverantören, ange även omfattning på nuvarande verksamhet,
- hur leverantören planerar att bedriva sin kompetensutveckling,
- erfarenhet från liknande uppdrag.

7.12 Prövning av ansökan

Varje inkommen ansökan kommer att avslutas med ett beslut om godkännande alternativt ett icke godkännande om sökanden ej uppfyller ställda krav. Beslut kommer att sändas sökanden i skriftlig form.

Vårdval medicinsk fotvård innebär att fotvård genomförs av godkända leverantörer, såväl offentliga som privata, utifrån ersättning som Region Jämtland Härjedalen beslutar.

Godkännandet av leverantören:

- ger en grundläggande kvalitetssäkring och likvärdiga konkurrensvillkor
- förutsätter att leverantören åtar sig vårduppdraget enligt ansökan för godkännande.

7.12.1 Kvalificering av vårdgivare

Vid handläggningen sker granskning och kvalificering av ansökande leverantör. Leverantörer prövas mot de kvalificeringskrav som ställs enligt LOV och förfrågningsunderlaget.

Kvalificeringsfasen innefattar bland annat:

- kontroll av att ansökande leverantör utformat sin ansökan i enlighet med förfrågningsunderlaget samt bifogat efterfrågade handlingar
- kontroll av leverantörens kompetens etcetera.
- prövning av obligatoriska krav.

7.12.2 Godkännande

Regionstyrelsen eller den som styrelsen utser, kommer ta beslut om ett godkännande eller ett avslag av ansökan.

Underrättelse om leverantör godkänns eller ej lämnas inom 60 dagar efter att ansökan inkommit.

Efter underrättelse om beslut lämnats, tecknas ett villkorat avtal med godkänd leverantör. Avtalet baseras på hela underlaget för denna ansökan och villkoret avser verifiering av leverantör.

Leverantör ska för att få driva medicinsk fotvård inom ramen för valfrihetssystemet ha tecknat avtal med Region Jämtland Härjedalen.

Innan en godkänd leverantör får starta upp verksamheten kan den komma att verifieras.

Verifiering innebär att Region Jämtland Härjedalen kan komma och kontrollera att de avtalsmässiga förutsättningarna är uppfyllda. Vid verifiering kontrolleras att lokaler, personalens kompetens, utrustning med mera uppfyller ställda krav.

7.13 Godkännandets giltighet

Om en leverantör inte utnyttjat sitt godkännande inom sex (6) månader, räknat från beslutsdatum för godkännande, förfaller detta. Godkännande kan återkallas om vårdgivaren i väsentliga delar inte uppfyller godkännandekraven. Om avtalet hävs återkallas godkännandet automatiskt.

7.14 Ansökans giltighetstid

Leverantör är bunden av sin ansökan till dess att ansökan avslutats genom att avtal undertecknats, dock längst i sex (6) månader efter att beslut om godkännande meddelats.

7.15 Avtalsperiod

Avtalet gäller tillsvidare med sex (6) månaders uppsägningstid.

7.16 Sekretess

För ansökningar inom vårdval medicinsk fotvård gäller ej anbudssekretess som vid offentlig upphandling.

7.17 Avtalsvillkor

Leverantören ska acceptera innehållet i Allmänna bestämmelser och Avtalsmall i sin helhet. Av ansökan ska framgå att kraven är uppfyllda genom att leverantören bekräftar i dokumentet ”Ansökan om godkännande”.

Vissa angivna delar fastställs i samband med upprättandet av det slutliga kontraktet.

7.18 Rättelse

Endast den som ansökt om godkännande och deltagande i valfrihetssystemet och inte blivit godkänd får ansöka om rättelse. En sådan ansökan ska vara skriftlig och ha inkommit inom tre (3) veckor från det att sökande leverantör mottagit beslut. Ansökan om rättelse ska skickas till Förvaltningsrätten i Härnösand.

8 Avtalsmall

8.1 Avtalsparter

Mellan Region Jämtland Härjedalen och nedan angiven har slutits följande avtal.

Region Jämtland Härjedalen	Vårdgivare
Region Jämtland Härjedalen Beställarenheten Box 654 831 27 Östersund	
Org nr 232100-0214	Org nr
Hemsida www.regionjh.se	Hemsida

8.2 Kontaktpersoner

Region Jämtland Härjedalen	Vårdgivare
Kontaktperson	Kontaktperson
E-post	E-post
Telefon	Telefon
Mobiltelefon	Mobiltelefon

Parterna ska utse kontaktpersoner. När part byter kontaktperson eller kontaktuppgifter, ska detta skriftligen meddelas den andra parten.

Meddelanden med anledning av avtalet ska skickas till respektive parts kontaktperson med post,
e-post eller telefax.

8.3 Åtagande och omfattning

Vårdgivaren åtar sig att för Region Jämtland Härjedalen leverera medicinsk fotvård i enlighet med förfrågningsunderlagets samtliga delar som följer av detta avtal och enligt godkänd *ansökan X daterat åååå-mm-dd* inklusive bifogade bilagor.

8.4 Avtalsperiod

Avtalet gäller från och med 20xx-xx-xx och tillsvidare med sex (6) månaders uppsägningstid. Regler för förtida upphörande finns i kapitel 6.7, 6.8, 6,9 och 6.11

Utförande av uppdraget inleds vid driftstarten. Driftstart för detta avtal är 20xx-xx-xx. Före driftstarten äger vårdgivaren inte rätt att utföra vård enligt detta avtal.

8.4.1 Förkortad avtalsperiod i visst fall

Oaktat vad som stadgas ovan om avtalsperiod och uppsägningstid, gäller följande:

För det fall att avtalet tecknas efter det att Region Jämtland Härjedalen sagt upp samtliga andra avtal inom vårdvalsområdet från en och samma tidpunkt, upphör även detta avtal vid denna tidpunkt. Bestämmelsen innebär att avtalet i sådana fall får en kortare avtalsperiod än sex (6) månader.

8.5 Handlingars inbördes ordning

Avtalshandlingarna kompletterar varandra. Om avtalshandlingarna skulle visa sig vara motsägelsefulla i något avseende gäller de, om inte omständigheterna uppenbarligen föranleder till annat, sinsemellan i följande ordning:

- skriftliga ändringar och tillägg till detta avtal
- detta avtal med bilagor
- förfrågningsunderlag
- ansökan med bilagor

Uppgifter i ansökan som inte efterfrågas i förfrågningsunderlaget gäller inte som avtalsinnehåll, såvida det inte finns en skriftlig överenskommelse om att de ska gälla.

8.6 Verksamhetens geografiska placering

Vårdgivaren är skyldig att bedriva den vårdgivande verksamheten inom det geografiska upptagningsområdet som för närvarande är Jämtlands län.

Förändringar utifrån meddelad geografisk placering måste ovillkorligen skriftligen meddelas Region Jämtland Härjedalen utan dröjsmål som kommer att bedöma om förändringen får anses utgöra en väsentlig ändring av avtalet.

Verksamheten utföres med adress:
Vårdgivaren AB *E-post*
Kliniken *Telefon*
Sveagatan 12
123 45 SVEASTAD

8.7 Ändrade legala förutsättningar under avtalstiden

Region Jämtland Härjedalen förbehåller sig rätten att, genom beslut, ändra villkoren i förfrågningsunderlaget. Eventuella ändringar sker i regel en gång per år.

Region Jämtland Härjedalen ska, så snart beslut har fattats om ändring av villkoren, göra dem tillgängliga för vårdgivaren i skriftlig form. Vårdgivare som inte godkänner förändringen ska senast inom 30 dagar efter det att beslutet delgivits skriftligen anmäla detta till Region Jämtland Härjedalen. Avtalet upphör då att gälla sex (6) månader efter det att vårdgivaren anmält att förändringen inte godtagits. Fram till dess att avtalet upphör gäller de ursprungliga villkoren. Skadeståndsanspråk kan ej riktas från någondera part, mot den andre parten, i händelse av att avtalet sagts upp med stöd av denna punkt.

8.8 Omförhandling

Region Jämtland Härjedalen förbehåller sig rätten att säga upp eller omförhandla avtalen, om sådana politiska beslut eller organisatoriska förändringar sker, som påverkar eller förändrar förutsättningarna av tidigare överenskommelse. Vårdgivaren skall meddelas om omförhandling senast fyra (4) veckor i förväg.

8.9 Avtalets förtida upphörande

Godkännande kan återkallas om vårdgivaren visar sig i väsentliga delar inte uppfylla de kvalificeringskrav som uppställts i detta förfrågningsunderlag för godkännande. Om avtalet hävs återkallas godkännandet automatiskt.

Återkallelse av godkännande på Region Jämtland Härjedalens initiativ kan ske om vårdgivaren:

- bryter mot de krav som anges i gällande avtal och förfrågningsunderlag och inte vidtar rättelse inom 30 dagar efter skriftligt påpekande från Region Jämtland Härjedalen.
- agerar på sådant sätt att det allvarligt rubbar förtroendet för vårdgivaren, och därigenom Region Jämtland Härjedalens, och inte rättelse sker inom 30 dagar efter skriftligt påpekande från Region Jämtland Härjedalen.
- är underkastad näringsförbud, försätts i konkurs, träder i likvidation, ställer in betalningar eller på annat sätt kan antas komma på obestånd.

Om avtalet sägs upp på grund av avtalsbrott är den part som brutit mot avtalet skyldig att till den uppsägande parten utge skadestånd i enlighet med allmänna avtalsrättsliga principer.

Regionstyrelsen eller den som styrelsen utser fattar beslut om att återkalla godkännande. Uppsägning ska alltid ske skriftligen och utan oskäligt uppehåll efter det att den omständighet som åberopas som uppsägningsgrund blivit känd för den uppsägande parten.

8.10 Befrielsegrunder (Force Majeure)

Part är befriad från påföljd för underlåtenhet att fullgöra viss förpliktelse enligt avtalet, om underlåtenheten har sin grund i krig, strejk, lockout, brand, översvämning, knapphet på transporter eller energi, myndighets åtgärd, nytillkommen eller ändrad lagstiftning eller annan omständighet som ligger utanför ifrågavarande parts kontroll och omständigheten förhindrar eller försenar fullgörandet av förpliktelsen (”Befrielsegrund”).

Part som påkallar befrielsegrund enligt stycket ovan ska utan dröjsmål skriftligen meddela den andra parten därom. Part ska vidta skäliga ansträngningar för att mildra omfattningen och effekten av befrielsegrund. Part ska återuppta fullgörandet av de förpliktelser som förhindrats eller försenats så snart det praktiskt kan ske.

För det fall befrielsegrunden varar mer än två månader, har den andra parten rätt att skriftligen säga upp avtalet till omedelbart upphörande. Vid sådan uppsägning har ingen av parterna rätt till ersättning av den andra parten.

8.11 Återkallande av godkännande på vårdgivarens begäran

Vårdgivaren är bunden av avtalet under avtalstiden.

Vårdgivaren har möjlighet att i förtid säga upp avtalet innan grundavtalstiden har löpt ut under förutsättning att det föreligger särskilda skäl som förhindrar/omöjliggör för vårdgivaren att fortsätta bedriva vård. Om särskilda skäl föreligger ska vårdgivaren skriftligen ange skälen för önskan om återkallande samt begära att godkännandet återkallas. Begäran ska lämnas till Region Jämtland Härjedalen senast sex (6) månader innan verksamheten upphör.

8.12 Brister i fullgörande

Vårdgivaren förbinder sig att, utan dröjsmål, skriftligen meddela Region Jämtland Härjedalen om risk för bristande tillgänglighet eller annan bristande uppfyllelse av avtalat uppdrag. Vårdgivare ska ange vilka åtgärder som avses vidtas för att eliminera uppkommen risk och minimera konsekvenserna av detta.

För uppföljning av verksamhet vad gäller befarade eller konstaterade brister i utförande av uppdraget gäller följande villkor. Vårdgivare är skyldig att på Region Jämtland Härjedalens begäran besvara frågor rörande klagomål, befarade brister eller oklarheter rörande tolkningen av dennes åtagande.

Om Region Jämtland Härjedalen efter kommunikation med vårdgivare bedömer att omständigheterna är sådana att aktiva åtgärder krävs från vårdgivarens sida kan Region Jämtland Härjedalen, beroende på bristernas omfattning och karaktär, vidta någon av följande åtgärder:

- begäran om rättelse
- varning
- uppsägning av avtal

8.13 Samverkan vid avtalets upphörande

Avtalets upphörande ska inte befria någondera parten från vid tillfället kvarstående och icke uppfyllda åtaganden eller förpliktelser gentemot den andra parten.

Region Jämtland Härjedalen och vårdgivaren ska vid avtalets upphörande samråda kring information till patienter och allmänhet för att övergången till annan vårdgivare ska kunna ske utan avbrott eller brister i verksamheten. Vårdgivaren är skyldig att samverka med andra vårdgivare som kommer att ta över vårdgivarens patientansvar.

8.14 Tvist

Avtalet ska tolkas och tillämpas i enlighet med svensk rätt. Eventuell tvist angående tolkning eller tillämpning av detta avtal och som ej kan lösas av parterna gemensamt ska avgöras av allmän domstol Östersunds tingsrätt är första instans.

Underskrifter

Detta avtal har upprättats i två (2) exemplar varav parterna erhållit varsitt.

Region Jämtland Härjedalen	**Vårdgivaren**
Ort och datum	Ort och datum

Namn	Namn
Namnförtydligande	Namnförtydligande

Ev. Bilagor

1. Godkännande av vårdgivare, daterad 201x-xx-xx.
2. Ev. minnesanteckning från klargörande diskussion, daterad 201x-xx-xx.
3. Ansökan, daterad 201x-xx-xx.
4. Förfrågningsunderlag inkl. bilagor, daterad 201x-xx-xx

51

Vårdval barn- och ungdomstandvård 2018

RS/1046/2017

2017-05-12

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

RS/1046/2017

Vårdval barn- och ungdomstandvård 2018

Ärendebeskrivning

Vårdval barn- och ungdomstandvård infördes 1 januari 2014 enligt Lagen om valfrihetssystem (LOV). Regionfullmäktige beslutade den 14-15 juni 2016 om förfrågningsunderlaget gällande 2017 (VVN/9/2016). Region Jämtland Härjedalen beslutar årligen i juni månad om villkorsförändringar som ska träda i kraft den 1 januari efterföljande år.

Med anledning av förslaget i budgetpropositionen om en höjning av åldersgränsen för kostnadsfri tandvård upp till 22 år från 1 januari 2018 behöver justeringar göras. Förslag till förändringar redovisas i beslutsunderlag.

Vårdvalsnämnden behandlade ärendet den11 maj, § 24 och föreslår regionfullmäktige

1. Förändringar i förfrågningsunderlaget Vårdval barn- och ungdomstandvård 2018 (VVN/9/2017) fastställs.

2. Eventuella kompletteringar och justeringar uppdras till vårdvalsnämnden att fatta beslut om i november 2017.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen tillstyrker vårdvalsnämndens förslag.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Mikael ferm
Regionstabschef

Utdrag till

Regionfullmäktige

§24

Vårdval barn- och ungdomstandvård 2018 (VVN/9/2017)

Sammanfattning

Vårdval barn- och ungdomstandvård infördes 1 januari 2014 enligt Lagen om valfrihetssystem (LOV). Regionfullmäktige beslutade den 14-15 juni 2016 om förfrågningsunderlaget gällande 2017 (VVN/9/2016). Region Jämtland Härjedalen beslutar årligen i juni månad om villkorsförändringar som ska träda i kraft den 1 januari efterföljande år.

Med anledning av förslaget i budgetpropositionen om en höjning av åldersgränsen för kostnadsfri tandvård upp till 22 år från 1 januari 2018 behöver justeringar göras. Förslag till förändringar redovisas i beslutsunderlag.

Förslag till beslut

Vårdvalsnämnden föreslår regionfullmäktige

1. Förändringar i förfrågningsunderlaget Vårdval barn- och ungdomstandvård 2018 (VVN/9/2017) fastställs.

2. Eventuella kompletteringar och justeringar uppdras till vårdvalsnämnden att fatta beslut om i november 2017.

3. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Beslut

Vårdvalsnämnden föreslår regionfullmäktige

1. Förändringar i förfrågningsunderlaget Vårdval barn- och ungdomstandvård 2018 (VVN/9/2017) fastställs.

2. Eventuella kompletteringar och justeringar uppdras till vårdvalsnämnden att fatta beslut om i november 2017.

3. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Expedieras till

Beställarchef

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse
- Förfrågningsunderlag 2018 Allmäntandvård för barn och ungdomar

FÖRFRÅGNINGSUNDERLAG 2018 ALLMÄNTANDVÅRD FÖR BARN OCH UNGDOMAR

I: Alla ändringar är markerade med linje i vänster marginal

Tillägg är skriven med röd text

~~Det som skall tas bort är överstruket~~

Gulmarkering= uppgifter ej klara i skrivande stund

INNEHÅLL

1 INBJUDAN ATT LÄMNA ANSÖKAN OM ATT DELTA I VALFRIHETSSYSTEM AVSEENDE ALLMÄN BARN- OCH UNGDOMSTANDVÅRD I JÄMTLANDS LÄN 5

2 DEFINITIONER 6

3 INLEDNING 7

4 UPPDRAGSSPECIFIKATION 8

4.1 ÖVERGRIPANDE UPPDRAG 8

4.2 MÅLGRUPP 9

4.3 UPPDRAGET 9

4.3.1 BARN- OCH UNGDOMARS BEHOV 9

4.3.2 VÅRDINNEHÅLL 10

4.3.3 REVISIONSINTERVALL 10

4.3.4 TANDHÄLSOVÅRD VID IDENTIFIERAD SJUKDOMSRISK 11

4.3.5 AKUT VÅRD 11

4.3.6 TANDVÅRD FÖR ASYLSÖKANDE MED FLERA 11

4.3.7 SAMVERKAN MED SPECIALISTTANDVÅRDEN 12

4.3.8 UTEBLIVANDE 14

4.3.9 ÅTGÄRDER SOM EJ INGÅR I ALLMÄNTANDVÅRD 14

4.4 LISTNING 15

4.5 LÄKEMEDEL 16

4.6 TILLGÄNGLIGHET 16

4.7 SAMVERKAN 16

4.8 KVALITET - PATIENTSÄKERHETSARBETE 16

4.9 NATIONELLA KVALITETSREGISTER 17

4.10 FORSKNING, UTVECKLING OCH UTBILDNING 17

5 ERSÄTTNING 19

5.1 KAPITERINGSERSÄTTNING 19

5.2 ÖVRIGA ERSÄTTNINGAR 19

5.3 AKUTTANDVÅRD 20

5.3.1 PATIENTER FRÅN ANDRA REGIONER/LANDSTING OCH ANDRA LÄNDER 20

5.4 ASYLSÖKANDE 20

5.5 UTEBLIVANDE 20

5.6 UTVECKLING 2017~~8~~ 21

6 UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING 22

6.1 ALLMÄNT 22

6.2 ODONTOLOGISK REVISION 22

6.3 MÅL 23

6.4 RISKBEDÖMING OCH EPIDEMIOLOGI 23

7 ALLMÄNNA VILLKOR 24

7.1 LAGAR, FÖRORDNINGAR OCH ANVISNINGAR 24

7.2 STYRDOKUMENT OCH POLICYSKRIFTER 24

7.3 PERSONAL 24

7.4 DELEGERING 24

7.5 PATIENTJOURNAL 24

7.6 PATIENTNÄMND 25

7.7 PATIENTFÖRSÄKRING 25

7.8 FÖRSÄKRINGAR 25

7.9 UTRUSTNING 25

7.10 LOKALER 25

7.11 VERKSAMHETSINFORMATION 26

7.12 MARKNADSFÖRING 26

7.13 SJUKRESOR 26

7.14 TOLKSERVICE 26
7.14.1 SPRÅKTOLK 26
7.14.2 TOLKCENTRALENS TJÄNSTER 26
7.15 MILJÖKRAV 27
7.16 MEDDELARFRIHET OCH ALLMÄNHETENS INSYN 27
7.17 PERSONUPPGIFTSLAGEN 27
7.18 KOLLEKTIVAVTAL ELLER LIKVÄRDIGT 27
7.19 SEKRETESS OCH TYSTNADSPLIKT 28
7.20 SKATTE- OCH AVGIFTSSKYLDIGHET 28
7.21 REVISION 28
7.22 ÄNDRINGAR OCH TILLÄGG PÅ REGION JÄMTLAND HÄRJEDALENS BEGÄRAN 28
7.23 OMFÖRHANDLING 29
7.24 BRISTER I FULLGÖRANDE 29
7.25 AVTALETS FÖRTIDA UPPHÖRANDE 30
7.26 ÅTERKALLANDE AV GODKÄNNANDE PÅ VÅRDGIVARENS BEGÄRAN 30
7.27 SAMVERKAN MED REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN VID AVTALETS UPPHÖRANDE 30
7.28 BEFRIELSEGRUNDER (FORCE MAJEURE) 31
7.29 OGILTIG BESTÄMMELSE I AVTALET 31
7.30 TVIST 32
7.31 UNDERLEVERANTÖR 32
7.32 ANSVAR 32
7.33 FAKTURERINGSVILLKOR 32
8 FÖRESKRIFTER FÖR ANSÖKAN 34
8.1 TIDPUNKT FÖR DRIFTSTART 34
8.2 UPPHANDLANDE MYNDIGHET 34
8.3 ANSVARIG HANDLÄGGARE FÖR ANSÖKAN 34

8.4 ANSÖKNINGSFÖRFARANDE 34

8.5 ANSÖKANS FORM OCH INNEHÅLL 35

8.6 RÄTTELSE AV FEL, FÖRTYDLIGANDE OCH KOMPLETTERING AV ANSÖKAN 35

8.7 AVLÄMNANDE AV ANSÖKAN 35

8.8 ANSÖKNINGSTIDENS UTGÅNG 36

8.9 KRAV FÖR GODKÄNNANDE 36

8.10 REGISTRERINGSSKYLDIGHETER, BETALNING AV SKATTER OCH AVGIFTER 36

8.11 FINANSIELL OCH EKONOMISK STÄLLNING 37

8.12 FÖRETAG UNDER BILDANDE 37

8.13 ANMÄLAN TILL SOCIALSTYRELSEN 38

8.14 PRÖVNING AV ANSÖKAN 38

8.15 ANSÖKANS GILTIGHETSTID 38

8.16 GODKÄNNANDE OCH AVTALSTECKNANDE 38

8.17 GODKÄNNANDETS GILTIGHET 39

8.18 RÄTTELSE 39

9 AVTALSMALL 40

9.1 AVTALSPARTER 40

9.2 KONTAKTPERSONER 40

9.3 ÅTAGANDE OCH OMFATTNING 40

9.4 HANDLINGARS INBÖRDES ORDNING 40

9.5 VERKSAMHETENS GEOGRAFISKA PLACERING 41

9.6 AVTALSTID 41

9.7 ÖVERLÅTELSE AV AVTAL 41

9.8 UNDERSKRIFTER 41

1 INBJUDAN ATT LÄMNA ANSÖKAN OM ATT DELTA I VALFRIHETSSYSTEM AVSEENDE ALLMÄN BARN- OCH UNGDOMSTANDVÅRD I JÄMTLANDS LÄN

Det fria valet av vårdgivare inom allmäntandvård för barn och ungdomar har gällt sedan 2001-01-01. Landstingsfullmäktige i Jämtlands län beslutade den 18-19 juni 2013 att det fria valet inom barntandvården ska anpassas till lagen om valfrihetssystem från den 1 januari 2014. Systemet kallas här för Vårdval barn- och ungdomstandvård Jämtlands län. Valfrihet inom allmän barntandvård innebär att målsman för barnen i åldrarna 3-17 år och ungdomar 18-~~21~~ 22 år fritt får välja vårdgivare bland de som tecknat avtal med Region Jämtland Härjedalen. Genom det individuella valet följer en ersättning till vårdgivaren

Tandvård i Region Jämtland Härjedalen
God hälsa och positiv livsmiljö för alla i Jämtlands län är Region Jämtland Härjedalens vision. Det betyder bland annat att alla människor i Jämtlands län ska ha god hälsa och kunna hålla sig friska längre i ett hälsofrämjande län. Region Jämtland Härjedalens värdegrund anger att alla medarbetare i sina dagliga möten och samtal ska handla med respekt för alla människors lika värde, visa förtroende för andra och utgå från en helhetssyn på Region Jämtland Härjedalen och dem denne är till för.

Länet har drygt 126 000 invånare, varav ca 27.000 barn och ungdomar i åldrarna 0 – ~~21~~ 22 år i åtta kommuner med Östersund som residensstad. Av dessa omfattas ca 23.500 barn i åldrarna 3 – ~~21~~ 22 år av valfrihetssystemet. Avstånden i länet är stora och med turismen ökar befolkningen periodvis dramatiskt. Specialisttandvården bedrivs vid länssjukhuset i Östersund.

Ansökan
Region Jämtland Härjedalen redovisar alla dokument för uppdraget i denna ansökan och de utgör tillsammans de underlag som beskrivs i Vårdval barn- och ungdomstandvård Jämtlands län. Samtliga handlingar som är aktuella för deltagare i Vårdval barn- och ungdomstandvård Jämtlands län finns att hämta på Region Jämtland Härjedalens hemsida, www.regionjh.se/barntandvard eller på www.valfrihetswebben.se.

Med vänlig hälsning

David Adervall (S)
Vårdvalsnämndens ordförande

Ingela Jönsson
Tf regiondirektör

2 DEFINITIONER

Avtal: Avtal med externa vårdgivare alternativt överenskommelse med egenregiverksamhet

Förfrågningsunderlag: Underlag för ansökan om att delta i Vårdval barn- och ungdomstandvård Jämtlands län som Region Jämtland Härjedalen tillhandahåller.

Godkännande: Alla sökande som uppfyller kraven i förfrågningsunderlaget kommer att godkännas för att bli en del av Vårdval barn- och ungdomstandvård Jämtlands län.

Ickevalsalternativ: Folktandvårdens enheter tilldelas ett område dit nyinflyttade och nyfödda fördelas samt de som inte gjort ett aktivt val, eftersom Region Jämtland Härjedalen har ansvar för att erbjuda alla barn 0 – ~~21~~ 22 år en regelbunden fullständig tandvård.

Kapitering: Ersättning per listad barn/ungdom.

Region Jämtland Härjedalen: Upphandlande myndighet.

Leverantör: Den som ansöker om att bli godkänd vårdgivare i Vårdval barn- och ungdomstandvård Jämtlands län (före eventuellt godkännande).

Listning: Begrepp som innebär att varje individ tillhör en vårdenhet, kan ske via aktivt eller passivt val.

LOV: Lagen om valfrihetssystem (2008:962).

Närområde: Det geografiska område som ingår i den geografiska indelning av ickevalsalternativ.

Styrdokument: del av förfrågningsunderlag

Vårdenhet: Leverantörens/vårdgivarens mottagning dit listning sker.

Vårdgivare: Leverantör i Vårdval barn- och ungdomstandvård Jämtlands län efter godkännande.

Vårdval barn- och ungdomstandvård Jämtlands län: Region Jämtland Härjedalens benämning på valfrihetssystem inom allmäntandvård för barn och ungdomar 3 – ~~21~~ 22 år.

3 INLEDNING

Region Jämtland Härjedalen har ett lagstadgat ansvar att erbjuda alla barn (0-~~21~~ 22 år) en regelbunden fullständig tandvård. Tandvården ska vara avgiftsfri för patienten under förutsättning att den inbegrips i tandvård som är nödvändig för att uppnå ett funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat. Vården ska tillgodose patientens behov av trygghet och vara lättillgänglig. System för identifiering av de barn som Region Jämtland Härjedalen har vårdansvar för ska finnas enligt tandvårdslagen (2185:125). Ett Region Jämtland Härjedalen får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som Region Jämtland Härjedalen ansvarar för.

Specialisttandvårdens resurser ska vara en tillgång för hela länet.

Sedan 2001 är det fritt vårdsökande för barn och ungdomar inom Jämtlands län. Region Jämtland Härjedalen har det samlade ansvaret för att varje barn/ungdom har en kontinuerlig tandvårdskontakt under hela uppväxtåren. Ersättning utgår till vårdgivare för varje listad medborgare i åldersgrupperna 3 – ~~21~~ 22 år.

Vårdval barn- och ungdomstandvård inom Region Jämtland Härjedalen införs den 1 januari 2014 för barn och ungdomar 3 – ~~21~~ 22år i enlighet med Lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV). Vårdvalet innebär att medborgaren har rätt att välja mellan de vårdgivare som Region Jämtland Härjedalen godkänt och tecknat avtal med.

För att delta i valfrihetssystemet krävs en godkännandeprocess av vårdgivarna. Godkännandeprocessen sker i tre steg. Prövning sker av;

- ansökan
- vårdgivaren
- tjänsten som uppdraget omfattar.

Leverantör som ansöker om godkännande kan själv välja geografisk lokalisering för vårdenheten. Under förutsättning att denne uppfyller kraven i förfrågningsunderlaget kommer godkännande att utfärdas. Region Jämtland Härjedalen kommer ej att begränsa antalet etableringar.

4 UPPDRAGSSPECIFIKATION

4.1 ÖVERGRIPANDE UPPDRAG

Region Jämtland Härjedalen är som huvudman ansvarigt för att gentemot länets invånare tillhandahålla de tjänster som omfattas av Vårdval barn- och ungdomstandvård Jämtlands län. Region Jämtland Härjedalen är vidare ansvarig för att tillse att den vårdgivare som åtar sig att för Region Jämtland Härjedalens räkning ge vård inom Vårdval barn- och ungdomstandvård Jämtlands län gör detta på ett sådant sätt att patienternas vårdbehov tillgodoses på odontologiskt kvalitativt bästa sätt.

Sverige har som nation accepterat att arbeta enligt FN:s barnkonvention och det är grunden för arbetet med barn och ungdomstandvård i Jämtlands län.

Målet för barn- och ungdomstandvården ska vara att skapa god munhälsa. Vården ska vara av god kvalitet och lägga särskild vikt vid förebyggande insatser. All behandling ska syfta till att avbryta pågående sjukdom och förhindra att ny sjukdom uppkommer.

Vårdgivaren ska följa gällande lagar och avtal, nationella riktlinjer samt de regler och riktlinjer och behandlingsråd eller behandlingsöverenskommelser som fastställs av Region Jämtland Härjedalen. Som grund för vården gäller ”Gemensamma riktlinjer ” samt övriga styrdokument som utarbetats gemensamt av de fyra norrlandstingen.

Verksamheten ska bedrivas i enlighet med tandvårdslagen och de grundläggande principerna i den vägledning för *God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården* som fastställts av Socialstyrelsen, innebärande:

- kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård
- säker vård
- patientfokuserad vård
- jämlik vård
- effektiv vård
- vård i rimlig tid.

Samverkan med andra vårdgivare och huvudmän ska bedrivas på ett sådant sätt att patienten och närstående upplever vården som en helhet.

Vårdgivaren ska integrera ett hälsofrämjande- och förebyggande synsätt vid alla kontakter med patient/medborgare samt i all vård och behandling och uppmuntra till egenvård. Vården ska ske utifrån patientens förutsättningar.

All behandling ska baseras på bästa tillgängliga vetenskapliga bevis/evidens. Vid val av behandling ska även hänsyn tas till behandlingens kostnadseffektivitet.

4.2 MÅLGRUPP

De målgrupper som omfattas av uppdraget är

- Barn och ungdomar 3-~~21~~ 22år som är folkbokförda i Jämtlands län eller kvarskrivna enligt 16§ folkbokföringslagen (2191:481)
- Asylsökande som omfattas av lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård till asylsökande mm som inte fyllt 18 år.
- Barn och ungdomar med skyddad identitet.
- Papperslösa/gömda flyktingar som inte fyllt 18 år ska erbjudas vård i samma omfattning som den som är folkbokförd i Jämtlands län enligt lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd
- Barn och ungdomar 0-~~21~~ 22år som är folkbokförda i annat län och som kontaktar vårdgivaren för akuta besvär.

Barn 0-2 år som är folkbokförda i Jämtlands län omfattas av Folktandvårdens områdesansvar och ingår inte i detta uppdrag.

4.3 UPPDRAGET

4.3.1 BARN- OCH UNGDOMARS BEHOV

Alla barn ska behandlas utifrån sin förmåga, sitt behov och sina förväntningar, med särskild hänsyn tagen till etnisk bakgrund.

- Barnet ska inskolas på ett pedagogiskt riktigt sätt. Tandvårdspersonalen ska sträva efter att skapa god kontakt med barn och vårdnadshavare.
- Ett gott psykologiskt omhändertagande ska karaktärisera barn- och ungdomstandvården. Barnets integritet ska respekteras och vården ska utformas med hänsyn till barnets individuella förutsättningar
- Inom barn och ungdomstandvården ska smärtfri behandling eftersträvas. Lokalanestesi bör användas vid ingrepp i smärtkänsligt dentin, käkben och orala mjukvävnader.
- Vid behov ska sedering kunna erbjudas som komplement till konventionell behandling. Som förstahandsalternativ bör behandlingen ske inom allmäntandvården med hjälp av farmaka. Barn som kan vara aktuella för

tandvård under narkos bedöms av specialist i pedodonti eller allmäntandläkare med erfarenhet av narkostandvård.

- En medvetenhet ska finnas hos vårdgivaren om barns utsatthet. Samtliga medarbetare ska känna till de krav som ställs på all vårdpersonal vid misstanke om att ett barn far illa. Anmälan ska göras till socialtjänsten vid misstanke om att ett barn far illa Med barn som far illa avses bland annat försummelse/omsorgssvikt, psykisk och fysisk misshandel samt sexuella övergrepp.
- Vid behov rekommendera och anvisa fluoranalys av dricksvatten från egen brunn.

4.3.2 VÅRDINNEHÅLL

Vårdgivaren ska ge regelbunden och fullständig allmäntandvård till de barn och ungdomar 3-~~21~~ 22 år som listat sig hos vårdgivaren.

Med fullständig allmäntandvård avses undersökning, indicerad vård inkl akut vård samt individuellt förebyggande åtgärder.

Av särskild vikt är att

- Alla barn/ungdomar ska ha en ansvarig tandläkare
- Riskbedömning utförs (se styrdokument)
- Barn och ungdomar med särskilda behov visas speciell hänsyn i tandvårdssituationen
- Behandlingsplan upprättas
- Revisionsintervall fastställs

Vård ska ges av tandläkare eller tandhygienist inom ramen för deras kompetenser.

Vårdgivare ska delta i folkhälsoarbetet för 0-~~21~~ 22-åringar kring kost, tobak, alkohol samt barn som far illa. Särskild vikt ska läggas på information om tobakens skadliga inverkan på tandhälsan. Alla barn och unga som undersöks i tandvården ska från 13 års ålder erbjudas ett motiverande samtal kring tobakens skadeverkningar. Motiverande samtal ska journalföras. Val av behandling och material ska ske i samråd med patient och förälder/vårdnadshavare. Barntandvården ska vara amalgamfri.

Vårdgivaren ska särskilt uppmärksamma tecken på våld i nära relationer samt skyldigheten att anmäla misstanke om barn som far illa i enlighet med § 14:1 i Socialtjänstlagen

4.3.3 REVISIONSINTERVALL

Revisionsundersökning utförd av tandläkare omfattar fullständig diagnostik av hela munhålan, terapiplanering och riskgruppering. Detta ska utföras minst under det

år patienten är 3 år och ~~21~~ 19 år. Högsta tillåtna intervall mellan undersökningar utförd av tandläkare är fyra år.

Vårdgivaren ska för alla 3-~~21~~22-åringar upprätta individuella revisionsintervall utifrån barn och ungdomars behov. Det planerade revisionsintervallet ska vid undersökningstillfället framgå av journalen. Patient som genomgått fullständig undersökning rapporteras in till Region Jämtland Härjedalen.

Revisionsintervall är tiden mellan två undersökningar utförda av tandläkare/tandhygienist och grundas på individuell riskbedömning. Med regelbunden vård avses för 3-6 åringar ett besök med undersökning/kontroll, behandlingsplan samt indicerad vård minst var 18:e månad och för 7-~~21~~ 22 åringar gäller minst var 24:e månad.

Tandhälsokontroll kan utföras av tandsköterska och utgör en kontroll av tandhälsan, där diagnostik, riskgruppering och terapiplanering inte ingår.

4.3.4 TANDHÄLSOVÅRD VID IDENTIFIERAD SJUKDOMSRISK

Barn som vid munhälsobedömningen uppvisar tecken på hög risk för eller har aktiv sjukdom ska erbjudas fullständig undersökning. Vid behov ska en orsaksutredning och individuellt anpassad behandling erbjudas.

Föräldrar vars barn visar tecken på risk att utveckla karies ska ges särskilt kunskapsstöd om tandsjukdomars uppkomst och sambandet mellan beteende och hälsa i enlighet med Folktandvårdens riktlinjer avseende vårdplan för barn och ungdom, se styrdokument. Kunskapsförmedlingen ska vara anpassad till föräldrars olika förutsättningar att ta del av sådan information.

4.3.5 AKUT VÅRD

Vårdenheten ska kunna erbjuda akut tandvård till enhetens listade barn- och ungdomar. Detta uppdrag ingår i ersättningen per listad. Vårdenheten ska även kunna erbjuda akut tandvård till barn och ungdomar listade på annan enhet.

Med akut tandvård avses behandling som i en akut situation ges för att lindra eller eliminera smärta/obehag från munhålan. I en akutbehandling ingår inte att utföra en fullständig behandling. För att höja patientsäkerheten samt förbättra kvaliteten i patienthanteringen ska alltid en återföring av utförd akutbehandling snarast ske till ordinarie vårdenhet. Ansvaret för eventuell uppföljning och fortsatt vård är hos ordinarie vårdgivare.

För akutvård ska vårdenheten vara tillgänglig samma dag under vardagar, antingen genom telefonkontakt eller besök på mottagningen. Vid stängning ska hänvisning finnas till andra överenskomna vårdenheter för att klara uppdraget.

4.3.6 TANDVÅRD FÖR ASYLSÖKANDE MED FLERA

Asylsökande barn skall erbjudas en tandvård på lika villkor som barn bosatta i Sverige. Samtliga asylbarn 3-18 år bör vara kallade inom en månad efter meddelandet mottagits och ska kallas per post. Barn under 3 år kallas bara ifall akuta besvär föreligger.

Personer som fyllt 18 år har rätt till omedelbar tandvård samt tandvård som inte kan anstå. Vården har som primärt syfte att behandla akuta besvär, få stopp på sjukdomsutveckling och stärka egenvården.

4.3.7 SAMVERKAN MED SPECIALISTTANDVÅRDEN

Specialisttandvården ska vara en för patienten kostnadsfri, kvalificerad och tillgänglig resurs när allmäntandvårdens erfarenhet och kompetens inte räcker till.

Samverkan mellan allmäntandvården och specialisttandvården ska i princip alltid ske gällande individer med:

- medfödda eller förvärvade missbildningar i ansikte och käkar eller tänder
- komplicerad sjukdomsbild med speciella krav på behandling och/eller samverkan med andra instanser
- komplicerad tand- eller käkskador efter trauma
- okontrollerad sjukdomsutveckling i tänder, käkar och övriga orala vävnader.
- funktionsstörning inklusive orofaciala problem

Remittering för specialisttandvård ska ske i så god tid att denna vård kan påbörjas, och i normalfallet också slutföras, före det år då patienten fyller ~~20~~ 23 år för att vården ska utföras utan avgift. Från och med det år patienten fyller ~~20~~ 23 år ersätts även specialistvård enligt det statliga tandvårdsstödets regler.

Om särskilda journalförda skäl föreligger kan Region Jämtland Härjedalen svara för kostnaderna för specialisttand-vård efter det år patienten fyllt ~~21~~ 22 år. Region Jämtland Härjedalen ska då, efter prövning i varje enskilt fall, medge detta.

Specialisttandvårdens rutiner för remissgång ska följas, se styrdokument.

4.3.7.1 VÅRDKEDJOR

För att underlätta barns och ungdomars kontakter med tandvården ska arbetet bedrivas i väldefinierade vårdkedjor.

Så långt det är möjligt ska vården ges på hemmakliniken. Kontinuitet avseende behandlingsansvarig ska eftersträvas.

Vid remiss till annan klinik ska kontakt upprätthållas mellan hemmaklinik och remissklinik. Rutiner för remisser, remissbekräftelse och remissvar ska följas. Remitterande klinik har alltid ansvar för den regelbundna tandvården.

4.3.7.2 ORTODONTI

Alla barn och ungdomar i åldern 6-~~21~~ 22 år med ett behandlingsbehov enligt fastställda kriterier i de ortodontiska prioriteringsreglerna för tandvården i Norra regionen ska erbjudas kostnadsfri tandregleringsvård.

När oenighet råder mellan tandläkaren och patient/målsman beträffande behandlingsbehov ska barnet erbjudas s.k. second opinion av specialist.

Tandregleringskliniken och allmäntandvården samarbetar när det gäller omhändertagandet av barn och ungdomar med bettavvikelser.

4.3.7.2.1 ALLMÄNTANDVÅRDENS ANSVAR

Allmäntandläkaren har ansvaret för övervakning av barns och ungdomars bettutveckling och för behandling av bettavvikelser, enligt de av Region Jämtland Härjedalen fastställda kriterierna, se styrdokument.

Ansvarig tandläkare ansvarar för nedanstående (ingår i kapiteringsersättningen):

- Övervakning av bettutvecklingen i både det primära och det permanenta bettet
- Att uppmärksamma och diagnostisera bettavvikelser i rätt tid/vid rätt bettutvecklingsstadium
- Att specialist i ortodonti konsulteras vid behov
- Att förbereda inför konsulten med registreringar och röntgenundersökningar och information till patient och förälder
- Interceptiv vård
- Extraktioner/operativa avlägsnanden på ortodontisk indikation
- Profylax och behandling av karies och gingivit samt behandling av akuta besvär i anslutning till tandregleringsbehandling
- Behandling med viss ortodontisk apparatur (ersätts separat)

4.3.7.3 PEDODONTI

Barn och ungdomar med behandlingsproblem ska i största möjliga utsträckning omhändertas i allmäntandvården där smärtfri behandling och olika sederingsformer ska kunna erbjudas. Där komplicerande bakgrundsfaktorer föreligger kan det vara motiverat med utredning och behandling i samverkan med specialistklinik.

För barn med ovanliga och/eller komplicerade odontologiska problem och barn med tandproblem i samband med funktionshinder eller olika medicinska tillstånd kan behandlingen utföras av eller i samråd med pedodontist , se styrdokument.

Följande patientkategorier bör få sin behandling i nära samarbete med pedodontist:

- Barn och ungdomar som kräver omhändertagande i nära samarbete med sjukvårdande instanser.
- Barn och ungdomar som i samverkan med allmäntandvården kräver en samlad specialistkompetens i en vårdkedja med andra odontologiska specialiteter.
- Barn och ungdomar med stora behandlingsproblem och/eller med omfattande och komplicerad sjukdom och behandling, där omhändertagandet kräver särskild kompetens och särskilda resurser.

4.3.7.3.1 LUSTGASSEDERING

Vid behov av sedering med lustgas ska behandling i första hand ske inom allmäntandvården. I de fall förutsättningar saknas för detta, remitteras patienten till specialistkliniken i pedodonti för vidareförmedling av remiss till lämplig vårdgivare.

4.3.7.3.2 NARKOSTANDVÅRD

Narkos som sedering inom barntandvården används restriktivt. Specialistkliniken i pedodonti och sjukhustandvården har det övergripande ansvaret för narkostandvården för barn och för att narkostandvård erbjuds på likartade villkor i hela länet.

Alla barn som remitteras med önskemål om narkostandvård ska bedömas av specialist i pedodonti eller av sjukhustandläkare med erfarenhet av narkostandvård på barn innan patienten erbjuds narkossanering.

En långsiktig terapiplan ska upprättas för varje barn som får tandvård under narkos. Efter utförd tandbehandling under narkos ska barnet följas upp och en plan för fortsatt omhändertagande i allmäntandvården ska upprättas. Efter remissvar har allmäntandläkaren ansvaret för att den förebyggande vården genomförs.

4.3.8 UTEBLIVANDE

Listade barn och ungdomar som inte infunnit sig på avtalad tid ska av sin vårdgivare erbjudas en ny tid vid ytterligare två tillfällen, inom rimlig tid från den första avtalade tiden. Samtliga avtalade tider mellan vårdgivare och vårdtagare skall journalföras. Vid upprepade uteblivanden ska målsman/vårdtagaren skriftligen informeras av vårdenheten. ~~se styrdokument.~~

Skyldigheten att anmäla misstanke om barn som far illa ska ske i enlighet med Socialtjänstlagen § 14:1.

4.3.9 ÅTGÄRDER SOM EJ INGÅR I ALLMÄNTANDVÅRD

I begreppet fullständig allmäntandvård ingår t ex inte:

- apnéskena på medicinsk indikation (vården utförs på sjukvårdens uppdrag)
- gomplåtar vid oralmotorisk träning (vården utförs på sjukvårdens uppdrag)
- inläggs- eller kronterapi som ej följer antagna riktlinjer för behandling med icke plastiska tandfyllnadsmaterial
- tandskydd (om detta ej är odontologiskt indicerat som traumaprofylax)
- kosmetiska åtgärder som exempelvis tandsmycken, blekning

Kollektiva insatser riktade till befolkningen ingår i Folktandvårdens områdesansvar.

4.4 LISTNING

Valet för barn och ungdomar ska avse listning till vårdenhet. Där det inte sker något aktivt val listas de hos Folktandvården i det geografiska närområdet (ickevalsalternativet). För barn och ungdomar under 18 år väljer vårdnadshavaren. Vid gemensam vårdnad ska båda vårdnadshavarna stå bakom valet.

Nyinflyttade och nyfödda tilldelas, då folkbokföringsuppgifter inkommit, ett ickevalsalternativ i avvaktan på att han eller hon gör ett eget val. För barn gäller valfriheten från och med det år som barnet fyller tre (3) år. Ickevalsalternativet ska vara enligt närhetsprincipen och den geografiska indelning som Region Jämtland Härjedalen fastställer.

Region Jämtland Härjedalen skickar ut information om möjligheten att välja till vårdnadshavare för de barn som fyller 3 år under kalenderåret och till nyinflyttade. Vårdnadshavare för barnet eller 18-~~21~~ 22 åringen väljer sedan om det ska vara listat hos Folktandvården eller hos en vårdgivare som har avtal med Region Jämtland Härjedalen. Byte av vårdgivare kan ske när som helst. Den nya vårdgivaren ska informera patienten inom fyra veckor att valet är tillgodosett.

Vårdgivaren övertar vårdansvar från tidigare vårdgivare när underskriven valblankett inkommit till Region Jämtland Härjedalens beställarenhet från den nya vårdgivaren för det aktuella barnet. Kopia tillställs tidigare vårdgivare efter registrering vid beställarenheten.

En vårdenhet åtar sig att behandla samtliga barn- och ungdomar som listar sig. I de fall vårdenheten önskar begränsa totalantalet listade barn och ungdomar ska skriftlig ansökan lämnas in till Region Jämtland Härjedalen, som ska besluta om ett eventuellt godkännande av begränsning. Minimiantal listade barn och ungdomar bör vara minst 30 per vårdenhet.

Medborgare som gjort ett aktivt val kvarstår hos samma vårdgivare tills nytt aktivt val sker även om medborgaren flyttar inom länet.

Om en vårdenhet upphör övergår ansvaret till Region Jämtland Härjedalen som uppmanar listade medborgare att göra ett nytt aktivt val. Om val inte gjorts listar Region Jämtland Härjedalen personen enligt närhetsprincipen till närmsta enhet inom folktandvården i kommunen. Om en vårdenhet upphör är det både Region Jämtland Härjedalens och vårdgivarens ansvar att informera de listade. Informationen ska samordnas via Region Jämtland Härjedalen.

Där något aktivt val av vårdgivare inte skett ingår barnet/ungdomen i Folktandvårdens ansvar enligt ickevalsalternativet. Detta gäller även för asylsökande och ”gömda” barn och ungdomar.

Medborgare med skyddad identitet och asylsökande kan välja vårdenhet men ska inte registreras.
För personer med skyddad identitet ska särskilda anvisningar följas.

Vårdgivare kan inte avvisa barn och ungdomar som söker vård.

4.5 LÄKEMEDEL

Vårdgivaren ska ha god kunskap om och följa Region Jämtland Härjedalens läkemedelskommittés rekommendationer, Tandvårdens läkemedelshandbok, gällande lagstiftning samt beslut om användning av arbetsplatskoder för läkemedel.

Avvikelser från givna rekommendationer och anvisningar ska vid begäran från Region Jämtland Härjedalen kunna förklaras och motiveras.

Vårdgivaren ska svara för att erforderliga läkemedel som behövs vid mottagningen finns och själv bekosta dessa.

4.6 TILLGÄNGLIGHET

Vårdgivaren ska svara för att det finns lättillgänglig och lättförståelig information om öppettider och tidsbeställning. Vårdenheten ska vara tillgänglig på telefon under vardagar. Öppettider ska anpassas till patienternas behov för att garantera god tillgänglighet till vården. Vid de tider då vårdenheten inte har öppet ska information ges om var patienten kan få sin vård enligt träffad överenskommelse med annan vårdgivare.

4.7 SAMVERKAN

Vårdgivaren ansvarar för att vårdenheten samverkar med berörda vårdaktörer, myndigheter, organisationer och övriga i patientens vård engagerade personer när patientens behov inte kan tillgodoses enbart av vårdenheten. Vårdgivaren ansvarar för att vårdenheten aktivt medverkar till att skapa en sammanhållen vårdkedja i syfte

att bidra till en väl fungerande vårdprocess utifrån patientens och närståendes perspektiv.

4.8 KVALITET - PATIENTSÄKERHETSARBETE

Vårdgivaren ska bedriva ett fortlöpande, systematiskt och dokumenterat arbete med kvalitets- och verksamhetsutveckling. Kvalitetsbegreppet omfattar såväl tillgänglighet och den patientupplevda kvaliteten som det odontologiska resultatet.

Grundläggande för den vård och de insatser som vårdgivaren erbjuder för att tillgodose patienters och andra intressenters, exempelvis närståendes, behov ska vara att:

- Patient/närstående upplever att de har möjlighet till delaktighet i beslut som fattas kring den vård som ges. Patienten ska upplysas om sitt tandhälsotillstånd och de behandlingsalternativ som står till buds.
- Den som söker vård ska snarast få besked om tider för besök, eventuell behandling
- Vårdgivaren ska lämna patienten lättillgänglig och förståelig information, såväl i praktiska, administrativa som odontologiska frågor.
- Utforma rutiner för att systematiskt ta tillvara synpunkter och klagomål som framförs av patienter/målsmän samt utveckla och förbättra verksamheten utifrån dessa synpunkter/klagomål.
- I förekommande fall informera om patientens rätt att vända sig till Region Jämtland Härjedalens patientombudsman, Region Jämtland Härjedalens patientnämnd samt till Socialstyrelsen.

Vårdgivaren ska ha rutiner för avvikelsehantering och anmälningar till Socialstyrelsen enligt Lex Maria. Vårdgivaren har ansvar för att det finns rutiner för analys, uppföljning och erfarenhetsåterföring till berörda av lokala avvikelser, anmälningar enligt Lex Maria, samt anmälningar patient- och förtroendenämnden och patientförsäkringen. Vårdgivaren ska rapportera ärenden från Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF) som avvikelse. Ärenden ska kommuniceras och användas i lärande syfte.

Vårdgivaren ska ha ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2011:9 om allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och Patientsäkerhetslagen (2010:659) samt medverka i den nationella patientsäkerhetssatsning som görs i överenskommelse mellan landstingsdirektörerna och Sveriges kommuner och landsting, SKL Vårdgivaren ska därmed årligen upprätta patientsäkerhetsberättelse. Kopia ska insändas till Region Jämtland Härjedalen.

Vårdgivaren har en skyldighet att medverka och leverera statistik till uppföljningar och enkäter som sker, exempelvis den nationella mätningen av vissa epidemiologiska data som levereras till Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

4.9 NATIONELLA KVALITETSREGISTER

Ett nationellt arbete pågår med att utveckla kvalitetsregister inom tandvården som kan komma att påverka vårdgivaren. När Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit (SKaPa) och National Quality Register for Dental Implants (NQRDI) tas i bruk ska vårdgivaren registreras i dessa.

4.10 FORSKNING, UTVECKLING OCH UTBILDNING

Vårdgivaren ska kunna medverka i forsknings-, utvecklings- och utbildningsprojekt (FoUU). Vårdgivare ska exempelvis tillhandahålla nödvändiga uppgifter från journal och labbdata samt vid behov biträda med kompletterande uppgifter och/eller godkännande. Detta regleras genom överenskommelse i varje enskilt fall mellan vårdgivaren och den som genomför den kliniska prövningen. Vårdgivaren ska i sådana överenskommelser tillse att forskningsetiska tillstånd finns.

Journaluppgifter och liknande data om patienter ska vara tillgängliga för forskning. Om detta är förknippat med väsentliga merkostnader regleras detta genom överenskommelse i varje enskilt fall mellan vårdgivaren och den som begär ut uppgifterna. Uppgifter om enskilda prov som sparas ska vara registrerade i Svenska Biobanksregistret.

5 ERSÄTTNING

5.1 KAPITERINGSERSÄTTNING

Lagen om valfrihetssystem (LOV) innebär att den ekonomiska ersättningen följer patienten fullt ut. Detta innebär att Region Jämtland Härjedalen inte kan förbinda sig eller garantera någon som helst ersättning till vårdgivaren om han/hon inte får listade patienter som söker vård hos denne.

Ersättningen är baserad på antal listade barn och ungdomar 3 – ~~21~~ 22 år. Samma ersättningsbelopp ges per listad individ. Ersättningen avser vårdenhetens samtliga kostnader och uppgår för år 2017 till 1 284 kronor, men justeras som regel årligen. Ersättningsmodellen kan komma att förändras.

Ersättningen utbetalas endast till vårdenheten, inte till eventuella underleverantörer. Ersättningen justeras månatligen utifrån antalet listade vid vårdenheten

Ersättning lämnas för hel månad och baseras på antalet listade. I de fall information om byte av vårdgivare är aktuell, ska den informationen vara Region Jämtland Härjedalen tillhanda senast den första vardagen varje månad. Utbetalning sker månadsvis, med en tolftedel av den beräknade årsersättningen. Utbetalningen sker innevarande månad, utan anmodan, den 25:e varje månad eller närmaste arbetsdag därefter. Övrig ersättning respektive avdrag regleras i efterhand i särskild ordning.

För att ersättningen ska utgå insändes *Vårdrapport/uppgift* vid senaste undersökning med angivande av revisionsdatum, som är anpassat till gjord riskgruppering. I de fall individen inte kommit inom angiven revisionstid stoppas utbetalning av ersättningen efter tre (3) månader.

Ingen kapiteringsersättning betalas för utflyttade patienter som önskar gå kvar eller för de patienter som önskar få sin vård utanför länet. Detta får i förekommande fall vara en uppgörelse mellan berörda vårdgivare.

5.2 ÖVRIGA ERSÄTTNINGAR

Ersättning lämnas för sådan vård som utförs inom allmäntandvården på förslag av specialisttandvården – främst ortodonti. Detta ersätts från folktandvårdens områdesansvar.
För externa vårdgivare skickas faktura via Beställarenheten.

- Avtagbar apparatur i samband med ortodonti (lokal åtgärd O2, O3 eller O4) samt viss fast apparatur (lokal åtgärd O5) ersätts med 50 % av kostnaden enligt folktandvårdens taxa vid behandlingens början och 50 % när behandlingen är avslutad och klar.
  Vid utbetalning av ersättning bifogas vid behandlingens början kopia av

ortodontijournal jämte tandteknisk faktura, vid avslut insändes vårdgivarens journalkopia.
- Vid krav om ersättning för protetiska konstruktioner ska till fakturan bifogas tandteknisk faktura samt terapiförslag/godkännande från protetiker.
- Ersättningskrav avseende språktolk.

Åtgärder som utförs under lustgas och narkos inom Folktandvården ersätts av remitterande vårdgivare. ~~Behandling med lustgas samt behandling under narkos som utförs inom Folktandvården ersätts av remitterande vårdgivare~~.

5.3 AKUTTANDVÅRD

Akutbehandling av egen patient ingår i vårdansvaret. Om akutvård utförs av annan vårdgivare ska den vårdgivare som har vårdansvaret ersätta behandlande vårdgivare.

För akutvård ska endast åtgärd 103, 122 och 301 debiteras enligt folktandvårdens taxa. Vid tidskrävande trauma kan åtgärd 301 utbytas mot 302 eller 303 samt åtgärd 124 bli aktuell.
50 procent tillägg utgår vid behandling under helger

5.3.1 PATIENTER FRÅN ANDRA REGIONER/LANDSTING OCH ANDRA LÄNDER

För barn- och ungdomspatienter från andra regioner/landsting som ges akut vård ska vårdgivaren debitera patientens ordinarie vårdgivare för vårdkostnad.

Vårdgivaren ska även ta emot patienter från andra länder på samma sätt som Region Jämtland Härjedalens egna verksamheter enligt bestämmelserna i ”Vård för personer från andra länder”.

5.4 ASYLSÖKANDE

Asylsökande under 18 år har rätt till all slags vård, medan asylsökande över 18 år har rätt till akut vård och vård som inte kan anstå.

Ersättningskrav måste vara försedda med den asylsökandes LMA-nummer för att ersättning ska lämnas enligt Region Jämtland Härjedalens regelverk. Ersättningen ingår i de statliga medel som Migrationsverket lämnar ersättning med.

5.5 UTEBLIVANDE

Uteblivande får debiteras patient/målsman med 300 kr.

5.6 UTVECKLING 2017~~7~~8

Region Jämtland Härjedalen kommer successivt att utveckla ersättningsmodellen för barn och ungdomstandvård.

Under 2017~~7~~8 kommer bland annat följande att ses över:

- Barn- och ungdomstandvård kommer att gälla i Region Jämtland Härjedalen för barn och ungdomar upp till 23 år 2019 i enlighet med riksdagens beslut.

6 UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING

6.1 ALLMÄNT

Utgångspunkten för hur ”Vårdval barn- och ungdomstandvård Jämtlands län” kommer att följas upp ska vara en ömsesidig strävan att uppnå en förtroendefull relation mellan parterna. Region Jämtland Härjedalen har ett ansvar att påtala brister i verksamheten oavsett om verksamheten drivs av Region Jämtland Härjedalen i egen regi eller av andra, fristående vårdgivare. Därmed tillgodoses också allmänhetens rätt till insyn enligt 3 kap 21 a § kommunallagen.

Vårdgivaren ska utan kostnad medverka med faktaunderlag för Region Jämtland Härjedalens uppföljning av verksamheten. I förekommande fall ska vårdgivaren medverka vid uppföljningsmöten. Vårdgivaren ska förse Region Jämtland Härjedalen med efterfrågat uppföljningsunderlag samt ansvara för att inrapporterade uppgifter är riktiga. I samband med uppföljningen av verksamheten äger Region Jämtland Härjedalen rätt att hos vårdgivaren inspektera arbetet, t ex i form av journalgranskning, för att bland annat säkerställa att vårdgivaren uppfyller överenskomna krav och specifikationer.

Vårdgivaren ska lämna de uppgifter som Region Jämtland Härjedalen anser sig behöva för att följa upp och kontrollera att

- verksamheten bedrivs i enlighet med förfrågningsunderlaget och de mål och riktlinjer som Region Jämtland Härjedalen fastställt
- leverantörens säkerhets- och kontrollsystem är tillräckliga
- verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredställande sätt

Uppföljningsdata kommer att ses över och utvecklas varje år i takt med att evidens och teknik finns som stödjer införande av nya indikatorer. Kvalitetsindikatorer och nyckeltal kan komma att revideras.

Vid särskilda tillfällen kan också uppgifter utöver planerad uppföljning begäras in och sådana uppgifter ska skyndsamt inrapporteras till Region Jämtland Härjedalen.

6.2 ODONTOLOGISK REVISION

Region Jämtland Härjedalen ska ha rätt att under avtalsperioden, och när Region Jämtland Härjedalen så anser befogat, låta genomföra odontologisk revision av verksamheten som omfattas av uppdraget. Den odontologiska revisionen ska kunna omfatta granskning av alla sådana uppgifter som vårdgivaren kan lämna ut enligt reglerna i Patientsäkerhetslagen (2010:659) till den som utför den odontologiska revisionen. Denne får i sin tur lämna ut uppgifter om enskild patient endast om det är föreskrivet i gällande lag.

Region Jämtland Härjedalen svarar för ersättning till person som anlitas för odontologisk revision. Vårdgivaren ska efter prövning enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) vara behjälplig med att tillhandahålla de uppgifter som krävs för att den odontologiska revisionen ska kunna genomföras.

6.3 MÅL

- Mer än 95 % av barnen ska genomgå revisionsundersökning med max två månaders fördröjning.
- Epidemiologiska värden ska finnas inrapporterade på samtliga barn och ungdomar.
- Genom förbättrad tandhälsa ska andelen akuta besök minimeras.

6.4 RISKBEDÖMING OCH EPIDEMIOLOGI

I samband med revisionsundersökning ska riskgruppering utföras, journalföras och rapporteras till Region Jämtland Härjedalen. Revisionsintervallet ska anges liksom uppgifter om epidemiologiska värden, se styrdokument.

7 ALLMÄNNA VILLKOR

7.1 LAGAR, FÖRORDNINGAR OCH ANVISNINGAR

Vårdgivaren svarar för att vid varje tidpunkt gällande författningar (lagar, förordningar samt myndigheters föreskrifter) följs för uppdragets genomförande. Med författning likställs av myndigheter utfärdade normer och råd.

7.2 STYRDOKUMENT OCH POLICYSKRIFTER

Vårdgivaren ska följa Region Jämtland Härjedalens styrdokument, policyskrifter och övriga anvisningar i tillämpliga delar.

7.3 PERSONAL

Vårdgivaren ansvarar för att all personal på vårdenheten har tillräcklig och aktuell kunskapsnivå inom det odontologiska ämnesområdet och som särskilt berör barn- och ungdomstandvård. Uppdraget kräver legitimation, där så erfordras och i den omfattning som krävs för att tillhandahålla en god och säker vård. Vårdgivare ska tillse att all i verksamheten berörd personal fortlöpande erhåller erforderlig fort- och vidareutbildning.

Namn på verksamhetsansvarig ska framgå av kontraktet. Förändring ska utan dröjsmål meddelas Region Jämtland Härjedalen. Kompetensprofiler på vårdenhetens personal ska bifogas ansökan.

7.4 DELEGERING

Delegering av arbetsuppgifter ska ske i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2002:12. Varje delegeringsbeslut ska bekräftas skriftligt.

7.5 PATIENTJOURNAL

Patientdatalagen (2008:355) ger grundläggande bestämmelser om patientjournaler inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation av patientbehandling inom tandvården, SOSFS 2008:14, ska utgöra grunden för journaldokumentationen..

Vårdgivaren ska, med patientens medgivande, utlämna kopia av patientjournal till annan vårdgivare som ger hälso- och sjukvård till patienten. Vårdgivaren har rätt, respektive skyldighet att kostnadsfritt erhålla, respektive tillhandahålla, kopia av

patientjournal från respektive till den offentliga sjuk- och tandvården eller från/till vårdgivare med vårdavtal.

7.6 PATIENTNÄMND

Verksamheten faller under ansvarsområdet för Region Jämtland Härjedalens patientnämnd. Patienten ska informeras och ges erforderlig möjlighet att vända sig till patientnämnden. Vårdgivaren ska till patientnämnden lämna de uppgifter som nämnden behöver för att fullgöra sitt uppdrag.

7.7 PATIENTFÖRSÄKRING

För den verksamhet som bedrivs enligt detta avtal gäller Region Jämtland Härjedalens patientförsäkring med Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF). Vårdgivaren har skyldighet att utan kostnad lämna de intyg, journaler, med mera som LÖF:s skaderegleringsbolag Personskadereglering AB (PSR) begär för de patienter som behandlats hos vårdgivaren. Detta gäller även om skadan inträffat på en annan vårdenhet men patienten har en vårdepisod hos vårdgivaren Vidare ska vårdgivaren utfärda intyg till patienter som är i behov av ett sådant för att styrka sin sjukdom eller skada.

7.8 FÖRSÄKRINGAR

Vårdgivaren ska inneha för vårduppdraget relevanta och erforderliga försäkringar. Försäkringsbevis utställt av vårdgivarens försäkringsbolag ska överlämnas till Region Jämtland Härjedalen senast i samband med verifiering av vårdenhet. På anmodan ska vårdgivaren löpande kunna uppvisa intyg på erfoderliga försäkringar under hela avtalstiden.

7.9 UTRUSTNING

All utrustning som används inom verksamheten ska uppfylla vedertagna standarder och krav på tillförlitlighet, prestanda och kvalitet för att tillförsäkra en ändamålsenlig funktion.

7.10 LOKALER

Vårdgivaren ska ha för verksamheten säkra, ändamålsenliga och verksamhetsanpassade lokaler. Lokalerna ska vara utformade så att vården av patienter kan ske med full respekt för individens integritet och ostördhet samt vara lättillgängliga för personer med olika funktionsnedsättningar.

I de lokaler där huvudsakligen barn vistas ska miljön vara anpassad för barn.

7.11 VERKSAMHETSINFORMATION

Region Jämtland Härjedalen ansvarar för att vårdgivarna via bland annat Region Jämtland Härjedalens webbsidor kan ta del av sådan verksamhetsinformation som behövs för att fullgöra åtagandet. Region Jämtland Härjedalen ska kunna kommunicera med vårdenheten via e-mail.

Vårdgivaren har ansvar för att hålla sig uppdaterad om aktuell verksamhetsinformation som Region Jämtland Härjedalen ger ut på bland annat webbsidor.

7.12 MARKNADSFÖRING

Vårdgivaren ansvarar för att vårdenhetens marknadsföring av verksamheten är saklig och korrekt och följer god marknadsföringsetisk sed. Det ska klart framgå att verksamheten drivs på uppdrag av Region Jämtland Härjedalen.

Region Jämtland Härjedalen har rätt att placera information i vårdgivarens lokaler, riktat till patienter och befolkning.

7.13 SJUKRESOR

Vårdgivaren ska ha kännedom om och följa Region Jämtland Härjedalen regler för sjukresor och vara patienten behjälplig med att ordna sjukresa samt informera om gällande regler.

7.14 TOLKSERVICE

7.14.1 SPRÅKTOLK

Vårdgivaren ska tillhandahålla tolk till patient som inte förstår eller kan uttrycka sig på svenska språket. Vårdgivaren är skyldig att följa språklagen (2009:600) och lagen om nationella minoriteter och minoritetsspråk (2009:724). Folktandvården svarar för kostnaden.

7.14.2 TOLKCENTRALENS TJÄNSTER

Region Jämtland Härjedalen ansvarar för tolkservice i form av teckenspråkstolkar och vuxendövtolkar till döva, dövblinda och hörselskadade personer. Vårdgivaren rekvirerar vid behov tolkservice genom Region Jämtland Härjedalens tolkcentral. Region Jämtland Härjedalen svarar för kostnaden.

7.15 MILJÖKRAV

Vårdgivaren ska vara informerad om och följa gällande lagar och andra författningar samt Region Jämtland Härjedalens riktlinjer och policys, som berör vårdgivaren. Se www.regionjh.se/omoss/miljoarbete .

Vårdgivaren ansvarar för att vårdenheten bedriver sitt interna miljöarbete på sådant sätt att vårdgivaren därigenom medverkar till att målen i Region Jämtland Härjedalens miljöarbete uppnås. Miljöarbetet ska vara en naturlig del i verksamheten och i linje med kvalitetsarbetet.

7.16 MEDDELARFRIHET OCH ALLMÄNHETENS INSYN

Meddelarfrihet för anställda hos Region Jämtland Härjedalen regleras i svensk lag. Anställda hos vårdgivaren inklusive underleverantörer ska omfattas av en liknande meddelarfrihet. Vårdgivaren förbinder sig därför att, med undantag för vad som nedan anges, inte ingripa mot eller efterforska den som lämnat meddelande till författare, utgivare eller motsvarande för offentliggörande i tryckt skrift eller radioprogram eller andra upptagningar. Förbindelsen gäller inte sådana meddelanden som avser företagshemlighet som skyddas av lagen om skydd för företagshemligheter eller omfattas av tystnadsplikt för vårdgivarens anställda utanför det område som uppdraget omfattar och inte heller i vidare mån än vad som omfattas av meddelarfrihet för offentligt anställda enligt kap. 44 Offentlighet och sekretesslagen.

Enligt Kommunallagen 3:21a ska Region Jämtland Härjedalen, genom tecknat avtal med vårdgivaren, tillgodose allmänhetens önskemål och behov av insyn i hur uppdraget utförs. Vårdgivare förbinder sig därmed genom tecknat avtal att, vid anmodan från Region Jämtland Härjedalen eller då allmänheten så påtalar, snarast delge Region Jämtland Härjedalen eller allmänheten de uppgifter som efterfrågas.

7.17 PERSONUPPGIFTSLAGEN

Vårdgivaren är personuppgiftsansvarig för sin behandling av personuppgifter och ska följa Personuppgiftslagen.

7.18 KOLLEKTIVAVTAL ELLER LIKVÄRDIGT

Om vårdgivaren inte tecknat svenskt kollektivavtal ska denne på uppmaning kunna visa på hur förhållande och villkor mellan arbetsgivare och arbetstagare regleras på ett sätt som följer arbetsmarknadslagstiftning och i övrigt följer god sed på arbetsmarknaden. Detsamma ska gälla för eventuella underleverantörer som vårdgivaren anlitat för att fullgöra uppdraget.

7.19 SEKRETESS OCH TYSTNADSPLIKT

Vårdgivaren förbinder sig att iaktta den sekretess och tystnadsplikt som gäller inom hälso- och sjukvård. Vårdgivaren innefattar alla personer som vårdgivaren på något sätt involverar för att fullgöra sina åtaganden mot Region Jämtland Härjedalen och andra personer som på något sätt kan komma i kontakt med uppgifterna.

7.20 SKATTE- OCH AVGIFTSSKYLDIGHET

Region Jämtland Härjedalen har när som helst under avtalstiden rätt att kontrollera hos Skatteverket att vårdgivaren uppfyller sin skatte- och avgiftsskyldighet.

Avtal kan endast vidmakthållas med vårdgivare som fullgör sina lagenliga skyldigheter avseende skatte- och övriga avgifter. Om vårdgivaren anlitar underleverantör, gäller samma skyldigheter för underleverantören.

7.21 REVISION

Region Jämtland Härjedalen revisorer ska i enlighet med Kommunallagen 9 kap. 9 § granska all verksamhet som Region Jämtland Härjedalen bedriver inom sitt verksamhetsområde.

Vårdgivaren förbinder sig att i enlighet med denna lag låta Region Jämtland Härjedalens revisorer, eller de som revisorerna utser, utan hinder av sekretess eller affärsjuridiska krav ta del av sådan handling eller uppgift som är nödvändig för utövande av sin granskning av vårdgivarens fullgörande av ingånget vårdavtal.

Uppgifter i vårdgivarens verksamhet som är att hänföra till sekretesslagstiftning, specifika affärsöverenskommelser eller sådan som regleras av lagar som styr bolag överförs i förekommande fall med motsvarande sekretesskyldighet till Region Jämtland Härjedalens revisorer.

Region Jämtland Härjedalens revisorer har att hantera all information i sådan granskning med förutsättningar som styrs av gällande rätt och vad som på marknaden benämns med god revisionssed.

7.22 ÄNDRINGAR OCH TILLÄGG PÅ REGION JÄMTLAND HÄRJEDALENS BEGÄRAN

Region Jämtland Härjedalen förbehåller sig rätten att ändra villkoren i förfrågningsunderlaget.

Region Jämtland Härjedalen beslutar i juni månad årligen om villkorsförändringar som ska träda i kraft den 1 januari efterföljande år. Region Jämtland Härjedalen ska,

så snart beslut har fattats om ändring av villkoren, göra dem tillgängliga för vårdgivaren i skriftlig form. Vårdgivare som inte godkänner förändringen ska senast inom 30 dagar efter det att beslutet delgivits skriftligen anmäla detta till Region Jämtland Härjedalen. Avtalet upphör då att gälla 12 månader efter det att vårdgivaren anmält att förändringen inte godtagits. Fram till dess att avtalet upphör gäller de ursprungliga villkoren.

7.23 OMFÖRHANDLING

Region Jämtland Härjedalen förbehåller sig rätten till omförhandling, om sådana politiska beslut, myndighetsbeslut eller organisatoriska förändringar sker, som påverkar eller förändrar förutsättningarna av tidigare överenskommelse.

Om förutsättningarna för detta avtal väsentligen ändras, äger endera parten rätt att påkalla omförhandling eller säga upp avtalet. Meddelande om omförhandling ska ske senast fyra (4) veckor i förväg. Vid uppsägning enligt ovan gäller en uppsägningstid om tolv (12) månader. Skadeståndsanspråk kan ej riktas från någondera part, mot den andre parten, i händelse av att avtalet sagts upp med stöd av denna punkt.

7.24 BRISTER I FULLGÖRANDE

Vårdgivaren förbinder sig att, utan dröjsmål, skriftligen meddela Region Jämtland Härjedalen om risk för bristande tillgänglighet eller annan bristande uppfyllelse av avtalat uppdrag. Vårdgivare ska ange vilka åtgärder som avses vidtas för att eliminera uppkommen risk och minimera konsekvenserna av detta.

För uppföljning av verksamhet vad gäller befarade eller konstaterade brister i utförande av uppdraget gäller följande villkor. Vårdgivare är skyldig att på Region Jämtland Härjedalen begäran besvara frågor rörande klagomål, befarade brister eller oklarheter rörande tolkningen av dennes åtagande.

Om Region Jämtland Härjedalen efter kommunikation med vårdgivare bedömer att omständigheterna är sådana att aktiva åtgärder krävs från vårdgivarens sida kan Region Jämtland Härjedalen, beroende på bristernas omfattning och karaktär, vidta någon av följande åtgärder:

- begäran om rättelse
- varning
- vite intill dess att rättelse skett.

Om vårdgivaren inte i tid levererar handling, verksamhetsplan, rapporter eller årsberättelser etcetera, som vårdgivaren ska leverera till Region Jämtland Härjedalen enligt detta avtal, ska Region Jämtland Härjedalen skriftligen påminna vårdgivaren om detta. Om vårdgivaren inte inom sju (7) dagar efter sådan påminnelse vidtar

rättelse och levererar handlingen till Region Jämtland Härjedalen kan Region Jämtland Härjedalen innehålla kommande månadsutbetalningar.

7.25 AVTALETS FÖRTIDA UPPHÖRANDE

Godkännande kan återkallas om vårdgivaren visar sig i väsentliga delar inte uppfylla de kvalificeringskrav som uppställts i detta förfrågningsunderlag för godkännande. Om avtalet hävs återkallas godkännandet automatiskt.

Återkallelse av godkännande på Region Jämtland Härjedalen initiativ kan ske om:

- Vårdgivaren bryter mot de krav som anges i gällande avtal och förfrågningsunderlag och inte vidtar rättelse inom 30 dagar efter skriftligt påpekande från Region Jämtland Härjedalen.
- Vårdgivaren agerar på sådant sätt att det allvarligt rubbar förtroendet för vårdgivaren och därigenom Region Jämtland Härjedalen, och inte rättelse sker inom 30 dagar efter skriftligt påpekande från Region Jämtland Härjedalen.
- Vårdgivaren är underkastad näringsförbud, försätts i konkurs, träder i likvidation, ställer in betalningar eller på annat sätt kan antas komma på obestånd.
- Vårdgivaren inte utnyttjar sitt godkännande under sex (6) månader, räknat från beslutsdatum.

Om avtalet sägs upp på grund av avtalsbrott är den part som brutit mot avtalet skyldig att till den uppsägande parten utge skadestånd i enlighet med allmänna avtalsrättsliga principer.

Regionstyrelsen fattar beslut om att återkalla godkännande. Uppsägning ska alltid ske skriftligen och utan oskäligt uppehåll efter det att den omständighet som åberopas som uppsägningsgrund blivit känd för den uppsägande parten.

7.26 ÅTERKALLANDE AV GODKÄNNANDE PÅ VÅRDGIVARENS BEGÄRAN

Vårdgivaren är bunden av avtalet. Om vårdgivaren önskar avsluta sin verksamhet ska vårdgivaren skriftligt begära att godkännandet återkallas. Begäran ska lämnas till Region Jämtland Härjedalen senast tolv (12) månader innan verksamheten upphör.

7.27 SAMVERKAN MED REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN VID AVTALETS UPPHÖRANDE

Avtalets upphörande ska inte befria någondera parten från vid tillfället kvarstående och icke uppfyllda åtaganden eller förpliktelser gentemot den andra parten. I händelse av att verksamheten enligt detta avtal upphör är vårdgivaren skyldig att medverka till att verksamheten kan övergå till efterträdande utförare med minsta möjliga olägenhet för listade medborgare.

Vid eventuell övergång på efterträdande utförare är vårdgivaren skyldig att överlämna samtliga relevanta handlingar, såsom journalhandlingar och dylikt, som berör verksamheten, utan dröjsmål till Region Jämtland Härjedalen eller till efterträdaren, om denna godkänts i valfrihetssystemet för barn och ungdom. Vårdgivaren ska svara för att dokumentation upprättas vid överföring av patientjournal så att journal kan följas. Samråd ska ske med Region Jämtland Härjedalen

Vårdgivaren ska i samband med avtalets upphörande tillskriva samtliga patienter med begäran om medgivande att lämna journaluppgifter till Region Jämtland Härjedalen.

Region Jämtland Härjedalen och vårdgivaren ska vid avtalets upphörande samråda kring information till patienter och allmänhet för att övergången till annan vårdgivare ska kunna ske utan avbrott eller brister i verksamheten. Vårdgivaren är skyldig att samverka med andra vårdgivare som kommer att ta över vårdgivarens patientansvar.

7.28 BEFRIELSEGRUNDER (FORCE MAJEURE)

Part är befriad från påföljd för underlåtenhet att fullgöra viss förpliktelse enligt avtalet, om underlåtenheten har sin grund i krig, strejk, lockout, brand, översvämning, knapphet på transporter eller energi, myndighets åtgärd, nytillkommen eller ändrad lagstiftning eller annan omständighet som ligger utanför ifrågavarande parts kontroll och omständigheten förhindrar eller försenar fullgörandet av förpliktelsen (”Befrielsegrund”).

Part som påkallar befrielsegrund enligt stycket ovan ska utan dröjsmål skriftligen meddela den andra parten därom. Part ska vidta skäliga ansträngningar för att mildra omfattningen och effekten av befrielsegrund. Part ska återuppta fullgörandet av de förpliktelser som förhindrats eller försenats så snart det praktiskt kan ske.

För det fall befrielsegrunden varar mer än två månader, har den andra parten rätt att skriftligen säga upp avtalet till omedelbart upphörande. Vid sådan uppsägning har ingen av parterna rätt till ersättning av den andra parten.

7.29 OGILTIG BESTÄMMELSE I AVTALET

Skulle någon bestämmelse i detta avtal eller del därav befinnas ogiltig, ska detta inte innebära att detta avtal i dess helhet är ogiltigt utan ska, i den mån ogiltigheten väsentligen påverkar parts utbyte av eller prestation enligt detta avtal, leda till att skälig jämkning i detta avtal sker.

Parts underlåtenhet att vid ett eller flera tillfällen göra gällande rättighet enligt detta avtal eller påtala visst förhållande hänförligt till avtalet innebär inte att part avstått från rätten att vid senare tillfälle göra gällande eller påtala rättighet eller förhållande av ifrågavarande slag, såvida inte uttryckligt avstående skett i av part undertecknad skriftlig handling.

7.30 TVIST

Avtalet ska tolkas och tillämpas i enlighet med svensk rätt. Eventuell tvist angående tolkning eller tillämpning av detta avtal och som ej kan lösas av parterna gemensamt ska avgöras av allmän domstol. Östersunds tingsrätt är första instans.

7.31 UNDERLEVERANTÖR

Vårdgivaren får efter godkännande av Region Jämtland Härjedalen anlita underleverantörer för att komplettera sin kompetens eller för att förstärka sin kapacitet för genomförande av uppdraget. Vårdgivaren ska tillse att varje eventuell underleverantör uppfyller alla krav enligt detta avtal och ansvarar gentemot Region Jämtland Härjedalen för underleverantörernas arbete såsom om det vore vårdgivarens eget.

För det fall vårdgivaren vill anlita underleverantör ska anmälan om detta göras till Region Jämtland Härjedalen skriftligen. Region Jämtland Härjedalen har rätt att kontrollera att underleverantören uppfyller de krav som ställs på leverantör eller på tjänsten enligt förfrågningsunderlaget. För det fall underleverantören inte uppfyller samtliga krav i avtalet får vårdgivaren inte anlita underleverantören.

7.32 ANSVAR

Vårdgivaren har fullt ansvar för uppdraget och för all skada och alla förluster som kan komma att orsakas vid utförande av uppdraget. Vårdgivaren har det fulla ansvaret för sin verksamhet, såväl odontologiskt och tekniskt som ekonomiskt

Vårdgivaren ska hålla Region Jämtland Härjedalen skadeslöst om krav väcks mot Region Jämtland Härjedalen som en följd av vårdgivarens handlande eller underlåtenhet att handla. Ansvaret gäller under detta avtals giltighetstid och därefter under en period av tre (3) år, utom i fall av uppsåt eller grov vårdslöshet, då ansvaret gäller till dess att allmän preskription inträder.

Region Jämtland Härjedalen ska snarast underrätta vårdgivaren om krav framställs mot vårdgivaren som omfattas av föregående stycke. Region Jämtland Härjedalen ska inte utan vårdgivarens samtycke göra medgivanden, eller träffa uppgörelser, avseende sådant krav om det kan påverka vårdgivarens ersättningsskyldighet.

7.33 FAKTURERINGSVILLKOR

Utbetalning av ersättning för listade sker månadsvis, se avsnitt Ersättning.

Fakturering till Region Jämtland Härjedalen får inte överlåtas på tredje part utan skriftligt godkännande av Region Jämtland Härjedalen.

Region Jämtland Härjedalen betalar inte expeditions-, faktura-, miljö- eller andra ej avtalade avgifter från vårdgivaren eller tredje part.

Vid ofullständigt eller felaktigt lämnade uppgifter äger Region Jämtland Härjedalen rätt att innehålla ersättning i avvaktan på att fullständiga eller riktiga uppgifter lämnas.

Faktura ska vara märkt med beställarreferens som erhålls av Region Jämtland Härjedalen. Även eventuella påminnelser och krav sänds till samma adress:
Region Jämtland Härjedalen,
Box 910,
831 29 ÖSTERSUND

Om anledning till anmärkning mot faktura inte föreligger, erläggs betalning inom 30 dagar räknat från fakturadatum. Om Region Jämtland Härjedalen eller vårdgivare inte betalar faktura inom utsatt tid kan dröjsmålsränta åberopas i enlighet med Räntelagen (2175:635).

8 FÖRESKRIFTER FÖR ANSÖKAN

Vårdval barn- och ungdomstandvård Jämtlands län avser ett kontraktsbundet vårduppdrag enligt lagen om valfrihetssystem (LOV) med ett samlat åtagande för barn och ungdomars behov av allmäntandvård i länet. Leverantörens uppdrag och åtagande framgår av detta förfrågningsunderlag
” Vårdval barn- och ungdomstandvård Jämtlands län”. Ansökan ska minst avse att starta en vårdenhet. Vid start av flera vårdenheter ska vårdgivaren ingå ett avtal för varje godkänd vårdenhet.

8.1 TIDPUNKT FÖR DRIFTSTART

Leverantören ska i sin ansökan ange tidpunkt för planerad driftstart. Driftsstart ska ske senast sex (6) månader efter erhållet godkännande från Region Jämtland Härjedalen.

8.2 UPPHANDLANDE MYNDIGHET

Region Jämtland Härjedalen
Organisations nummer 23 22 00-0224
För information om Region Jämtland Härjedalen, se hemsida: www.regionjh.se

8.3 ANSVARIG HANDLÄGGARE FÖR ANSÖKAN

Frågor skickas skriftligen via e-post till ansvarig handläggare:

Kontaktperson	Ricard Dahl
E-post	ricard.dahl@regionjh.se
Internetadress	www.regionjh.se/barnoch ungdomstandvard
CPV-kod	85000000-9
Är det möjligt att lämna på delar av ansökan?	Nej

8.4 ANSÖKNINGSFÖRFARANDE

Varje ansökan ska specificeras utifrån tänkt etablering och ska utgöras av ett besvarat och undertecknad dokument ”Ansökan om godkännande” med nödvändiga kompletteringar och efterfrågade bilagor till ansökan. Region Jämtland Härjedalens egen verksamhet kommer att genomgå samma granskningsförfarande som andra leverantörer.

8.5 ANSÖKANS FORM OCH INNEHÅLL

Handlingar för deltagande i Vårdval barn- och ungdomstandvård Jämtlands län finns att hämta på;

- Region Jämtland Härjedalens hemsida: www.regionjh.se/barntandvard
- Kammarkollegiets hemsida: www.valfrihetswebben.se

”Ansökan om godkännande” samt efterfrågade handlingar, dokument och bilagor:

- ska vara skriftliga
- ska vara undertecknat av för leverantören behörig företrädare
- ska besvaras punkt för punkt i dokumentet för ”Ansökan om godkännande”.

Ansökan kan komma att inte godkännas om svaren är ofullständiga eller saknas.

8.6 RÄTTELSE AV FEL, FÖRTYDLIGANDE OCH KOMPLETTERING AV ANSÖKAN

Region Jämtland Härjedalen kan medge att den som inkommer med ansökan får rätta en uppenbar felskrivning eller något annat uppenbart fel i ansökan. Leverantören kan även komma att anmodas att förtydliga eller komplettera sin ansökan.

Om förfrågningsunderlaget upplevs som otydligt eller leverantören har några frågor är det viktigt att kontaktpersonen kontaktas på ett tidigt stadium så att missförstånd kan undvikas. Eventuella förtydliganden publiceras på Region Jämtland Härjedalen hemsida, www.regionjh.se/barntandvard samt på www.valfrihetswebben.se . Leverantör ska själv kontrollera om några förtydliganden och kompletteringar distribuerats. Leverantör kan endast åberopa de kompletterande upplysningar som erhållits skriftligen från ansvarig kontaktperson eller hämtats från Region Jämtland Härjedalens hemsida.

8.7 AVLÄMNANDE AV ANSÖKAN

Ansökan samt efterfrågade handlingar ska inges i två exemplar i pappersform, varav ett (1) original, till nedanstående adress:

Region Jämtland Härjedalen
Beställarenheten
Box 654
831 27 ÖSTERSUND

Ansökan skickas/lämnas i förseglat omslag märkt: ”Ansökan Vårdval barn- och ungdomstandvård Jämtlands län” med aktuellt diarienummer.

8.8 ANSÖKNINGSTIDENS UTGÅNG

Mottagande av ansökningar sker löpande.

8.9 KRAV FÖR GODKÄNNANDE

Den upphandlande myndigheten får utesluta en sökande som:

- är i konkurs eller likvidation, är under tvångsförvaltning, tillsvidare har inställt sina betalningar, är underkastad näringsförbud
- är föremål för ansökan om konkurs, tvångslikvidation, tvångsförvaltning eller annat liknande förfarande
- är dömd för brott avseende yrkesutövning enligt lagakraftvunnen dom
- har gjort sig skyldig till allvarligt fel i yrkesutövningen och den upphandlade myndigheten kan visa detta
- inte har fullgjort sina åligganden avseende socialavgifter eller skatter i Sverige eller i det egna landet
- lämnat ofullständiga eller felaktiga uppgifter i ansökan.

8.10 REGISTRERINGSSKYLDIGHETER, BETALNING AV SKATTER OCH AVGIFTER

Leverantören ska vara:

- registrerad i aktie-, bolags-, handels-, eller föreningsregistret som förs i det land där leverantörens verksamhet är etablerad
- registrerad för redovisning och inbetalning av mervärdesskatt om skatteskyldighet enligt Mervärdeskattelag (2194:200) föreligger för verksamheten, innehållen preliminär A-skatt och arbetsgivaravgifter.
- fri från skulder för skatter och sociala avgifter.

Leverantören ska inneha F-skattsedel. Region Jämtland Härjedalen samarbetar med Skatteverket som bistår med följande uppgifter avseende leverantör och eventuella underleverantörer:

- registrerad för moms och som arbetsgivare
- erlagd arbetsgivaravgift de senaste tre redovisningsmånaderna
- registrering för F-skatt, FA-skatt eller A-skatt
- om skulder för svenska skatter och avgifter hos Skatteverket
- om skulder hos Kronofogdemyndigheten och eventuell uppgift om betalningsuppgörelse

Avser leverantören att utnyttja underleverantörer för att genomföra vissa delar kommer Skatteverket att göra motsvarande kontroll enligt ovan för underleverantörer. Beställaren ska meddelas om underleverantör, även om det blir aktuellt senare under avtalsperioden.

Ovanstående förfarande är endast tillämpbart i Sverige. Utländsk leverantör skall insända dokumentation som intyg på att denna fullgjort i hemlandet föreskrivna registreringar och betalningar av skatter och avgifter. Dessa intyg eller motsvarande skall inte vara äldre än tre (3) månader räknat från sista anbudsdag.

8.11 FINANSIELL OCH EKONOMISK STÄLLNING

Leverantören ska ha en sådan stabil ekonomisk bas att ett långsiktigt åtagande gentemot de medborgare som valt vårdenheten kan upprätthållas.

Region Jämtland Härjedalen kommer att bedöma det sökande företagets förmåga att fullfölja ett kontrakt av denna storleksordning under hela kontraktsperioden genom att vidta löpande kontroller.

Utländsk leverantör ska insända motsvarande dokumentation som intyg på att denne fullgjort i hemlandet föreskrivna registreringar och betalningar.

8.12 FÖRETAG UNDER BILDANDE

Ansökan kan lämnas av företag under bildande. Av ansökan ska framgå dels nuläge, förutsättningar, finansierings- och tidplan för att företaget ska kunna etableras, dels vilka bankgarantier eller motsvarande som kan ställas som säkerhet.

Bankgaranti/annan ekonomisk säkerhet/stöd ska ha erhållits och kunna redovisas vid verifieringen av vårdenheten.

Avser ansökande företag att utnyttja underleverantör för att genomföra delar av sitt åtagande kommer Region Jämtland Härjedalen att göra motsvarande kontroll enligt ovan för underleverantör. Underleverantörer ska redovisas i dokumentet ”Ansökan för godkännande”.

För företag under bildande gäller att företaget ska vara bildat vid kontraktstecknandet. Företaget ska vid detta tillfälle uppfylla samtliga i detta förfrågningsunderlag uppställda krav.

Företrädare för företag under bildande ska även ha nödvändiga fullmakter och tillstånd för att kunna föra företagets talan fullt ut och underteckna ett eventuellt kontrakt.

8.13 ANMÄLAN TILL SOCIALSTYRELSEN

Kopia av anmälan till socialstyrelsen enligt 2 kap. 1-3 § Patientsäkerhetslagen (2010:659) bifogas ansökan.

8.14 PRÖVNING AV ANSÖKAN

Varje inkommen ansökan kommer att avslutas med ett beslut om godkännande alternativt ett icke godkännande om sökanden ej uppfyller ställda krav. Beslut kommer att sändas sökanden i skriftlig form.

Vårdval barn- och ungdomstandvård Jämtlands län innebär att allmäntandvård för barn genomförs av godkända vårdgivare, såväl offentliga som privata, utifrån ersättning som Region Jämtland Härjedalen beslutar.

Kvalificeringsfasen innefattar bland annat kontroll av:

- att ansökande leverantör utformat sin ansökan i enlighet med förfrågningsunderlaget samt bifogat efterfrågade handlingar
- leverantörens ekonomiska stabilitet samt dennes förväntade möjlighet att genomföra uppdraget
- kompetens på verksamhetsansvarig och övrig personal
- prövning av övriga obligatoriska krav.

8.15 ANSÖKANS GILTIGHETSTID

Leverantör är bunden av sin ansökan till dess att ansökan avslutats genom att avtal undertecknats, dock längst i sex (6) månader efter att beslut om godkännande meddelats.

8.16 GODKÄNNANDE OCH AVTALSTECKNANDE

Region Jämtland Härjedalen beslutar om ett godkännande eller ett avslag av ansökan. Underrättelse om leverantör godkänns eller ej lämnas senast inom 60 dagar efter att ansökan inkommit. Efter det att underrättelse om beslut lämnats, tecknas ett avtal med godkänd vårdgivare.

Avtalet är bindande först när det undertecknats av Region Jämtland Härjedalen, som i och med undertecknandet godkänt inkommen ansökan.

8.17 GODKÄNNANDETS GILTIGHET

Om en leverantör inte utnyttjat sitt godkännande inom sex (6) månader, räknat från beslutsdatum för godkännande, förfaller detta.

8.18 RÄTTELSE

Endast den som ansökt om godkännande och deltagande i valfrihetssystemet och inte blivit godkänd får ansöka om rättelse. En sådan ansökan ska vara skriftlig och ha inkommit inom tre (3) veckor från det att sökande leverantör mottagit beslut. Ansökan om rättelse ska skickas till Förvaltningsrätten i Härnösand.

9 AVTALSMALL

9.1 AVTALSPARTER

Mellan Region Jämtland Härjedalen och nedan angiven har slutits följande avtal.

Region Jämtland Härjedalen	Vårdgivare
Region Jämtland Härjedalen Vårdval barn- och ungdomstandvård Box 654 831 27 Östersund	
Org nr 232200-0224	Org nr
Hemsida www.regionjh.se/barntandvard	Hemsida

9.2 KONTAKTPERSONER

Parterna ska utse kontaktpersoner. När part byter kontaktperson eller kontaktuppgifter, ska detta skriftligen meddelas den andra parten. Meddelanden med anledning av avtalet ska skickas till respektive parts kontaktperson med post, e-post eller telefax.

9.3 ÅTAGANDE OCH OMFATTNING

Vårdgivaren åtar sig att för Region Jämtland Härjedalen leverera allmän barn- och ungdomstandvård i enlighet med förfrågningsunderlaget samt de eventuella årligen kommande justeringar jämte de villkor som framgår av godkänd *ansökan X daterat åååå-mm-dd* inklusive styrdokument.

9.4 HANDLINGARS INBÖRDES ORDNING

Avtalshandlingarna kompletterar varandra. Om avtalshandlingarna skulle visa sig vara motsägelsefulla i något avseende gäller de, om inte omständigheterna uppenbarligen föranleder till annat, sinsemellan i följande ordning:

- detta avtal med bilagor samt skriftliga ändringar och tillägg till detta avtal
- förfrågningsunderlag
- ansökan med bilagor

Uppgifter i ansökan som inte efterfrågas i förfrågningsunderlaget gäller inte som avtalsinnehåll, såvida det inte finns en skriftlig överenskommelse om att de ska gälla.

9.5 VERKSAMHETENS GEOGRAFISKA PLACERING

Vårdgivaren är skyldig att bedriva den vårdgivande verksamheten inom det geografiska upptagningsområdet som för närvarande är Jämtlands län.

Förändringar utifrån meddelad geografisk placering måste ovillkorligen skriftligen meddelas Region Jämtland Härjedalen utan dröjsmål som kommer att bedöma om förändringen får anses utgöra en väsentlig ändring av avtalet.

Verksamheten utföres med adress:
Vårdgivaren AB,
Kliniken
Sveagatan 12
123 45 SVEASTAD

Filialmottagningsadress:
Vårdgivarens filial AB
Kliniken
Sveagatan 12
123 45 SVEASTAD

9.6 AVTALSTID

Avtalet gäller från och med XXX och tills vidare med tolv (12) månaders uppsägningstid för vardera parten.

9.7 ÖVERLÅTELSE AV AVTAL

Avtalet får inte överlåtas.

9.8 UNDERSKRIFTER

Detta avtal har upprättats i två exemplar varav parterna erhållit varsitt.

Region Jämtland Härjedalen	Vårdgivaren
Ort och datum	Ort och datum

Namn	Namn
Namnförtydligande	Namnförtydligande

52

Översyn av kulturpolicy för Jämtlands län

RS/990/2017

2017-05-06

Samordningskansliet
Sandra Hedman
Tfn: 063-147509
E-post: sandra.hedman@regionjh.se

RS/990/2017

Översyn av kulturpolicy för Jämtlands län

Ärendebeskrivning

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

Regionfullmäktiges presidium har ansvar för att se till att beslutade policys hålls aktuella. I en översyn som presidiet har gjort över regionens policyer konstaterades att ett antal policyer borde kunna tas bort. En av de policyerna är kulturpolicy för Jämtlands län som fastställdes av landstingsfullmäktige den 23 juni 2010, § 124.

I Kulturpolicyn återfinns riktlinjer för hur länets kommuner och landsting (numera Region Jämtland Härjedalen) vill utveckla länet inom kulturområdet. Dessa frågor hanteras numera i den länsgemensamma kulturplanen som gäller för åren 2015-2018, som fastställdes i dåvarande Regionförbundet den 6 oktober 2014. Planen är en regional handlingsplan för utveckling av och genom kultur som tar sin utgångspunkt i kulturens egenvärde och beskriver länets kulturpolitiska ambitioner under perioden. Utifrån det är den Kulturpolicy som fastställdes 2010 inaktuell och kan tas bort.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Kulturpolicy för Jämtlands län tas bort

Utdrag till

Chef för område kultur

KULTURPOLICY FÖR JÄMTLANDS LÄN

Innehållsförteckning

1		**Bakgrund och motiv**	**s.2**
	1.1	Varför en kulturpolicy	s.2
	1.2	Vision och mål för kulturpolicyn	s.3
	1.3	Länets kulturella resurser	s.3
	1.4	Våra kulturvanor	s.4
	1.5	Nuvarande situation och framtid	s.4
2		**Inriktningsmål**	**s.6**
	2.1	Livskvalitet	s.6
	2.2	Förnyelse	s.7
3		**Ansvar**	**s.7**
	3.1	Det lokala ansvaret	s.8
	3.2	Det regionala ansvaret	s.8
	3.3	Det gemensamma ansvaret	s.8
	3.4	Det nationella ansvaret samt EU	s.9
4		**Strategi**	**s.9**
	4.1	Samverkan	s.9
	4.2	Kompetensutveckling	s.10
	4.3	Kultur och näringsliv	s.11
5		**Uppföljning**	s.11

1 Bakgrund och motiv

1.1 Varför en kulturpolicy?

Ett mångkulturellt och vidsynt samhälle är en tillgång och skapar en bas för individuellt välbefinnande. Individer och företag söker sig till platser som kan erbjuda en god livsmiljö och erbjuda individen att förverkliga sina drömmar. Forskning visar att städer och regioner behöver specifika förutsättningar för att locka till sig kreativa människor och företag. Den kulturella miljön kan vara avgörande för att skapa ett gott samhälle byggt på tolerans och delaktighet, vilket i sig är bästa grunden för hållbar utveckling och ekonomisk framgång. Kulturlivet kan ytterst vara en fråga om överlevnad för orter, städer och regioner.

Konsten och kulturarvet i alla dess uttrycksformer är kulturpolitikens kärna. Vi har en tilltro till kulturens förmåga att utveckla både oss själva och samhället. Bilder, berättelser, musik och dans har följt mänskligheten från dess äldsta tid. Vi lyssnar, ser, känner och reagerar på alla de impulser vi får från texter, sånger, filmer, bilder, teater, dans och så vidare. I oss alla finns lusten att möta det andra skapat och att själva skapa samt uttrycka och gestalta känslor och tankar. Mediernas kultur kan aldrig ersätta det egna skapandet eller de arrangemang som sker lokalt och regionalt.

Kulturlivet ska vara inkluderande, vilket har betydelse för vår socialisering och därmed för demokratin och samhällsklimatet. I de konstnärliga strävandena finns driften att söka det som inte alltid enkelt kan uttryckas eller gestaltas. I mötet mellan publiken och iscensättningarna definieras begreppet kvalitet. Genom konsten kan vi få syn på oss själva och det samhälle vi lever i. Genom konsten kan vi utmana, forma och arbeta för förändringar.

En kulturpolicy kan ses som en ”kompetenspolicy”. Att fler människor blir kulturaktiva och ökar sin kulturella kompetens är ett instrument för att nå ökad livskvalitet och folkhälsa, förnyelse, hållbar tillväxt och konkurrenskraft. En bredare kulturdefinition öppnar för ny och oprövad samverkan och bidrar till samhällsutvecklingen. Att själv kunna skapa och att ha möjlighet att välja sin kultur är två viktiga mål i kulturpolicyn. Att stärka besöksnäringen och bidra till att människor flyttar till länet ett annat. Främst kanske vi behöver kulturen till att trivas där vi bor och verkar. För att känna att vår region är en expansiv och spännande del av världen.

Det är många faktorer som avgör hur Jämtlands län utvecklas. Ett rikt kulturliv kan på ett avgörande sätt bidra till att stärka länets attraktionskraft som har betydelse såväl i rekryteringssammanhang, som för bilden och känslan av länet som ett gott val för boende. En länsövergripande kulturpolicy skapar gynnsamma förutsättningar i arbete mot gemensamt mål om en livskraftig region där alla har tillgång till kulturella upplevelser och möjlighet att själva skapa och uttrycka sig.

1.2 Vision och mål för kulturpolicyn

Kulturpolicyn är ett övergripande dokument som anger i vilken riktning länets samverkansorgan Kultur Z, länets 8 kommuner och landsting vill utveckla länet inom kulturområdet. Policyn samspelar med den regionala utvecklingsstrategin, RUS, Landstingsplanen, den nationella kulturpolitiken samt de kulturpolitiska satsningarna inom det som kallas EU 2020 och har följande vision och övergripande mål:

Jämtlands län är en livskraftig region, där kulturen är en drivkraft för utveckling och hållbar tillväxt och där alla har tillgång till kulturella upplevelser och möjlighet att själva skapa och uttrycka sig.

- Skapa en förankrad kulturpolitik med bredd och spets som utgår från ökad samverkan på kulturområdet och mellan olika politikområden.
- Utveckla ett hållbart kreativt kulturklimat med innovationskraft och öppenhet genom interkulturell dialog och social inkludering.
- Bidra till en positiv livsmiljö som är hälsofrämjande och attraherar människor att bo kvar och flytta in.
- Bidra till att fler människor blir kulturaktiva och ökar sin egen och regionens kulturella kompetens - *det livslånga lärandet.*
- Stärka det regionala varumärket och bidra till hållbar tillväxt och ökad konkurrenskraft.

1.3 Länets kulturella resurser

Det är viktigare att lyfta fram länets kulturella resurser än att formulera ett kulturbegrepp. Resurserna är råmaterial till kulturell handling och kulturell utveckling. Hit hör till exempel:

- Konsterna och medierna
- Underhållning och nöjen
- Kulturarvet (seder och bruk, lämningar från det förflutna, berättelser)
- Natur och kulturlandskapet
- Arkitektur och bebyggelse
- Lokala kulturprodukter, konst, musik, slöjd, film, design, mat mm
- Ungdomskulturer
- Etniska minoriteters kultur
- Den samiska kulturen
- Föreningslivet
- Besöksmål och mötesplatser
- Bilden av länet som det framträder i berättelser, historia, musik, turistguider och medier
- De kommunikationer och rörelsemönster som krävs för deltagande i kulturella aktiviteter

Kulturutveckling kan ske genom ökad samverkan mellan arrangerande föreningar, amatörverksamhetens nätverk, kulturarvets väv av hembygdsföreningar, arkiv och samlingar, de professionella institutionerna och de fria konstnärerna. Kulturen är en del av det sociala livet, med de konstnärliga uttrycksformerna och mötesplatserna som centrum.

1.4 Våra kulturvanor

Den gemensamma kulturen finner vi i massmedierna och kulturindustrin. Under senare år har den mediebaserade, kommersiella kulturmarknaden expanderat inte minst genom ökat Internetanvändande. I Europa omsatte den kreativa sektorn mellan 1999 och 2003 mer än bilindustrin och tillväxten var 10-15 % högre än för Europas ekonomi i övrigt.

Nationella studier visar att ungefär en femtedel av befolkningen är mycket aktiv i kulturlivet och utgör kärnan i kulturpubliken med en bred repertoar av olika intressen. I denna grupp finns en överrepresentation av kvinnor med hög utbildning. I andra änden finns en grupp som omfattar ungefär tio procent av befolkningen. Den gruppen deltar sällan eller aldrig i något av det som erbjuds. I denna grupp dominerar de mycket gamla samt äldre och lågutbildade män. Att nå denna målgrupp är en spännande utmaning för länets kulturinstitutioner och föreningsliv inte minst ur ett folkhälsoperspektiv.

Hur ser barnens och de ungas kulturvanor ut? Medierna dominerar ungdomskulturen, där Internet är ett viktigt redskap för att kommunicera men också för nerladdning av kulturprodukter och för eget skapande. Barn och unga är flitiga utövare av kultur. Bostadsort, tillgång till mötesplatser och föräldrars utbildning och inkomst påverkar barns tillgång till kultur. Länets föreningsliv, kulturinstitutioner, bibliotek och kommunala kulturskolor har en viktig uppgift att fylla för barn och ungdomars engagemang, lärande och växande. Skapande skola ger möjlighet för fler unga att kunna delta och vara kulturaktiva.

Genom länets särskilda geografi och befolkningsstruktur, blir det viktigt att prioritera tillgång till kulturupplevelser och aktiviteter i hela länet. Jämtlands län har flest samlingslokaler per invånare i landet som fungerar som mötesplatser och lokala kulturhus. Genom ökad samverkan mellan kulturaktörer och länets kommuner kan vi åstadkomma regional dynamik på kulturområdet.

1.5 Nuvarande situation och framtid

Länets utveckling – Kultur för en attraktiv region?

Kultur och kulturella uttryck är grundläggande mänskliga behov och kulturen har ett egenvärde. Till det ska läggas att kulturpolitiken ska främja allas möjlighet att delta i kulturlivet. Kulturen bidrar till att utveckla befolkningens kompetens, livskvalitet och välbefinnande, och anses därmed vara hälsofrämjande. Vi vet också att ett rikt kultur- och fritidsutbud stärker en regions attraktionskraft, bidrar till inflyttning och etablering av företag. Nya mötesplatser och arenor för kulturaktiviteter blir viktiga för att stimulera växtkraft i länets framtida näringsliv.

En växtkraft som ligger i människors förmåga att utveckla kunskap och tjänster, genom att bryta gränser och samverka.

Den historiska kunskapen är betydelsefull för samhällets utveckling. I Jämtlands län finns starka regionala traditioner inom en rad områden, där länet har en särskild profil kopplad till kulturarvet. I kulturlandskapet finns historiskt värdefull bebyggelse på flera platser och en rik kunskapstradition som förvaltas och utvecklas genom exempelvis en stark hembygdsrörelse. Den samiska kulturen med det sydsamiska språket, är i hög grad levande och bidrar till våra samlade kulturella tillgångar och länets kulturtradition. Jamtli tillsammans med förenings- och landsarkiv utgör en stark regional aktör samt europeisk förebild för kunskapsproduktion och kulturarvspedagogik. Att hålla det immateriella kulturarvet, till exempel traditioner och berättande, levande är väsentligt.

Ett rikt förenings- och organisationsliv är andra kulturella tillgångar där en aktiv amatörverksamhet finns på flera områden och skapar lokalt engagemang i hela länet, exempelvis i bygdespel. Länet har starka musiktraditioner där musikföreningar, dans- och ungdomsgrupper, körer och lokala band, visar att intresset är stort. Bildkonstområdet har många aktiva utövare och konstarenor som är betydelsefulla för innovation och utveckling av konst och kulturlivet. Ungdomar uttrycker sig gärna över konstgränserna genom film, musik, teater, akrobatik, konst, litteratur, design och slöjd. Kulturskolorna är betydelsefulla för ungdomars eget skapande och för det lokala kulturlivet. Även biblioteken som folkbildande mötesplatser är viktiga kulturnav för lokalsamhället och där har länsbiblioteket en aktiv samordnande roll.

Den pågående förändringen i samhället är synbar bland annat genom tillkomsten av nya kunskapsföretag och näringar inom kultursektorn. Den kommersiella marknadens uttryck blir alltmer sammanflätad med det egna skapandet och den egna livsstilen och ger nya förutsättningar för den regionala kulturpolitiken. En viktig uppgift ligger i att se detta kulturlandskap som en del av den samlade kulturutvecklingen, där det finns goda förutsättningar för ökat entreprenörskap, företagande och en god livsmiljö.

En kartläggning av behov och utvecklingsmöjligheter för kultur i länet har genomförts under rubriken ”Kulturcampus- en arena för regional utveckling och attraktionskraft”. Den föreslagna länsövergripande modellen syftar till utveckling av kulturlivet genom ökad samverkan och omvärldsbevakning. Utbildning och forskning i mötet mellan kreatörer, akademi, näringsliv och offentlig sektor är en väsentlig del av kultursektorns möjligheter till utveckling.

Det mångkulturella samhället

Social inkludering innefattar allas rätt till att kunna få del av och vara delaktig i länets kulturliv. Ett mångkulturellt samhälle ska eftersträvas och ses som en tillgång för länet. Arbetet blir framgångsrikt om vi kan utveckla och finna former för samarbete mellan den offentliga sektorn – kommunerna och regionen – de privata företagen och föreningslivet. Kunskaper om tradition, arv och historia måste balanseras av kulturinsatser som stimulerar eget skapande, omvärldsorientering och förnyelse. Den regionala profilen kan utvecklas genom ökad mångfald och vidgade perspektiv.

Länet har av tradition varit öppet för impulser utifrån. En stark anknytning till Norge, främst Tröndelag, har bidragit. Mittnordenkommittén har banat väg för ett långvarigt samarbete på kulturområdet, där en gemensam kulturplan lyfter fram kulturen som verktyg och drivkraft för samhällsutveckling i Mittnorden. Länets kulturinstitutioner har även på senare tid varit framgångsrika att, genom internationell samverkan och interkulturell dialog, finna nya utvecklingsmöjligheter, bland annat genom Interregprogrammet, EARLALL, AER och Observatory Pascal.

Med en ny regionindelning är det särskilt viktigt att se över kulturområdet avseende geografiskt jämlik fördelning, kulturell mångfald och vidgad delaktighet i kulturlivet.

2 Inriktningsmål

Genom ett rikt kulturliv och kvalificerade kulturella mötesplatser ska kulturpolitiken främja allas möjlighet till kulturupplevelser och eget skapande där kreativitet och mångfald ska prägla samhällets utveckling. Som påbyggnad på de nationella målen finns därför två inriktningsmål:

- **Livskvalitet**
- **Förnyelse**

2.1 Livskvalitet

Genom att se medborgarnas livskvalitet som ett mål för kulturpolitiken betonas samspelet mellan kulturen och livet som helhet. Livskvalitet som kulturpolitiskt mål handlar om delaktighet, både tillgången till konstnärliga och andra kulturella uttryck och upplevelser, samt möjligheten att själv kunna skapa och uttrycka sig genom bild, ton, ord, dans, drama med flera kulturformer.

Här ingår också allas möjlighet att med självförtroende kunna påverka och delta i demokratiutvecklingen utifrån individuella förutsättningar. Detta kan uttryckas i några kärnsatser:

- Alla ska ha möjlighet att uppleva en mångfald av konstnärliga och kulturella yttringar.
- Alla ska ha möjlighet att själva skapa och uttrycka sig konstnärligt.
- Alla ska ha möjlighet att välja sin kultur.
- Kulturen ska utgöra en aktiv del i länets demokratiutveckling.
- Kulturen ska bidra till att människor flyttar till länet och att medborgarna upplever sig ha en god livskvalitet och en positiv livsmiljö.

2.2 Förnyelse

Kulturen ses idag som en självklar kraft för regional attraktionskraft, utveckling och hållbar tillväxt. Nya kulturverksamheter, mötesplatser och investeringar bidrar till förnyelse av kulturlivet med människan i centrum. Behov av kompetensutveckling står högt på dagordningen. För att svara upp mot behoven behöver vi tillgång till breda kulturutbildningar, från den förberedande musikklassen i grundskolan till eftergymnasiala flexibla spetsutbildningar inom kulturområdet.

Förnyelse har också att göra med ekonomisk tillväxt. Länet behöver bärkraftiga kulturnäringar. Detta kommer att kräva starka och otraditionella partnerskap mellan offentlig och privat verksamhet och social ekonomi liksom gränsöverskridande samarbeten över läns- och nationsgränser. Kompetensinsatser måste till för att svara mot dessa krav och för att kunna utveckla och stödja entreprenörskap på kulturområdet. Förnyelse handlar även om jämlikhet, att beakta genusperspektiv, etnisk och kulturell tillhörighet, sexuell läggning, funktionshinder och liknande i organisations– och bidragssystemen liksom i produktionsled och utåtriktade aktiviteter.

Inom ramen för den nya regionpolitiken med dess inriktning på hållbar tillväxt och välfärd behövs insatser för att ge kulturen dess rättmätiga roll i samverkan. På motsvarande sätt ska kulturen också utnyttja de metoder och resurser som erbjuds genom medlemskapet i EU.

Också förnyelsen kan sammanfattas i några kärnsatser:

- Kulturpolitiken ska bidra till att utveckla de professionella, ideella och kommersiella nätverken samt de institutioner, föreningar, branscher och företag som är grunden för länets kulturliv.
- Länet ska upplevas som attraktivt för kulturarbetare att leva och verka i.
- I offentliga rum och miljöer och i landskapet ska den estetiska dimensionen och de långa tidsperspektiven finnas med i all planering.
- Kulturpolitiken ska tillvarata de möjligheter som internationaliseringen, EU-medlemskapet och det mångkulturella perspektivet erbjuder.

3 Ansvar

Målen och därtill kommande kärnsatser är ambitiöst formulerade och de kan inte till alla delar uppfyllas kortsiktigt. Bland annat måste organisationer och kompetensstrukturer som inte tidigare arbetat på den ”kulturella arenan” mobiliseras.

Kommunerna har ett grundläggande ansvar för kulturpolitiken i Sverige. Basen i länets kultur ligger i kommunernas infrastruktur av folkbibliotek, kulturskolor, allmänkulturell verksamhet och föreningsliv. I kommunerna finns mötesplatser för medborgarna och lokala arenor för att delta i olika verksamheter som publik, utövare eller som aktivist, eldsjäl eller entreprenör. Det regionala kulturansvaret

ligger i att komplettera och samverka med den lokala kulturpolitiken och att samspela med den nationella. Den nationella kulturpolitiken omfattar hela det offentliga samhället och är därför av stor vikt för kulturutvecklingen i länet.

3.1 Det lokala ansvaret

De flesta av länets kommuner är små och har därmed begränsade resurser för kultursatsningar. Kommunernas ansvar och roll på kulturområdet ligger bland annat i att:

- utveckla folkbiblioteken samt lokala kultur- och musikskolor,
- utveckla de lokala nätverken och stödja lokala, ideella aktörer och arrangörer inom kulturområdet.

Östersunds kommun har av olika skäl en särställning på kulturområdet, vilket ska återspeglas i länets samlade kulturutbud.

3.2 Det regionala ansvaret

Länet har speciella förutsättningar beträffande geografi och befolkningsunderlag. Utifrån kompetensbehov och effektivitet bör länet därför ha förhållandevis starka kulturresurser på regional nivå. Det regionala ansvaret ligger i att:

- initiera och stödja länsövergripande projekt inom konst, kultur, kulturarv och folkbildning,
- anpassa och utveckla regionala kulturresurser efter kommunernas samlade behov.

3.3 Det gemensamma ansvaret

Ansvaret för länets kulturella utveckling ligger både på kommunal och regional nivå där strategier, handlingsplaner och satsningar bör samspela. Det finns flera ansvarsområden som hanteras av både kommuner och landsting. Detta gemensamma ansvar är exempelvis att:

- bygga och utveckla nätverk och samverkan mellan kulturens aktörer,
- erbjuda tillgång till en infrastruktur med kompetens inom flera kulturområden,
- samordna och utveckla produktion och marknadsföring av kulturevenemang,
- utveckla befintliga, samt ge möjlighet att skapa nya kulturella mötesplatser,
- aktivt samverka med folkbildning, kulturföreningar, -organisationer och -institutioner och andra kommuner i syfte att optimera länets samlade kulturresurser.

3.4 Det nationella ansvaret samt EU

Länets kulturpolitik ansluter till riktlinjerna för den nationella kulturpolitiken. Länet får via Statens Kulturråd, Riksantikvarieämbetet, Riksarkivet, Nämnden för Hemslöjdsfrågor och Svenska Filminstitutet bidrag till regionala kulturverksamheter såsom länsbibliotek, länsmuseum, scenkonst, länshemslöjdskonsulenter, musik- och dansteater, filmutveckling och arkiv. Staten bidrar också till en rad nationellt organiserade verksamheter som även berör länet, som olika ungdomskulturella satsningar och Riksteatern. Mycket betydelsefulla statliga bidrag till kulturpolitiken ligger inom andra politikområden såsom närings- och regionalpolitik samt arbetsmarknadspolitik. På motsvarande sätt ger EU direkta bidrag till kulturell utveckling, samtidigt som strukturfonderna ger stora möjligheter till att stödja olika kulturprojekt.

4 Strategi

4.1 Samverkan

Kulturen utvecklas i ett samspel mellan medborgarna och offentliga, privata och ideella initiativ. Ingen ”äger” kulturen. Därför måste utvecklingsstrategin bygga på samverkan. Kulturpolitiken måste ha starka kopplingar till andra samhällsområden. Formella hierarkier måste kompletteras med nätverksbyggen kring gemensamma projekt och utveckling av gemensamma värdegrunder och kommunikationsvägar.

Social ekonomi stimulerar människor till eget ansvar och entreprenörskap och går även hand i hand med en hållbar utveckling av landsbygden. Många kulturevenemang och andra kommersiella verksamheter springer ur den sociala ekonomins aktörer. Stödet till det kulturella föreningslivet måste följas upp kontinuerligt för att nå en effektiv användning av resurserna. Det samhälleliga mervärde som uppnås genom långsiktiga stödfunktioner och/eller partnerskap är av stor vikt för länets utveckling. Kulturpolitiken ska därför söka samverkan inom bland annat följande områden:

- Skola och utbildning
- Vård och omsorg
- Lokal och regional näringspolitik
- Turismen
- Folkhälsoarbetet
- Samhällsplaneringen
- Arbetsmarknadspolitiken
- Bildningsverksamheten
- Kyrkorna, idrottsrörelsen, hembygdsrörelsen och andra ideella organisationer

Kulturens samverkan med andra samhällsområden har hittills skett inom ramen för ett ofta outtalat samförstånd eller genom kortsiktiga överenskommelser. I

framtiden gäller mer långsiktiga partnerskap som uttrycks i tydliga överenskommelser om uppdrag, åtaganden och ansvar.

Kulturverksamheterna ska tillvarata interregionalt, internationellt och interkulturellt utbyte och samverkan för att nå ett mångkulturellt samhälle. Modeller för detta bör utvecklas och spridas och verksamheter som söker internationella samarbeten ska uppmuntras. De institutioner som har en god och tät kommunikation med sin omvärld har större möjligheter att utveckla en kvalitativ verksamhet.

- Kultur Z utgör länets samverkansgrupp på kulturområdet. Den består av ledande kulturpolitiker från lokal och regional nivå vars uppgift är att kanalisera den politiska styrningen av kulturens verksamheter samt att initiera och utvärdera samverkan. I Kultur Z finns även en tjänstemannagrupp vilka har i uppgift att sprida information, återkoppla verksamhet och leda gemensamma länsövergripande projekt.

- De offentliga huvudmännen har ett särskilt ansvar för att ungdomar och ungdomars kulturfrågor involveras i beslutsprocesserna.

- Alla kulturinstitutioner i länet, de lokala och regionala, samverkar med andra aktörer inom sitt område och med andra kulturområden genom aktiviteter, nätverk och/eller mer formaliserade partnerskap.

- Alla kulturinstitutioner i länet, de lokala och regionala, utvecklar möten och kommunikationen med brukarna i syfte att få återflöde av kunskaper och erfarenheter.

- Landstinget ska, efter samråd med länets kommuner, nå överenskommelser med den nationella nivån om en gemensam syn på länets kulturpolitik samt fördelning och användning av statliga kulturmedel. I en möjlig regionindelning bör regionen få ansvaret för den framtida fördelningen och användningen av de statliga medlen på kulturområdet, som regleras genom ett avtal mellan statens kulturråd och regionen.

4.2 Kompetensutveckling

De lokala och regionala kulturinstitutionerna har ansvar både för en basverksamhet och ett kontinuerligt förnyelse- och utvecklingsarbete. Kulturpolitiken ska ses som en kompetenspolitik. Att fler människor blir kulturaktiva - det vill säga ökar sin kulturella kompetens - är kanske det mest kraftfulla instrumentet för att öka livskvalitet och nå förnyelse, men också för att öka länets tillväxt och konkurrenskraft.

- De regionala kulturinstitutionerna har rollen som motor för utvecklingen inom respektive kulturområde och strävar efter att uppfylla medborgarnas behov av tillgänglighet, lokalt och/eller regionalt.

- Som kompetenscentra för respektive kulturområde förväntas alla kulturinstitutioner ha metoder eller program för hur de bidrar med kompetens till länet.

- Kommunerna ska sträva efter fullt utvecklade, allmänt tillgängliga lokala kulturskolor, med ett brett kursutbud inom olika kulturyttringar, exempelvis musik, dans, bild och drama.

- Folkbildningsorganisationernas samverkan och funktion i den kulturella kompetensutvecklingen ska ses som en resurs.

4.3 Kultur och näringsliv

Kulturella och kreativa näringar bidrar till regional tillväxt vilket motiverar insatser för att stärka detta område. Länet ser positivt på initiativ som inventerar de möjligheter som ligger i samverkan mellan kultur och näringsliv och projekt som syftar till att utveckla länets potential inom kultur- och upplevelseturism. Kulturdriven företagsutveckling och kulturellt entreprenörskap är exempel på hur kultur och kulturella tjänster ses och används som tillgångar för lokal och regional tillväxt.

Det finns cirka 620 företag med uppemot 2 000 arbetstillfällen i Jämtlands län som kan hänföras till den så kallade kulturindustrin. Flera av företagen riktar sina produkter/tjänster till länsinvånarna, men även till nationella och internationella marknader. Dessutom finns ett hundratal ”projektnomader” eller kulturarbetare, som utan egna företag tar längre eller kortare uppdrag för olika arbetsgivare. Här finns utrymme för utveckling av nya projekt och nya tjänster, bland annat i kulturrelaterade aktiviteter och upplevelser med anknytning till turistbranschen. Detta förutsätter både utvecklingsstöd och etablering av nya mötesplatser där kreatörer och företagare kan mötas.

5 Uppföljning

Kultur Z ansvarar för årlig uppföljning av denna policy genom diskussion utifrån kulturpolicyns vision och mål. Uppföljningen syftar till att se över hur policyns övergripande mål samspelar med lokala kulturprogram. Genom optimal kultursamverkan kan de resurser som finns utvecklas och användas till en hållbar utveckling i regionen.

53

Reviderad förbundsordning Kommunalförbundet Svenskt ambulansflyg

RS/1219/2017

2017-05-23

Ekonomi- och personalavdelningen
Helena Edström
Tfn: 063-147712
E-post: helena.edstrom@regionjh.se

RS/1219/2017

Reviderad förbundsordning Kommunalförbundet Svenskt ambulansflyg

Ärendebeskrivning

På regionfullmäktige 2015-06-16--17 fattades beslut att Region Jämtland Härjedalen bildar Kommunalförbundet Svenskt ambulansflyg (KSA) tillsammans med övriga landsting/regioner i Sverige och förslaget till förbundsordning antas.
Förbundets ändamål är att för medlemmarna tillhandahålla ambulansflyg.
Förbundets syfte är att effektivisera ambulansflyg för att öka patientnyttan och patientsäkerheten genom samordning av gemensamma resurser. Förbundet har sitt säte i Umeå.

På KSAs förbundsfullmäktige 2017-04-06 beslutades att förslag till reviderad förbundsordning fastställs och att uppdra till förbundsstyrelsen att skyndsamt förankra den reviderade förbundsordningen hos medlemmarna. Beskrivning av ändringarna finns i bilaga ”Beskrivning av ändringar i reviderad förbundsordning”.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Reviderad förbundsordning för Kommunalförbundet Svenskt ambulansflyg antas.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Bo Carlbark
Ekonomidirektör

Utdrag till

Helena Edström
Bo Carlbark
Kommunalförbundet Svenskt ambulansflyg

SVENSKT AMBULANSFLYG

Förbundsordning Revision 01

KOMMUNALFÖRBUNDET
SVENSKT AMBULANSFLYG
ORG.NR 222000–3152

DATUM 2017-04-06
DNR KSA 9–2017

Innehållsförteckning

1 § Namn och säte ... 3
2 § Medlemmar ... 3
3 § Ändamål, uppgifter ... 3
4 § Organisation ... 3
5 § Förbundsfullmäktige ... 3
6 § Beslut i fullmäktige ... 4
7 § Arvodesbestämmelser ... 4
8 § Styrelse ... 4
9 § Revisorer ... 5
10 § Initiativrätt ... 5
11 § Kungörelser och tillkännagivanden ... 5
12 § Andelskapital ... 5
13 § Andel i tillgångar och skulder ... 5
14 § Kostnadstäckning ... 6
15 § Lån, borgen mm ... 6
16 § Styrning och insyn i förbundets ekonomi och verksamhet ... 6
17 § Budget – årsredovisning ... 6
18 § Förbundskansli ... 7
19 § Uppsägning och utträde ... 7
20 § Likvidation och upplösning ... 7
21 § Tvister ... 8
22 § Bildande av förbundet ... 8
23 § Ändringar av förbundsordningen ... 8
BILAGA 1 ... 9
1 § Fördelningsmodell ... 9
2 § Prismodell fördelning av kostnader under uppbyggnad av verksamheten ... 9
3 § Prismodell fördelning av kostnader under verksamhetsdrift ... 9

1 § Namn och säte

Kommunalförbundets namn är Kommunalförbundet Svenskt Ambulansflyg. Förbundet har sitt säte i Umeå.

2 § Medlemmar

Medlemmar i kommunalförbundet är landsting och regioner i Sverige enligt nedan.

Stockholms läns landsting, Region Uppsala, Landstinget Sörmland, Region Östergötland, Region Jönköping, Region Kronoberg, Landstinget i Kalmar län, Region Gotland, Landstinget Blekinge, Region Halland, Västra Götalandsregionen, Landstinget i Värmland, Region Örebro, Landstinget Västmanland, Landstinget Dalarna, Landstinget Gävleborg, Landstinget Västernorrland, Region Jämtland Härjedalen, Västerbottens läns landsting, Norrbottens läns landsting, Region Skåne.

3 § Ändamål, uppgifter

Förbundets ändamål är att för medlemmarna tillhandahålla ambulansflyg. Förbundets syfte är att effektivisera ambulansflyg för att öka patientnyttan och patientsäkerheten genom samordning av gemensamma resurser. Det ankommer därvid förbundet att bland annat:

- upphandla och samordna flygambulanstjänst,
- upphandla, äga och finansiera egna ambulansflygplan,
- samordna beställningar och genomförande av flygambulanstjänst genom tillhandahållande av beställnings- och -koordineringscentral,
- samordna och effektivisera inköp och drift av medicinteknisk utrustning,
- tillhandahålla sjukvårdspersonal,
- i övrigt följa därmed sammanhängande frågor för den luftburna ambulanssjukvården i Sverige samt följa utvecklingen avseende ambulanshelikopterverksamheten i Sverige.

4 § Organisation

Förbundet är ett kommunalförbund med förbundsfullmäktige och förbundsstyrelse, nedan kallat fullmäktige respektive styrelsen.

För styrelsen gäller det reglemente som beslutas av fullmäktige.

5 § Förbundsfullmäktige

Fullmäktige skall bestå av medlemmar i enlighet med §2. Varje medlem väljer en ordinarie ledamot och en ersättare som representant i fullmäktige. Ordinarie fullmäktige sammankallas minst två gånger per år.

Fullmäktige skall besluta i följande ärenden:

- mål och riktlinjer för verksamheten,
- förbundets årliga budget,
- val av ledamöter och ersättare i styrelsen,
- val av revisorer och revisorssuppleanter,
- årsredovisning och ansvarsfrihet,

Ledamöter och ersättare väljs för en mandatperiod om fyra år räknat från och med den 1 april efter ett valår. När val av ledamöter och ersättare sker första gången ska det avse tiden från den 1 januari 2016 till den 1 april 2019.

Fullmäktige skall vid sitt första sammanträde under mandatperioden bland sina ledamöter utse en ordförande och två vice ordförande för resten av mandatperioden.

Vid förfall av en ledamot i fullmäktige ska denne alltid ersättas av en förtroendevald från den medlem som valt ledamoten.

Fullmäktige avgör om andra än ledamöter ska ha yttranderätt vid fullmäktiges sammanträden enligt kommunallagen kap 5 § 21.

6 § Beslut i fullmäktige

Beslut i fullmäktige fattas med enkel majoritet.

Beslut om kommunalförbundets budget fattas med kvalificerad majoritet som är 2/3 av antalet angivna röster.

7 § Arvodesbestämmelser

Arvoden till och andra ekonomiska förmåner till ledamöter och ersättare i fullmäktige och styrelsen samt till revisorerna och revisorssuppleanter ska bestämmas enligt det ersättningsregler som gäller för förtroendevalda i det landsting där kommunalförbundet har sitt säte.

8 § Styrelse

Fullmäktige utser för samma mandattid som för fullmäktige en styrelse. Styrelsen ska bestå av minst sju ledamöter och sju ersättare. Varje sjukvårdsregion ska vara representerad i styrelsen med minst en ledamot och en ersättare. Lagen om proportionellt valsätt ska inte tillämpas vid val till styrelsen.

Styrelsen är ställföreträdare för fullmäktige i de ärenden där fullmäktige inte ska besluta enligt ovan.

Styrelsen utser firmatecknare och beslutsattestanter för kommunalförbundet. Styrelsen utser en förbundschef som har att leda verksamheten inom kommunalförbundet enligt styrelsens anvisningar.

Styrelsen utser inom sig ordförande och vice ordförande.

Närvaro- och yttranderätt för utomstående vid styrelsens sammanträden avgörs av styrelsen enligt kommunallagen kap 6 § 19.

9 § Revisorer

Kommunalförbundet ska ha två revisorer och två revisorssuppleanter för granskning av förbundets verksamhet. Revisorerna väljs för samma mandatperiod som ledamöterna och ersättarna i fullmäktige.

Revisorerna ska avge revisionsberättelse till fullmäktige som beslutar om ansvarsfrihet för styrelsen. Denna ska också lämnas till varje förbundsmedlems fullmäktige senast före april månads utgång.

10 § Initiativrätt

Ärenden i fullmäktige får väckas av:

- ledamot i fullmäktige,
- styrelsen, samt
- Förbundsmedlem genom framställan av landstingsfullmäktige eller landstingsstyrelsen

11 § Kungörelser och tillkännagivanden

Kommunalförbundets kungörelser, protokoll och andra tillkännagivanden ska anslås på kommunalförbundets officiella anslagstavla, samt på kommunalförbundets webbplats. Västerbottens läns landsting officiella anslagstavla är officiell anslagstavla för förbundet.

Tid och plats för budgetsammanträde ska kungöras på samtliga medlemmars officiella anslagstavlor samt på kommunalförbundets web-sida.

12 § Andelskapital

Varje medlem tillskjuter en (1) svensk krona per landstingsinvånare som andelskapital vid kommunalförbundets bildande. Kvotvärdet av detta ger medlemmens andel i kommunalförbundet.

13 § Andel i tillgångar och skulder

Förbundsmedlemmarna har vid varje tidpunkt andel i kommunalförbundets tillgångar och skulder i förhållande förbundsmedlemmens andel av andelskapitalet.

Fördelningsgrunden gäller även för täckande av brist om förbundet skulle sakna medel att betala sina skulder i verksamheten samt vid skifte av förbundets behållna tillgångar eller skulder som föranleds av förbundet upplösning.

14 § Kostnadstäckning

Kommunalförbundets årliga kostnader ska minst täckas av årets intäkter.

Kommunalförbundet ska debitera medlemmarna för utförda tjänster enligt självkostnadsprincipen.

Om årets kostnader inte täckas enligt andra stycket ska finansieringen av underskottet fördelas mellan förbundets medlemmar procentuellt i relation till värdet av nyttjade tjänster under året.

15 § Lån, borgen mm

Förbundet får uppta lån upp till ett belopp om sexhundramiljoner kronor (600 000 000 kronor) enligt 2015 års prisnivå.

Kommunalförbundet får inte uppta lån utöver 600 000 000 SEK, teckna borgen, garantier eller andra ansvarsförbindelser utan godkännande av samtliga förbundsmedlemmars fullmäktige.

Kommunalförbundet får inte bilda bolag, förvärva andelar i bolag, förvärva fast egendom eller motsvarande utan godkännande av samtliga förbundsmedlemmars fullmäktige.

Beloppet enligt första och andra stycket ska räknas upp med 3% årligen.

16 § Styrning och insyn i förbundets ekonomi och verksamhet

Medlemmarna i kommunalförbundet, genom sina respektive styrelser, har rätt till insyn i kommunalförbundet.

Förbundet ska löpande tillställa förbundsmedlemmarna rapport om verksamhetens ekonomi och utveckling. Styrelsen ska, efter samråd med medlemmarna, fastställa en tidplan för förbundets arbete med budget, uppföljning av ekonomi och verksamhet, delårsrapporter och bokslut.

Styrelsen ska därutöver avlämna de rapporter över verksamheten som medlem i förbundet efterfrågar. Styrelsen svarar också, på eget initiativ, för att informera medlemmarna i förbundet om principiella händelser eller andra händelser av större vikt för förbundet eller någon av dess medlemmar. Innan beslut tas om avtal av större dignitet eller större investeringar ska samråd ske med samtliga förbundsmedlemmar.

Om förbundsmedlemmarna inte är överens om avtal av större dignitet eller större investeringar ska beslut om dessa fattas med enkel majoritet i fullmäktige.

17 § Budget – årsredovisning

Fullmäktige ska årligen fastställa budget för förbundet. Budgeten ska innehålla en plan för såväl verksamheten och ekonomin under budgetåret som ekonomin under den kommande treårsperioden.

Förbundet ska samråda med förbundsmedlemmarna om budgetförslaget enligt plan för budgetarbete och senast en månad före fullmäktiges sammanträde. Budgeten ska fastställas senast den 30 november före verksamhetsåret.

Budgetförslaget ska vara tillgängligt för allmänheten enligt vad som stadgas i kommunallagen. Tid och plats för budgetsammanträdet ska kungöras på kommunalförbundets officiella anslagstavla och samtliga medlemmars officiella anslagstavlor.

Fullmäktige ska varje år upprätta bokslut/årsredovisning per den 31 december.

Prisberäkningsmodell för debitering av medlemmarna för utförda tjänster sker enligt bilaga 1. Faktiska kostnader som ska fördelas enligt prisberäkningsmodellen fastställs årligen i budgeten.

Fastställd budget ska publiceras på kommunalförbundets web-sida.

18 § Förbundskansli

Förbundet ska ha ett kansli med uppgift att under förbundsstyrelsen sköta förbundets administration och förbundets löpande verksamhet.

19 § Uppsägning och utträde

Kommunalförbundet är bildat på obestämd tid. En förbundsmedlem har rätt att utträda ur förbundet. Uppsägningstiden är tre år räknat från ingången av den månad då uppsägningen skedde.

Regleringen av de ekonomiska mellanhavandena mellan förbundet och den utträdande medlemmen bestäms i en överenskommelse mellan samtliga förbundsmedlemmar. Den ekonomiska regleringen ska ske utifrån de andelar i förbundets samlade tillgångar och skulder som gäller det år då medlemmen utträder ut förbundet, om inte annat avtalats mellan förbundsmedlemmarna.

De kvarvarande medlemmarna antar de ändringar i förbundsordningen som behövs med anledning av utträdet.

20 § Likvidation och upplösning

Om medlemmarna inte kan enas om förutsättningarna för utträde när uppsägningstiden i 19 § är till ända, ska förbundet omedelbart träda i likvidation.

Likvidationen verkställs av styrelsen i egenskap av likvidator. Vid skifte av förbundets behållna tillgångar i anledning av likvidationen ska den i 11 § angivna fördelningsgrunden mellan medlemmarna tillämpas.

När förbundet har trätt i likvidation ska förbundets egendom i den mån det behövs för likvidationen förvandlas till pengar genom försäljning eller på annat lämpligt sätt. Verksamheten får tillfälligt fortsätta om det behövs för en ändamålsenlig avveckling.

När styrelsen har fullgjort sitt uppdrag som likvidator ska styrelsen avge en slutredovisning för sin förvaltning. Redovisningen sker genom en förvaltningsberättelse som rör likvidationen i sin helhet med redovisning av skiftet av behållna tillgångar. Till berättelsen ska fogas redovisningshandlingar för hela likvidationen. Till slutredovisningen ska fogas styrelsens beslut om vilken av förbundets medlemmar som ska överta och vårda de handlingar som hör förbundets arkiv.

När förvaltningsberättelsen och redovisningshandlingarna har delgetts samtliga förbundsmedlemmar, är förbundet upplöst.

21 § Tvister

Tvist mellan förbundet och en eller flera medlemmar ska, om parterna inte kan nå en frivillig uppgörelse, avgöras genom skiljeförfarande enligt lag (1999:116) om skiljeförfarande.

22 § Bildande av förbundet

Förbundet är bildat när medlemmarnas fullmäktige har antagit förbundsordningen. Förbundet ansvarar för verksamheten enligt förbundsordningen från den 1 januari 2016.

23 § Ändringar av förbundsordningen

Ändringar eller tillägg till förbundsordningen ska antas av fullmäktige och fastställas av medlemmarna landstingsfullmäktige.

BILAGA 1

1 § Fördelningsmodell

Kommunalförbundets medlemmar är överens om att solidariskt finansiera den gemensamma kostnaden av koordineringscentral, ordinarie sjuksköterskebemanning i flygplanen, anskaffning och underhåll av medicinsk teknik, hyra för hangarer och bas-faciliteter samt administration.

Kostnaderna enligt fastställd budget ska fördelas mellan medlemmarna utifrån yta (55%) och invånarantal (45%). Föregående års invånarantal enligt SCB skall användas som underlag för invånarantal.

2 § Prismodell fördelning av kostnader under uppbyggnad av verksamheten

Kostnaden enligt § 1 debiteras som en avgift vid årets början till medlemmarna.

3 § Prismodell fördelning av kostnader under verksamhetsdrift

Kostnaden enligt § 1 utgår som en särskild avgift per påbörjat uppdrag. Avgiften är maximerad till 10 000 SEK per flygtimme. Överskjutande del av avgiften ska fördelas lika mellan övriga parter. Kostnaden debiteras som en preliminär avgift vid årets början till medlemmarna utifrån fjolårets volym flygtimmar per medlem och avräknas efter årets slut utifrån faktiskt antal flygtimmar.

För första driftåret, då ingen fjolårs volym i flygtimmar finns att tillgå, används den av förbundet estimerade volymen i flygtimmar för att bestämma preliminära avgiften. Detta gäller endast från och med den månad då flygverksamheten startar. Kostnader för perioden som föregår flygverksamhetens start ska fördelas enligt §2 ovan.

Kostnaden för flygtjänsten (kostnad för operativ och teknisk drift, och kapital kostnad för flygplanen) är en kostnad som fördelas utifrån antalet faktiska uppdrag och flygtimmar faktureras ifrån förbundet till beställande part. Avräkning sker efter årets slut utifrån faktiskt kostnad för flygtjänsten.

Eventuella extra avgifter som tillkommer för att genomföra ett specifikt beställt uppdrag, så som öppning av flygplats och avisning av flygplan (mm.), faktureras ifrån förbundet till beställande part. Detta gäller även om uppdraget av någon anledning inte genomförs.

Kostnader för särskilda vårdteam (neonatal, ECMO och IVA) faktureras ifrån den part som tillhandahåller teamet till beställande part.

Bilaga 6a.

Beskrivning av ändringar i förslag till reviderad förbundsordning.

1) §3 – Ändring av ord, ersätter ”flygcentral”. Beställnings och koordineringscentral är en mer korrekt benämning. Ingen ekonomisk konsekvens.
2) §11 – Tillägg för att beskriva att KSA’s webbsida används som plattform för enklare tillgång till dokument. Ingen ekonomisk konsekvens.
3) §15 – Maximalt lånebelopp var tidigare skrivet med belopp utan någon beskrivning av indexuppräkning. Beloppet i förbundsordningen är beslutat år 2015. KSA får flygplan levererat år 2020 och lånebeloppet anpassas i den reviderade förbundsordningen till relevant prisindex emellan 2015 och 2020. En blandning av prisindex för allmänt, löner och metaller används normalt för flygplan. Snittet bedöms vara emellan 2,5–3,5%. För större flygplan används större index. I förslaget används 3%. Med ändringen ökar KSA maxlånebelopp med 95,5 mnkr till 695,5 mnkr. Dessa fördelas emellan landsting och regioner enligt samma princip som tidigare.
4) §17 – Fullmäktige sammanträder i november. Datum har anpassats till detta.
5) §17 – Nuvarande prismodell beskriver att flygtimmar ifrån föregående år ska tas hänsyn till i fördelning av förbundets kostnader. Förbundet har ingen flygverksamhet fram till år 2020 och har fram till dess endast en möjlighet att estimera antal flygtimmar per år. För södra Sverige är statistik och data något bristfälligt, och ungefärligt antal flygtimmar måste estimeras, vilket resulterar i en felaktig fördelning av kostnader för alla medlemmar. En prismodell (bilaga 1) där flygtimmar inte är med i fördelningsmodellen eliminerar estimering. Förslaget till ny prismodell baseras enbart på 45/55 fördelningsnyckeln. Ekonomisk konsekvens svår att bedöma eftersom nuvarande modell bygger delvis på estimat. Förslag ger korrekt fördelning av kostnader emellan medlemmar, utan estimeringar.
6) §18 – Var KSA har sitt kansli ska inte stå i förbundsordningen, och stryks därför.

SVENSKT AMBULANSFLYG

Förbundsfullmäktige
PROTOKOLL
Sammanträdesdatum 2017-04-06

§ 1-14

Plats: Sveriges Kommuner och Landsting, Stockholm,
Stora hörsalen, klockan 16.00-18.00

Beslutande
Marie Ljungberg-Schött (M), Stockholms läns landsting
Fredrik Lundgren (L), Landstinget Sörmland
Mats Johansson (S), Region Östergötland
Malin Wengholm (M), Region Jönköpings län
Anna Fransson (S), Region Kronoberg
Kalle Sandström (S), Landstinget Blekinge
Anders Åkesson (MP), Region Skåne
Ann Molander (L), Region Halland
Annika Tännström (M), Västra Götalandsregionen
Mats Gunnarsson (MP), Region Örebro län
Hannah-Karin Linck (C), Region Gävleborg
Ann-Marie Johansson (S), Region Jämtland Härjedalen
Peter Olofsson (S), Västerbottens läns landsting
Maria Stenberg (S), Norrbottens läns landsting

Tjänstgörande ersättare
Lina Palm Nordquist (L), Region Uppsala tjänstgör för Vivianne Macdisi
Gudrun Brunegård (KD), Landstinget Kalmar län tjänstgör för Lena Segerberg
Elin Norén (S), Landstinget Dalarna tjänstgör för Gunnar Barke

Närvarande ersättare
Marcus Eskdahl (S), Region Jönköpings län
Jonas Strand (S), Region Halland
Mireya Melander (L), Region Jämtland Härjedalen
Nicklas Sandström (M), Västerbottens läns landsting

Övriga
Börje Wennberg, Förbundsstyrelsen
Andreas Eriksson, Förbundsdirektör
Carina Arndt, Direktörsassistent
Richard Norberg, Revisionsdirektör VLL
Malin Westerberg Blom, Revisor EY
Kenneth Strömberg, Revisor

Sekreterare
Carina Arndt

Justerat
2017-04-13
Kalle Sandström
Ordförande

Fredrik Lundgren
Justerare

Elin Norén
Justerare

BEVIS OCH ANSLAG OM JUSTERING

Anslagsdatum	2017-04-26
Plats för anslag	Västerbottens läns landstings officiella anslagstavla, Köksvägen 11, Umeå.
Protokollet förvaras hos	Registratorn vid landstingshuset, Köksvägen 11, Umeå.

Registrator

Lena Andersson

Innehållsförteckning

§ 1 Sammanträdets öppnande....4
§ 2 Upprop....4
§ 3 Fastställande av föredragningslista....4
§ 4 Val av protokolljusterare samt plats och tid för justering....4
§ 4b Fyllnadsval till för förbundsstyrelsen....4
§ 5 Årsredovisning 2016....5
§ 6 Revisorernas granskningsrapport....5
§ 7 Reviderad budget 2017....6
§ 8 Arbetsordning för förbundsfullmäktige....7
§ 9 Reglemente för förbundsstyrelsen....7
§ 10 Förbundsordning revision 01....8
§ 11 Basering flygplan....9
§ 12 Sammanträde på distans....9
§ 13 Åtgärdsplan....10
§ 14 Protokoll från förbundsstyrelsen för anmälan....10

§ 1 Sammanträdets öppnande

Ordförande Kalle Sandström förklarar sammanträdet öppnat.

§ 2 Upprop

Upprop förrättas. Närvarande ledamöter framgår av sidan 1 i protokollet.

§ 3 Fastställande av föredragningslista

Förslag till beslut

Förbundsfullmäktige beslutar:
Utsänt förslag till föredragningslista fastställs.

Fullmäktige beslutar

Enligt förslag till beslut.

§ 4 Val av protokollsjusterare samt plats och tid för justering

Förslag till beslut

Fullmäktige föreslås fatta följande beslut:

Till protokolljusterare utses Fredrik Lundgren och Elin Norén att jämte ordförande justera protokollet.
Justeringsdatum fastställs till 19 april 2017.

Fullmäktige beslutar

Enligt förslag till beslut.

§ 4b Fyllnadsval till förbundsstyrelsen

Håkan Jansson (M) har avgått som ordförande i Region Jönköpings län och därmed lämnat sitt uppdrag i förbundsstyrelsen.

Förslag till beslut

Fullmäktige föreslås fatta följande beslut:
Till ordinarie ledamot av förbundsstyrelsen utse Malin Wengholm (M) Region Jönköpings län.

Fullmäktige beslutar

Enligt förslag till beslut.

§ 5 Årsredovisning 2016

KSA 5–2017

Sammanfattning
Förbundsfullmäktige ska fastställa årsredovisning (8 kap. § 16 kommunallagen). Årsredovisningen skall enligt lagen om kommunal redovisning (Lag 1997:614) redogöra för utfallet av verksamheten, verksamhetens finansiering och den ekonomiska ställningen vid räkenskapsårets slut.
Förslag till årsredovisning 2016 är upprättad och förberetts av förbundsstyrelsen.

Förslag till beslut

Förbundsfullmäktige beslutar:
Förslag till årsredovisning 2016 fastställs.

Fullmäktige beslutar

Enligt förslag till beslut.

Beslutsunderlag
Förslag till Årsredovisning 2016 KSA 5-2017

§ 6 Revisorernas granskningsrapport

Sammanfattning
Kenneth Strömberg förtroendevald revisor redogör för revisorernas granskningsrapport och revisionsberättelsen.

Revisorernas uppdrag har varit att granska verksamhet, intern kontroll och räkenskaper samt pröva om verksamheten bedrivits enligt fullmäktiges uppdrag och mål samt de lagar och föreskrifter som gäller för verksamheten.

Granskningen har identifierat ett antal brister i styrningen och kontrollen av förbundet och inom det administrativa området. Revisorerna har i dialog med förbundsstyrelsen kunnat konstatera att förbättringar och åtgärder har gjorts på en rad punkter som kommer att få genomslag 2017.

Trots att kritik lämnats i granskningsrapporten tillstyrker revisorerna beviljad ansvarsfrihet och att förbundets årsredovisning för 2016 godkännes.

Förslag till beslut

Förbundsfullmäktige beslutar:
Ansvarsfrihet för styrelsen och enskilda ledamöter beviljas samt att förbundets årsredovisning för år 2016 godkännes.

Fullmäktige beslutar

Enligt förslag till beslut.

Deltar ej i beslutet
Marie Ljungberg-Schött, Anders Åkesson, Annika Tännström, Peter Olofsson, Maria Stenberg.

Beslutsunderlag
Revisorernas granskningsrapporter och revisionsberättelse. Bilaga 2–6.

§ 7 Reviderad Budget 2017
KSA 43:3–2016

Sammanfattning
Förbundsstyrelsen fick i uppdrag av förbundsfullmäktige (§28/2016) att inkomma med reviderad budget för 2017. De administrativa kostnaderna för 2017 ökar jämfört med 2016 i och med att kansliet utökas med administratör och ekonom under 2017.
Förslag till reviderad budget och verksamhetsplan för 2017, och preliminär budget för 2018 och 2019 har förberetts av förbundsstyrelsen.

Förslag till beslut

Förbundsfullmäktige beslutar:
Förslag till reviderad budget och verksamhetsplan för 2017, och preliminär budget för 2018 och 2019 fastställs.

Fullmäktige beslutar

Enligt förslag till beslut.

Beslutsunderlag
Reviderad Budget 2017 KSA 43:3–2016

§ 8 Arbetsordning för förbundsfullmäktige
KSA 1–2017

Sammanfattning

Kommunallagen 5 kap. § 63 föreskriver att fullmäktige ska i en arbetsordning meddela föreskrifter som behövs för fullmäktiges sammanträden och handläggning av ärenden.
Förslag till arbetsordning för förbundsfullmäktige har förberetts av förbundsstyrelsen.

Förslag till beslut

Förbundsfullmäktige beslutar:
Förslag till arbetsordning för förbundsfullmäktige fastställs.

Yrkande

Ann Molander:
Att huvudmännen även får kallelsen för att säkerställa att dessa diarieförs och,
Att tillägg görs i arbetsordningen § 11 sista meningen. Den bör lyda enligt följande;

Kungörelsen ska ske inom samma tid på ett lämpligt sätt lämnas till varje huvudman, ledamot och ersättare.

Mats Gunnarsson:
Bifaller Ann Molanders yrkande.

Fullmäktige beslutar

Bifall till Ann Molanders yrkande med ändring i sista meningen § 11 i arbetsordningen.
Förslag till arbetsordning för förbundsfullmäktige fastställs.

Beslutsunderlag
Arbetsordning KSA 1–2017

§ 9 Reglemente för förbundsstyrelsen
KSA 2–2017

Sammanfattning
Reglementet för förbundsstyrelsen är att betrakta som ett uppdrag från fullmäktige till styrelsen.
Förbundsfullmäktige skall utfärda reglementet för förbundsstyrelsen med närmare föreskrifter om styrelsens verksamhet och arbetsformer (6 kap. § 32 kommunallagen).
Förslag till reglemente för förbundsstyrelsen har förberetts av förbundsstyrelsen.

Förslag till beslut

Förbundsfullmäktige beslutar:
Förslag till reglemente fastställs.

Fullmäktige beslutar

Enligt förslag till beslut.

Beslutsunderlag
Reglemente KSA 2–2017

§ 10 Förbundsordning revision 01
KSA 9–2017

Sammanfattning
Förbundsstyrelsen fick i uppdrag av förbundsfullmäktige (§ 31/2016) att, i nära dialog med landstings/regiondirektörsnätverket, se över förbundsordningen och komma med förslag till revidering. Förslag till reviderad förbundsordning och prismodell har förberetts av förbundsstyrelsen.

Ajournering
Gudrun Brunegård begär 5 minuters ajournering.

Yrkanden

Peter Olofsson:
Att fullmäktiges ledamöter tar frågan till diskussion i landsting/sjukvårdsregionerna efter att fullmäktige antar den reviderade förbundsordningen som sedan ska fastställs av medlemmarnas landstingsfullmäktige.

Tilläggsyrkande

Ann Molander:
Att uppdra till styrelsen att förankra den reviderade förbundsordningen hos medlemmarna.

Förslag till beslut
Förbundsfullmäktige beslutar:
Förslag till reviderad förbundsordning fastställs och prismodell gällande från 1 januari 2018 fastställs.

Fullmäktige beslutar

Enligt förslag till beslut samt i tillägg till beslutet uppdra till styrelsen att skyndsamt förankra den reviderade förbundsordningen hos medlemmarna.

Beslutsunderlag
Förbundsordning revision 01 KSA 9–2017.

§ 11 Basering flygplan
KSA 17–2017

Sammanfattning

Enligt förslaget etableras de första baserna inför driftstarten i Umeå, Stockholm och Göteborg. Detta är tre stora orter som alla på olika vis både har anknytning till, och lång och stor erfarenhet av, flygambulans. Flygplatserna och den geografiska placeringen optimerar användandet av KSA's flygplan på bästa sätt samtidigt som det utgör en långsiktig satsning med låg risk.
Förslag till basering flygplan har förberetts av förbundsstyrelsen.

Förslag till beslut
Förbundsfullmäktige beslutar:
Förslag till basering flygplan fastställs.

Fullmäktige beslutar

Enligt förslag till beslut.

Beslutsunderlag
Basering flygplan KSA 17–2017

§ 12 Sammanträde på distans
KSA 3–2017

Sammanfattning
Förbundsstyrelsen fick i uppdrag av Förbundsfullmäktige (§ 12/2016) att utreda förutsättningarna för, samt utarbeta regler för deltagande i fullmäktige- och styrelsemöte på distans.
Förslag till regler för sammanträde på distans har förberetts av förbundsstyrelsen.

Förslag till beslut

Förbundsfullmäktige beslutar:
Förslag till regler för sammanträde på distans fastställs.

Fullmäktige beslutar

Enligt förslag till beslut.

Beslutsunderlag
Sammanträde på distans KSA 3–2017

§ 13 Åtgärdsplan

KSA 61–2016

Sammanfattning
Förbundsstyrelsen fick i uppdrag av Förbundsfullmäktige (§27/2016) att återkomma med rapport om åtgärder med anledning av revisorernas utlåtande. Åtgärdsplan har förberetts av förbundsstyrelsen och skickats till revisorerna 2017-03-10.

Förslag till beslut

Förbundsfullmäktige beslutar:
Rapporten godkännes.

Fullmäktige beslutar

Enligt förslag till beslut.

§ 14 Protokoll från förbundsstyrelsen för anmälan

Protokoll från sammanträden med förbundsstyrelsen den 17 november 2016, den 15 december 2016, 19 januari 2017 och 9 mars 2017. Bilaga 14–17.

Förslag till beslut
Förbundsfullmäktige beslutar:
Ovanstående protokoll noteras till protokollet.

Fullmäktige beslutar

Enligt förslag till beslut.

54

Regeländring färdtjänst

RS/983/2017

2017-05-19

Sekretariatet
Daniel Nilsson
Tfn: 063-14 75 71
E-post: daniel.l.nilsson@regionjh.se

RS/983/2017

Regeländring färdtjänst

Ärendebeskrivning

Ett samarbetsavtal finns mellan Region Jämtland Härjedalen (i egenskap av regional kollektivtrafikmyndighet RKM) och kommunerna Bräcke, Ragunda, Berg, Härjedalen, Krokom och Åre om samordning av samhällsbetalda resor.
Avtalet omfattar ett gemensamt regelverk för resor med färdtjänst. I avtalet ges RKM uppdraget att besluta om regeländringar. Uppdragsavtal § 4 och bilaga 4.

Färdtjänst är en kompletterande kollektiv transportform, och bygger på att resor med särskild kollektivtrafik samordnas. Färdtjänst är primärt till för färdtjänstinnehavaren, ledsagare beviljas om det krävs för att den färdtjänstberättigade ska kunna genomföra sin resa. Ledsagare regleras i lagstiftningen.

Medresenär samt egna barn är begrepp som inte återfinns i Lagen om färdtjänst, och det föreligger ingen skyldighet enligt lag att medge transport för dessa. I samarbetsavtalets regelverk finns dock regler för medresenär som ger eget barn rätt att få resa med den färdtjänstberättigade under vissa betingelser.

I regelverket under rubriken Ledsagare/medresenär finns en hänvisning till den allmänna kollektivtrafiken bestämmelser beträffande ”egna barn”, som förutom att vara otydlig dessutom är inaktuell.

Samrådsgruppen för särskild kollektivtrafik, där samtliga berörda kommuner har representanter, har vid sitt möte 20 januari 2017 initierat en ny tidsenlig tolkning och förtydligande av dessa regler för färdtjänsten.

Ny lydelse för hela stycket föreslås bli enligt nedan:
Ledsagare/medresenär
Ledsagare: Om den färdtjänstberättigade har behov av hjälp under resan, kan tillstånd beviljas för ledsagare utan extra kostnad för den enskilde.

Medresenär: Den som inte har tillstånd till ledsagare kan ta med sig en medresenär på färdtjänstresan. Medresenären betalar färdtjänsttaxa.

Eget barn 0-6 år: Utöver ovanstående får ett eget barn medfölja under färdtjänstresan, barnet är avgiftsbefriat.

Principen för färdtjänsttaxan framgår i bifogat uppdragsavtal om samordning av samhällsbetalda resor. Färdtjänsttaxan ska vara ca 150 % av Länstrafikens kontanttaxa. I Länstrafikens kontanttaxahar barn och ungdomar t o m dagen de fyller 20 år 50 % rabatt på vuxenpriset, innebärande att barn och ungdomar har motsvarande rabatt i färdtjänsttaxan.

Regionala utvecklingsnämnden behandlade ärendet 2017-05-09, § 85 och föreslår regionfullmäktige:
Regler för ledsagare och medresenär i Uppdragsavtal om samordning av samhällsbetalda resor i Jämtlands län, bilaga 4 ska ha följande lydelse:
1. Ledsagare: Om den färdtjänstberättigade har behov av hjälp under resan, kan tillstånd
beviljas för ledsagare utan extra kostnad för den enskilde.
2. Medresenär: Den som inte har tillstånd till ledsagare kan ta med sig en medresenär på
färdtjänstresan. Medresenären betalar färdtjänsttaxa.
3. Eget barn 0-6 år: Utöver ovanstående får ett eget barn medfölja under färdtjänstresan,
barnet är avgiftsbefriat.
4. Ändringarna träder i kraft den 1 juli 2017.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen tillstyrker regional utvecklingsnämndens förslag.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Mikael Ferm
Regionstabschef

Utdrag till

Regionfullmäktige

§85

Regeländring färdtjänst (RUN/98/2017)

Sammanfattning

Ett samarbetsavtal finns mellan Region Jämtland Härjedalen (i egenskap av regional kollektivtrafikmyndighet RKM) och kommunerna Bräcke, Ragunda, Berg, Härjedalen, Krokom och Åre om samordning av samhällsbetalda resor.
Avtalet omfattar ett gemensamt regelverk för resor med färdtjänst. I avtalet ges RKM uppdraget att besluta om regeländringar. Uppdragsavtal § 4 och bilaga 4.

Färdtjänst är en kompletterande kollektiv transportform, och bygger på att resor med särskild kollektivtrafik samordnas. Färdtjänst är primärt till för färdtjänstinnehavaren, ledsagare beviljas om det krävs för att den färdtjänstberättigade ska kunna genomföra sin resa. Ledsagare regleras i lagstiftningen.

Medresenär samt egna barn är begrepp som inte återfinns i Lagen om färdtjänst, och det föreligger ingen skyldighet enligt lag att medge transport för dessa. I samarbetsavtalets regelverk finns dock regler för medresenär som ger eget barn rätt att få resa med den färdtjänstberättigade under vissa betingelser.

I regelverket under rubriken Ledsagare/medresenär finns en hänvisning till den allmänna kollektivtrafiken bestämmelser beträffande ”egna barn”, som förutom att vara otydlig dessutom är inaktuell.

Samrådsgruppen för särskild kollektivtrafik, där samtliga berörda kommuner har representanter, har vid sitt möte 20 januari 2017 initierat en ny tidsenlig tolkning och förtydligande av dessa regler för färdtjänsten.

Ny lydelse för hela stycket föreslås bli enligt nedan:

Ledsagare/medresenär
Ledsagare: Om den färdtjänstberättigade har behov av hjälp under resan, kan tillstånd beviljas för ledsagare utan extra kostnad för den enskilde.

Medresenär: Den som inte har tillstånd till ledsagare kan ta med sig en medresenär på färdtjänstresan. Medresenären betalar färdtjänsttaxa.

Eget barn 0-6 år: Utöver ovanstående får ett eget barn medfölja under färdtjänstresan, barnet är avgiftsbefriat.

Principen för färdtjänsttaxan framgår i bifogat uppdragsavtal om samordning av samhällsbetalda resor. Färdtjänsttaxan ska vara ca 150 % av Länstrafikens kontanttaxa. I

Länstrafikens kontanttaxahar barn och ungdomar t o m dagen de fyller 20 år 50 % rabatt på vuxenpriset, innebärande att barn och ungdomar har motsvarande rabatt i färdtjänsttaxan.

Förslag till beslut

Utskottet för infrastruktur föreslår

Regionala utvecklingsnämnden föreslå regionfullmäktige

Regler för ledsagare och medresenär i Uppdragsavtal om samordning av samhällsbetalda resor i Jämtlands län, bilaga 4 ska ha följande lydelse:

1. Ledsagare: Om den färdtjänstberättigade har behov av hjälp under resan, kan tillstånd beviljas för ledsagare utan extra kostnad för den enskilde.
2. Medresenär: Den som inte har tillstånd till ledsagare kan ta med sig en medresenär på färdtjänstresan. Medresenären betalar färdtjänsttaxa.
3. Eget barn 0-6 år: Utöver ovanstående får ett eget barn medfölja under färdtjänstresan, barnet är avgiftsbefriat.
4. Ändringarna träder i kraft den 1 juli 2017.

Yrkanden

Marie Svensson(V) yrkar på tillägg som punkt 5. "Färdtjänst för barn och ungdomar i åldern 6-19 år ska vara gratis i likhet med de fria busskorten som gäller i regionen.".

Propositionsordning

Ordförande ställer proposition på Infrastrukturutskottets förslag och finner det antaget.
Ordförande ställer proposition på Marie Svenssons tilläggsyrkande och finner det avslaget.

Reservationer

Marie Svensson(V) reserverar sig mot beslutet till förmån för sitt eget yrkande.

Beslut

Regionala utvecklingsnämnden föreslå regionfullmäktige

Regler för ledsagare och medresenär i Uppdragsavtal om samordning av samhällsbetalda resor i Jämtlands län, bilaga 4 ska ha följande lydelse:

1. Ledsagare: Om den färdtjänstberättigade har behov av hjälp under resan, kan tillstånd beviljas för ledsagare utan extra kostnad för den enskilde.
2. Medresenär: Den som inte har tillstånd till ledsagare kan ta med sig en medresenär på färdtjänstresan. Medresenären betalar färdtjänsttaxa.
3. Eget barn 0-6 år: Utöver ovanstående får ett eget barn medfölja under färdtjänstresan, barnet är avgiftsbefriat.
4. Ändringarna träder i kraft den 1 juli 2017.

Expedieras till

Länstrafiken i Jämtlands län AB, samtliga kommuner i länet utom Strömsund och Östersund.

Beslutsunderlag

- §85 AU Regeländring färdtjänst
- Undertecknade avtal

2012-01-01

Avtal om samordning av samhällsbetalda resor i Jämtlands län

Parter Jämtlands läns landsting, Bräcke, Ragunda, Åre, Berg, Härjedalens och Strömsunds kommuner

Samarbetsavtal om samordning av samhällsbetalda resor

1. Inledning

Allmän kollektivtrafik är öppen för alla och utgörs av linjetrafik som är tidtabellagd, den kan vara anropsstyrd, den har en fastställd taxa. Denna trafik regleras i särskilda avtal.

Särskild kollektivtrafik är samhällsbetald trafik som inte är öppen för alla utan kräver någon form av tillstånd och vanligen förbokning. Med särskild kollektivtrafik avses resformerna färdtjänst, riksfärdtjänst, omsorgsresor, sjukresor, skolskjutsar och särskoleskjutsar, även smågods kan förekomma.

Tillsammans utgör allmän och särskild kollektivtrafik den *samlade kollektivtrafiken.* Ansvaret för de olika trafikformerna regleras i olika lagar.

All samhällsbetald trafik kan inordnas i ett system. En ökad grad av integrering kan då uppnås. Samordning sker genom gemensam upphandling av trafikutövare för olika resor (färdtjänst, skolskjuts, sjukresor, närtrafik, linje och anropsstyrd linjetrafik), och att alla förbeställda resor bokas genom *en* beställningscentral (BC). Taxorna samordnas och blir mer enhetliga med länstrafiktaxan som norm. Syftet är också att sänka samhällets kostnad för resorna.

Jämtlands läns landsting och kommunerna Bräcke, Ragunda, Åre, Berg, Härjedalens och Strömsunds kommuner - nedan kallad parterna – tecknar följande samarbetsavtal.

2. Parternas ansvarsområde

Parterna har det politiska och ekonomiska ansvaret för särskild kollektivtrafik inom sina respektive verksamhetsområden. De kommunala verksamhetsområden som omfattas är färdtjänst och riksfärdtjänst, elevresor och särskoleresor samt handikapp- och äldreomsorgsresor. Landstingets ansvarsområde är sjukresor.

3. Samarbetsförklaring

Målet med samarbetet mellan parterna är att gemensamt och kostnadseffektivt svara för särskild kollektivtrafik. Parterna är överens om att samarbeta så att effektivast möjliga samordning inom den särskilda kollektivtrafiken och mellan den särskilda och allmänna kollektivtrafiken uppnås. Resenären skall kunna uppleva en bra kvalité och en god service från att resan beställts till den är genomförd. Parterna förbinder sig att verka för en harmonisering av regelverket och taxa för att effektivisera en resesamordning.

4. Avtal med Regionförbundet Jämtlands län i egenskap av regional kollektivtrafikmyndighet (RKM)

Parterna skall med RKM ingå ett uppdragsavtal som reglerar det vidare arbetet med särskild kollektivtrafik i länet. I uppdragsavtalet ges RKM i uppdrag att verkställa landstingets och kommunernas uppgifter som ansvarig för särskild kollektivtrafik och att upphandla beställningscentral- och persontransporttjänster för sådana resformer som parterna har ansvar för.

Med beställningscentral avses verksamhet för att ta emot beställningar av resor, organisera och administrera återkommande schemalagda resor, samordna dessa beställningar till transportuppdrag och vidarebefordra uppdragen till avtalsbundna transportörer, samordna riksfärdtjänst samt sjuk- och behandlingsresor utanför länet.

Parterna skall inför varje upphandling av beställningscentral (BC), samordningsprogram och transporttjänster träffa överenskommelse om fördelningsnycklar, funktionskrav, kvalitetskrav, miljökrav och andra krav på verksamheten.

5. Parternas ekonomiska ansvar

Kostnad för drift och administration av BC skall fördelas för närtrafik, anropsstyrd linjetrafik, färdtjänst, riksfärdtjänst och sjukresor utifrån antalet förmedlade resor. Kostnadsfördelningen skall ske enligt principen att färdtjänstresor viktas 1,0, sjukresor 1,0, riksfärdtjänstresor 10,0, sjukresor med tåg och flyg 10,0, närtrafik och anropsstyrd linjetrafik 1,0, arbetsresor (inom färdtjänsten) 0,5, särskoleresor 1,0.
Trafikkostnaden betalas av den part som är ansvarig för den aktuella trafiken.
Administrationskostnader som inte direkt kan hänföras till BC eller trafik fördelas enligt nyckel för drift och administration av BC.

Kostnad för legitimering av färdtjänst ska bekostas av respektive kommun.

6. Lagstiftning

Parterna skall följa gällande lagstiftning avseende särskild kollektivtrafik.

7. Informationsskyldighet

Om någon part vidtar förändring som väsentligt kan komma att påverka övrigas ekonomiska utfall skall samtliga parter snarast underrättas om det.

8. Tillkommande part

Kommun inom Jämtlands län äger rätt, utan särskilt beslut hos varje avtalspart, att ansluta sig till detta avtal i enlighet med dess villkor och intentioner. Begäran om att ansluta sig skall vara skriftlig och lämnas till RKM som delger samtliga parter samt Länstrafiken i Jämtlands län AB som är utförare av uppdraget, utom myndighetsutövningen. Anslutning regleras i skriftligt tillägg till detta avtal. RKM ges i uppdrag att för samtliga till avtalet redan anslutna kommuner och landstinget godkänna anslutning på de villkor som anges i detta avtal. Anslutning kan enbart ske med sex månaders framförhållning och skall ske vid årsskifte om parterna inte överenskommer om annat.

Om ny part (kommun) ansluter sig till detta avtal skall parten även ansluta sig till de gemensamma regler, taxor och kvalitetskrav som finns för tillfället.

9. Samrådsgrupp för särskild kollektivtrafik

Det ska finnas en gemensam samrådsgrupp för särskild kollektivtrafik. Samrådsgruppen skall bestå av en representant för respektive part i detta avtal och RKM.

Samrådsgruppen skall vara ett organ för parterna att, på tjänstemannaplanet, få ett ömsesidigt informationsutbyte och forum för utvecklingsarbete samt utgöra en kontaktlänk mellan parterna och länstrafiken. Samrådsgruppens arbete regleras närmare i Uppdragsavtalet punkt 4.
Parterna i samrådsgruppen ansvarar för att gruppens förslag förs in för beslut i respektive organisation.

10. Tvist

Tvist angående tolkning av detta avtal skall i första hand avgöras genom förhandling mellan parterna. I andra hand skall tvist avgöras av svensk domstol enligt svensk lag.

11. Ändringar

Ändringar och tillägg till detta avtal skall vara skriftliga och undertecknade av samtliga parter.

12. Avtalstid/uppsägning

Detta avtal gäller fr.o.m. 2012-01-01 t.o.m. 2015-12-31. Uppsägningstiden skall vara ett år. Uppsägning skall vara skriftlig och delges samtliga parter och Länstrafiken i Jämtlandslän AB. Om avtalet inte sägs upp skall det förlängas tre år med samma uppsägningstid.

Om någon part säger upp avtalet skall övriga parter ha rätt att påkalla omförhandling om en förlängning av avtalet i justerad form.

Avtalet finns upprättat i 7 exemplar, parterna har tagit varsitt exemplar.

Östersund 2012-01-01

Jämtlands läns landsting

.....

Bräcke kommun

.....

Härjedalens kommun

.....

Ragunda kommun

.....

Bergs kommun

.....

Åre kommun

.....

Strömsunds kommun

.....

Regionförbundet
Jämtlands län

Uppdragsavtal om samordning av samhällsbetalda resor i

Jämtlands län

Parter Jämtlands läns landsting, Bergs kommun, Bräcke kommun, Härjedalens kommun, Ragunda kommun, Strömsunds kommun och Åre kommun samt Regionförbundet Jämtlands län i egenskap av Regional Kollektivtrafikmyndighet

Avtalsbilagor

Bilaga 1 – uppdrag per part i avtalet
- A- Jämtlands läns landsting
- B- Bergs kommun
- C- Bräcke kommun
- D- Härjedalens kommun
- E- Ragunda kommun
- F- Strömsunds kommun
- G- Åre kommun

Bilaga 2 – taxor
Bilaga 3 – servicenivåer
Bilaga 4 – regelverk färdtjänst
Bilaga 4A- besvärshänvisning
Bilaga 5 – skolskjutsar
Bilaga 6 – regelverk och ersättningsgrunder för sjukresor

Landstinget i Jämtlands län och kommunerna Berg, Bräcke, Härjedalen, Ragunda Strömsund och Åre har tecknat ett samarbetsavtal. Till samarbetsavtalet fogas detta uppdragsavtal mellan Landstinget i Jämtlands län, kommunerna Bräcke, Ragunda, Åre, Berg, Strömsund och Härjedalen nedan kallade kommunerna och landstinget och Regionförbundet Jämtlands län i egenskap av Regional kollektivtrafikmyndighet i Jämtlands län, nedan kallad Kollektivtrafikmyndigheten.

1. Regionala kollektivtrafikmyndighetens uppdrag

I överensstämmelse med det av kommunerna och landstinget ingångna Samarbetsavtalet om samordning av samhällsbetalda resor ges Kollektivtrafikmyndigheten i uppdrag att verkställa landstingets och kommunernas uppgifter som ansvariga för särskild kollektivtrafik i nedanstående omfattning.
För varje kommun/landstinget tecknas en särskild avtalsbilaga, av den framgår vilka resformer och ansvar (legitimering) som överlåtits. Resformer kan läggas till under löpande avtalsperiod efter överenskommelse mellan Kollektivtrafikmyndigheten och respektive kommun/landstinget.

2. Uppdragsbeskrivning

Kollektivtrafikmyndighetens uppdrag är att samordna de samhällsbetalda resorna oavsett om det är kommunerna, landstinget eller *Länstrafiken* som har ansvaret för dessa. Detta sker genom att Kollektivtrafikmyndigheten *(eller den kollektivtrafikmyndigheten utser)* bedriver

- beställnings- och samordningsfunktion (BC) för samhällsbetalda resor
- transporttjänster avseende särskild kollektivtrafik.

Verksamheten skall bedrivas med hjälp av entreprenörer som upphandlas i konkurrens alternativt i egen regi.

så att Verksamheten skall bedrivas

- så att samordning och planering av resor minimerar kostnaden för verksamheten
- så att överenskommen kvalitet på resor och tjänster upprätthålls.
- i övrigt i enlighet med vad parterna enligt 4. tredje stycket Samarbetsavtalet kommit överens om.

Kollektivtrafikmyndigheten ska vidare

- aktivt arbeta med utveckling av resmöjligheter för att minska behovet av särskild kollektivtrafik genom att fler skall kunna nyttja den allmänna kollektivtrafiken och
- biträda landstinget och kommunerna med planeringsarbete i den utsträckning som parterna kommer överens om.

3. Myndighetsutövning

Lagen om färdtjänst (SFS 1997:736) respektive riksfärdtjänst (SFS 1997:735) ger möjlighet för kommun att överlåta samtliga uppgifter för handläggning av färdtjänst respektive riksfärdtjänst till den Regionala kollektivtrafikmyndigheten d v s även myndighetsutövningen. Den kommun som vill överlåta myndighetsutövning enligt ovanstående lagar anger det särskilt i bilaga till detta avtal mellan kommunen och Regionala Kollektivtrafikmyndigheten. (bilaga 1. Uppdrag per part)

4. Samrådsgrupp för särskild kollektivtrafik

Regionala Kollektivtrafikmyndigheten ska svara för den gemensamma samrådsgruppen enligt samarbetsavtalet, punkt 9, för särskild kollektivtrafik, där Regionala Kollektivtrafikmyndigheten *(eller den kollektivtrafikmyndigheten utser)* ska vara sammankallande och leda sammanträdet. Protokoll ska föras vid gruppens sammanträden.
Samrådsgruppen är ett organ för parterna att på tjänstemannaplanet få ett ömsesidigt informationsutbyte och forum för utvecklingsarbete samt utgöra en kontaktlänk mellan parterna och Regionala Kollektivtrafikmyndigheten
Exempelvis skall samrådsgruppen initiera förändringar av mål, regler, tillämpningsanvisningar och ekonomiska villkor för hur resenären får nyttja den särskilda kollektivtrafiken.
Samrådsgruppen skall kunna utse arbetsgrupper och adjungera deltagare för att bereda verksamhetsspecifika frågor.
Samrådsgruppen sammanträder vid minst två tillfällen per år.

5. Regelverk och kundtillstånd

För uppdraget gäller de gemensamma mål, regler, tillämpningsanvisningar och ekonomiska villkor för hur resenären får nyttja den särskilda kollektivtrafiken. Se bilagorna 2 Taxor, 3 Servicenivåer, 4 Regelverk Färdtjänst, 5 Skolskjutsar och 6 Sjukresor gällande fr.o.m. 2008-10-01. Kommunerna uppdrar till Regionala Kollektivtrafikmyndigheten att fatta beslut om färdtjänsttaxan, enligt de principer som redovisas i bilaga 2, Taxor samt ansvara för och besluta om eventuella regeländringar avseende bilaga 4, regelverk färdtjänst.
Varje uppdragsgivare, som inte överlåtit myndighetsutövningen enligt punkt 3, ansvarar för att erforderliga uppdateringar av databasen sker beträffande kundtillstånd och tillståndsregistrering.

6. Ekonomi

Ersättning

Regionförbundet som Regional Kollektivtrafikmyndighet får ersättning för de faktiska kostnader som verksamheten medför. Regionförbundet (Regionala Kollektivtrafikmyndigheten) ska i efterskott, dock senast den 15:e i varje månad fakturera kommunerna och landstinget för ersättning till entreprenörer, administrationskostnader och andra kostnader som kan hänföras till respektive uppdragsgivare. Kostnadsfördelningen framgår av Samarbetsavtalet mellan kommunerna och landstinget.

Slutlig reglering av kommunerna och landstingets ersättning enligt fastställd kostnadsfördelning för innevarande år skall ske senast 31 mars nästkommande år.

Budget

Regionala kollektivtrafikmyndigheten ska i överenskommelse med respektive uppdragsgivare, fastställa en budget för nästkommande år och i övrigt lämna de uppgifter till kommunerna och landstinget som efterfrågas.

Budgeten skall innehålla

- verksamhetens erforderliga gemensamma kostnader och investeringar,
- budgetunderlag till resp uppdragsgivare.
- alla kostnader och ersättningar till anlitade entreprenörer,
- ekonomisk redovisning

7. Rapporter

Regionala Kollektivtrafikmyndigheten ska följa upp verksamheten och minst kvartalsvis tillsända respektive uppdragsgivare en resultatrapport.
Regionala Kollektivtrafikmyndigheten ska månadsvis redovisa generell statistik över resande och kostnader, brutto och netto. Mer specifik statistik ur datasystemet tillhandahålls av Regionala Kollektivtrafikmyndigheten enligt särskild överenskommelse.

Regionala Kollektivtrafikmyndigheten ska i övrigt följa upp verksamheten i enlighet med vad parterna enligt 4. tredje stycket Samarbetsavtalet kommit överens om.

8. Nya uppdragsgivare

Inträde av nya uppdragsgivare regleras i skriftligt tillägg till detta avtal mellan uppdragsgivaren och Regionala Kollektivtrafikmyndigheten, och ska vara undertecknat av båda parter.

Uppdragsgivare som ansluter sig till detta uppdragsavtal ska till Regionala Kollektivtrafikmyndigheten betala en initial- avgift som motsvarar de faktiska

kostnader som uppstår i BC för att administrera inträdet av en tillkommande uppdragsgivare.

9. Ändrade förutsättningar

Detta uppdragsavtal bygger på förutsättningen att parterna enligt lag och rättslig prövning i domstol är skyldiga att upphandla BC för samordning av särskild kollektivtrafik. Om förutsättningarna skulle komma att ändras så att Regionala Kollektivtrafikmyndigheten ges möjlighet att driva BC i egen regi och att Regionala Kollektivtrafikmyndigheten också, efter överenskommelse mellan kommunerna och landstinget, övertar ansvaret för BC, skall detta uppdragsavtal skrivas om i enlighet med de nya förutsättningarna.

10. Tvist

Tvist angående tolkning av detta uppdragsavtal skall i första hand avgöras genom förhandling mellan parterna. I andra hand skall tvist avgöras av svensk domstol enligt svensk lag.

11. Ändringar

Ändringar och tillägg till detta uppdragsavtal skall vara skriftliga och undertecknade av samtliga parter.

12. Avtalstid/uppsägning

Detta uppdragsavtal gäller från och med 2012-01-01 så länge som samarbetsavtalet mellan kommunerna och landstinget gäller. Uppsägningstiden skall vara ett år. Uppsägning skall vara skriftlig och delges samtliga parter och Regionala Kollektivtrafikmyndigheten. Om uppdragsavtalet inte sägs upp skall det förlängas tre år med samma uppsägningstid.

Om någon part säger upp uppdragsavtalet skall övriga parter ha rätt att påkalla diskussioner om en förlängning av uppdragsavtalet i justerad from.

Uppdragsavtalet finns upprättat i 8 exemplar, parterna har tagit varsitt exemplar.

Östersund 2012-01-01

Jämtlands läns landsting

Berg kommun

Bräcke kommun

Härjedalens kommun

Ragunda kommun

Strömsunds kommun

Åre kommun

Kollektivtrafikmyndigheten i Jämtlands län (Regionförbundet Jämtlands län)

Regionförbundet
Jämtlands län

Bilaga 1 A

Avtalsbilaga till

Uppdragsavtal samordning av samhällsbetalda resor

för Jämtlands läns landsting

Jämtlands läns landsting uppdrar till Regionala Kollektivtrafikmyndigheten i Jämtlands län att utföra nedanstående tjänster för landstingets räkning. Utförandet ska ske i enlighet med samarbetsavtal och uppdragsavtal för samordning av samhällsbetalda resor.

Omfattning

Jämtlands läns landsting ger Regionala Kollektivtrafikmyndigheten i Jämtlands län i uppdrag att verkställa landstingets uppgift som huvudman för sjukresor dels i form av beställningscentral och dels i form av transporttjänster.

Östersund 2012- 01 - 01

.....

.....

Regionförbundet
Jämtlands län

Bilaga 1 B

Avtalsbilaga till

Uppdragsavtal samordning av samhällsbetalda resor

för Bergs kommun

Bergs kommun uppdrar till Regionala Kollektivtrafikmyndigheten i Jämtlands län att fr o m utföra nedanstående tjänster för kommunens räkning. Utförandet ska ske i enlighet med samarbetsavtal och uppdragsavtal för samordning av samhällsbetalda resor.

Omfattning

Bergs kommun uppdrar till Regionala Kollektivtrafikmyndigheten i Jämtlands län att verkställa samtliga kommunens uppgifter, inklusive myndighetsutövning, som huvudman för färdtjänst respektive riksfärdtjänst. Uppdraget innefattar även tjänster för skolskjutsverksamhet.

Resformerna anropsstyrd linjetrafik och närtrafik enligt samarbetsavtalet ansluts till uppdragsavtalet

Östersund 2012-01-01

.....

.....

Regionförbundet
Jämtlands län

Bilaga 1 C

Avtalsbilaga till

Uppdragsavtal samordning av samhällsbetalda resor

för Bräcke kommun

Bräcke kommun uppdrar till Regionala Kollektivtrafikmyndigheten i Jämtlands län att utföra nedanstående tjänster för kommunens räkning. Utförandet ska ske i enlighet med samarbetsavtal och uppdragsavtal för samordning av samhällsbetalda resor.

Omfattning

Bräcke kommun ger Regionala Kollektivtrafikmyndigheten i Jämtlands län i uppdrag att verkställa samtliga kommunens uppgifter, inklusive myndighetsutövning, som huvudman för färdtjänst respektive riksfärdtjänst. Uppdraget innefattar även tjänster för skolskjutsverksamhet.

Resformerna anropsstyrd linjetrafik och närtrafik enligt samarbetsavtalet ansluts till uppdragsavtalet

Östersund 2012-01-01

.....

.....

Regionförbundet
Jämtlands län

Bilaga 1 D

Avtalsbilaga till

Uppdragsavtal samordning av samhällsbetalda resor

för Härjedalens kommun

Härjedalens kommun uppdrar till Regionala Kollektivtrafikmyndigheten i Jämtlands län att utföra nedanstående tjänster för kommunens räkning. Utförandet ska ske i enlighet med samarbetsavtal och uppdragsavtal för samordning av samhällsbetalda resor.

Omfattning

Härjedalens kommun ger Regionala Kollektivtrafikmyndigheten i Jämtlands län i uppdrag att verkställa samtliga kommunens uppgifter, inklusive myndighetsutövning, som huvudman för färdtjänst respektive riksfärdtjänst. Uppdraget innefattar även tjänster för skolskjutsverksamhet.

Resformerna anropsstyrd linjetrafik och närtrafik enligt samarbetsavtalet ansluts till uppdragsavtalet

Östersund 2012-01-01

.....

.....

Regionförbundet
Jämtlands län

Bilaga 1 E

Avtalsbilaga till

Uppdragsavtal samordning av samhällsbetalda resor

för Ragunda kommun

Ragunda kommun uppdrar till Regionala Kollektivtrafikmyndigheten i Jämtlands län att utföra nedanstående tjänster för kommunens räkning. Utförandet ska ske i enlighet med samarbetsavtal och uppdragsavtal för samordning av samhällsbetalda resor.

Omfattning

Ragunda kommun ger Regionala Kollektivtrafikmyndigheten i Jämtlands län i uppdrag att verkställa samtliga kommunens uppgifter, inklusive myndighetsutövning, som huvudman för färdtjänst respektive riksfärdtjänst. Uppdraget innefattar även tjänster för skolskjutsverksamhet.

Resformerna anropsstyrd linjetrafik och närtrafik enligt samarbetsavtalet ansluts till uppdragsavtalet

Östersund 2012-01-01

....

Regionförbundet
Jämtlands län

Bilaga 1 F

Avtalsbilaga till

Uppdragsavtal samordning av samhällsbetalda resor

för Strömsunds kommun

Strömsunds kommun uppdrar till Regionala Kollektivtrafikmyndigheten i Jämtlands län att utföra nedanstående tjänster för kommunens räkning. Utförandet ska ske i enlighet med samarbetsavtal och uppdragsavtal för samordning av samhällsbetalda resor.

Omfattning

Strömsunds kommun ger Regionala Kollektivtrafikmyndigheten i Jämtlands län i uppdrag att verkställa kommunens uppgift, inklusive myndighetsutövning, som huvudman för färdtjänst respektive riksfärdtjänst. Uppdraget innefattar även tjänster för skolskjutsverksamhet.

Resformerna anropsstyrd linjetrafik och närtrafik enligt samarbetsavtalet ansluts till uppdragsavtalet

Östersund 2012-01-01

.....

.....

Regionförbundet
Jämtlands län

Bilaga 1 G

Avtalsbilaga till

Uppdragsavtal samordning av samhällsbetalda resor

för Åre kommun

Åre kommun uppdrar till Regionala Kollektivtrafikmyndigheten i Jämtlands län att fr o m 2012-01-01 utföra nedanstående tjänster för komunens räkning. Utförandet ska ske i enlighet med samarbetsavtal och uppdragsavtal för samordning av samhällsbetalda resor.

Omfattning

Åre kommun ger Regionala Kollektivtrafikmyndigheten i Jämtlands län i uppdrag att verkställa samtliga kommunens uppgifter, inklusive myndighetsutövning, som huvudman för färdtjänst respektive riksfärdtjänst. Uppdraget innefattar även tjänster för skolskjutsverksamhet.

Resformerna anropsstyrd linjetrafik och närtrafik enligt samarbetsavtalet ansluts till uppdragsavtalet.

Östersund 2012-01-01

.....
För Regionförbundet
Robert Uitto
Regionråd

.....
För Åre kommun
Eva Hellstrand
Kommunalråd

Regionförbundet
Jämtlands län

Bilaga 2

Taxor 2012-03-01

Taxesättning

Länstrafiktaxan är normerande för hur taxan för andra samhällsbetalda resor skall sättas. När trafik och särskild kollektivtrafik har en högre taxa än länstrafiktaxan. Detta för att de resformerna är sällanresor, har en högre servicegrad samt som ett incitament för att styra över en del av resandet till den ordinarie linjetrafik (ink. Anropsstyrd linjetrafik) i länet. Den trafik som Regionförbundet i Jämtlands län i egenskap av regional kollektivtrafikmyndighet ansvarar för.

Länstrafiktaxan

Länstrafikens kontanttaxa är svagt degressiv (vid en lång resa är kostnaden i kr/km lägre än vid en kort resa) avståndet mellan de olika taxestegen är 2-4 km på korta avstånd och 4-9 km på längre avstånd. I Mars 2012 är priset för en kontantresa:

0-10 km	23 kr,
11-13 km	26 kr
14-15 km	30 kr
16- 17 km	36 kr
18-19 km	38 kr
20-21 km	40 kr o s v,

Max priset är för en enkelresa 217 kr och en dagbiljett kostar 290 kr. Den gäller för obegränsat resande under en dag.

Närtrafiktaxan

Närtrafiken har kontanttaxa enligt zoner ovan om 5 km. BestPricekort, elevkort, företagskort, resplus och Norrlandsresa gäller inte på närtrafiken. Närtrafiken är anropsstyrda sällanresor. Periodkort, Elevkort och BestPricekort som är avsedda för regelbundet resande gäller inte på denna trafikform.

Krontalsändringar i Länstrafik- och Närtrafiktaxan beslutas av Länstrafiken AB. Principiella ändringar beslutas av Regionala Kollektivtrafikmyndigheten i Jämtlands län.

Färdtjänsttaxan

Färdtjänsttaxan skall vara högre än länstrafikens kontanttaxa, ca 150%.
Färdtjänsttaxan är satt i zoner (1 zon ca 5 km) det ger något färre taxesteg än Länstrafiktaxan.

1 zon	47 kr
2 zoner	50 kr
3 zoner	57 kr o s v
33 zoner	314 kr takpris för resa med färdtjänst.

Färdtjänstresor skall bokas senast kl 17.00 dag före resdag, detta för att öka möjligheten till samordning. Vid senare beställning samma dag som färdtjänstresan företas, tillkommer en bokningsavgift med 20 kr.
Färdtjänsttaxan, som är kopplad till Länstrafiktaxan, beslutas av Regionala kollektivtrafikmyndighteten.

För **Riksfärdtjänstresor** finns särskild taxa fastlagd.

Sjukresetaxan

Utgångspunkten för taxesättningen är att kostnaden för att resa till sjukvård inte får kosta så mycket att den enskilde avstår från sjukvård av det skälet. Taktaxa är 80 kr, fr o m okt 2008.
Vid resa med Länstrafiken på resa som är ersättningsgrundande som sjukresa ersätts den enskilde för egenavgift över 80 kr fr o m okt 2008. Sjukresetaxan beslutas av Landstingsfullmäktige.

TAXA

avst km	Länstr taxa	Färdtjänst-taxa	Färdtjänst direktbest 20 kr	Sjuk resor
10	22	47	67	47
15	29	50	70	50
20	38	57	77	57
25	43	64	84	64
30	52	78	98	78
35	57	88	108	80
40	63	100	120	80
45	71	113	133	80
50	83	125	145	80
55	92	138	158	80
60	96	150	170	80
65	102	163	183	80
70	114	175	195	80
75	121	188	208	80
80	128	200	220	80
85	128	200	220	80
90	134	205	225	80
95	140	210	230	80
100	140	210	230	80
105	153	230	250	80
110	160	240	260	80
115	160	240	260	80
120	166	249	269	80
125	166	249	269	80

130	179	269	289	80
135	179	269	289	80
140	186	279	299	80
145	186	279	299	80
150	197	295	315	80
155	197	295	315	80
160	204	305	325	80
165	204	305	325	80
170	210	314	334	80

Regionförbundet
Jämtlands län

Bilaga 3

Servicenivåer

Servicenivåer för olika samhällsbetalda resor redovisas nedan.

Nivå	Servicegrad	Restyp	Resenär	Kommentar
1	Tidtabellagd linjetrafik Fasta hållplatser	Kollektivtrafik Skolskjutsar	Allmänheten Skolbarn Sjukresa utan särskilda behov Färdtjänst utan särskilda behov	Ingen ledsagning eller hjälp med bagage Buss (ev med lågentré), mindre fordon
2	Tidtabellagd anropsstyrd trafik Hämtning/lämning vid adress Samåkning	Anropsstyrd kollektivtrafik Plustrafik	Allmänheten Sjukresa utan behov av ledsagning et c	Ingen ledsagning "dörr till dörr och/eller hjälp med bagage Fordon anpassade till behov ex vis rullstol
3	Förbetsälld anropsstyrd trafik Ej tidtabelllagd Fasta avgångstider Samåkning	Färdtjänst Sjukresor	Fjärdtjänstresenärer som enligt tillstånd inte klarar att åka enligt enl nivå 1-2. Sjukresa - planerat besök- med medicinska skäl (intyg) som enl tillstånd inte klarar att åka enligt nivå 1-2.	Ledsagning dörr till dörr Hjälp med bagage Fordon anpassade till behov ex vis rullstol eller bår Väntetid kan förekomma för resa. Uppehåll under resa medges ej **Omvägstid *** 0-60 min restid, max 100% påslag på restiden Mer än 60 min restid, max 50% påslag på restiden.
4	Direktbeställd anropsstyrd trafik Ej tidtabellagd Fasta avgångstider Samåkning	Färdtjänst Sjukresor	Fjärdtjänstresenär som enligt tillstånd och behov av resa inte klarar att åka enligt nivå 1-3. Sjukresa - akut besök- med medicinska skäl (intyg) som enl tillstånd inte klarar att åka enligt nivå 1-3.	Ledsagning dörr till dörr. Hjälp med bagage Fordon anpassade till behov ex vis rullstol eller bår. Väntetid kan förekomma för resa. Uppehåll under resa medges ej **Omvägstid *** 0-60 min restid, max 100% påslag på restiden Mer än 60 min restid, max 50% påslag på restiden
5	För- och direktbeställd anropsstyrd trafik Ej tidtabellagd Ej samåkning	Färdtjänst Sjukresor	Fjärdtjänstresenär som enligt tillstånd och behov av resa inte klarar att åka enligt nivå 1-4. Sjukresa - akut eller planerat besök- med medicinska skäl (intyg) som enl tillstånd inte klarar att åka enligt nivå 1-4 (ex vis infektionskänslighet).	Ledsagning dörr till dörr. Hjälp med bagage Fordon anpassade till behov ex vis rullstol eller bår. Väntetid kan förekomma för resa. Uppehåll under resa medges ej Direkttransport

*Med omvägstid avses förlängd restid för aktuell resväg. Restid definieras som den planerade tiden det tar för transporten att färdas med resenär i bilen från punkt A till B. Restiden är beräknad utifrån vägstandard, hastighetsbegränsningar och väderlek och kan därigenom variera över året. I begreppet innefattas inte tillkommande tid för hjälp till/från bilen.

Regionförbundet
Jämtlands län

Bilaga 4A

BESVÄRSHÄNVISNING

Hur man överklagar beslut

Om Ni vill överklaga det beslut Ni nu fått, ska Ni skriva till beslutsfattaren inom 3 veckor från den dag Ni fick del av beslutet. Ange vilket beslut det gäller och vilken ändring Ni vill ha.

Om överklagandet inkommit i rätt tid, kommer handlingarna att skickas till Förvaltningsrätten om beslutsfattaren inte ändrar beslutet som Du begärt.

Om något är oklart kan Ni vända Er till beslutsfattaren för in formation.

Överklagandet sändes under adress:

Regionförbundet Jämtlands län
Länstrafiken
Särskild kollektivtrafik
Hamngatan 14
831 34 Östersund

Regionförbundet
Jämtlands län

Bilaga 4 (ver3)

Regelverk färdtjänst

Allmänt

Mål

Färdtjänst är en kompletterande kollektiv transportform, som efter behovsprövning får användas av personer som på grund av funktionshinder, som inte endast är kortvarigt, har väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand eller att resa med allmänna kommunikationsmedel.

Färdtjänst kan aldrig användas som ersättning för avsaknad av allmänna kommunikationer.

Ansvar

Regionala kollektivtrafikmyndigheten i Jämtlands län ansvarar för färdtjänsten enligt de avtal som träffats med kommunerna.

Ansökan

Ansökan om färdtjänst görs till Regional kollektivtrafikmyndigheten i Jämtlöands län/ den kommun där den sökande är folkbokförd. *(Beroende på om legitimering av färdtjänstresenärer överlåtits eller ej.)*
Ansökan görs skriftligt. Vissa personuppgifter måste då lämnas av den sökande.
Läkarintyg är ej obligatoriskt, men kan komma att infordras. Läkarintyg bekostas av sökanden.

Beslut om tillstånd

Regionala kollektivtrafikmyndigheten i Jämtlands län / den kommun där den sökande är folkbokförd beslutar om tillstånd.
Beslut om beviljande av färdtjänst fattas enligt gällande delegationsordning.
Beslut om beviljad färdtjänst eller avslag om densamma meddelas skriftligt till den sökande.
Efter beslut om beviljande av färdtjänst utfärdas färdtjänsttillstånd. Av detta skall färdtjänstresenärens särskilda behov framgå ex vis ledsagare, specialfordon eller hjälpmedel.
Tvist om färdtjänstillstånd skall i första hand hanteras mellan den sökande och berörd kommun/Regionala kollektivtrafikmyndigheten.

Formellt besvär över beslut handlägges av länsrätten. I beslut skall besvärshänvisning ske enligt bilaga 4A.

Färdtjänst beviljas
A Tillsvidare i det fall funktionshindret p g a dess art eller personens ålder beräknas bli bestående.
B Tidsbegränsat för

- Person vars funktionshinder inte bedöms som varaktigt men anses blir bestående minst 3 månader.
- Person som under vinterhalvåret har svårt att förflytta sig eller vistas ute i kyla och halt väglag.
- Person med sådant funktionshinder som i vissa situationer är beroenden av taxi/specialfordon.

Tillfällig svårighet förorsakad av olycksfall eller sjukdomstillstånd berättigar inte till anlitande av färdtjänsten.

Omprövning - förlängning
Omprövning av tidsbegränsat färdtjänsttillstånd skall göras när tillståndets giltighet upphör eller när förhållandena ändrats.
Om förhållandena ändras är den färdtjänstberättigade skyldig att meddela detta för att omprövning skall ske.
För tidsbegränsat färdtjänsttillstånd ansvarar den färdtjänstberättigade för att göra ny ansökan om nytt färstjänsttillstånd, när tiden för färdtjänsttillståndet går ut.

Regler för färdtjänst

Samordning av resor
Färdtjänsten igår som en del i ett samordnat trafiksystem av anropsstyrd trafik, tillsammans med sjukresor, skolskjutsar och anropsstyrd linjetrafik. Det innebär att färdtjänstresenär kan få samåka med andra resenärer, eller att färdtjänstresenär blir erbjuden att åka Plustrafik.
Val av fordon eller transportform för resan avgörs utifrån funktionshindrets art och resenärens hjälpbehov.

Resor och resmål
Beslut om färdtjänst gäller för obegränsat antal resor inom Jämtlands län. Andra resor är riksfärdtjänst.
Färdtjänstresa får göras dygnet runt.

Begränsningar
Färdtjänst får ej anlitas för sjuk- och läkarvårdsresor eller resor som ersätts av exempelvis försäkringsbolag, arbetsgivare, eller eget företag, reseersättning från arbetsvård et c.

Resor i annan kommun (annat län)
Ansökan om färdtjänst i annan kommun prövas och beviljas i antal enkelresor vid varje enskilt restillfälle.

Uppehåll under resan
Uppehåll under resa medges ej, då det kan medföra problem vid samordning av andra resenärers resor.

Ledsagare / medresenär
Om den färdtjänstberättigade har behov av hjälp under resan, kan tillstånd beviljas för ledsagare utan extra kostnad för den enskilde.

Färdtjänstberättigades **egna barn** 0-16 år får medfölja under färdtjänstresan med liknande förutsättningar som vid resa med kollektivtrafiken. (Länstrafikens taxebestämmelser). Person som inte är ledsagare kallas **medresenär**. Vid resa med särskild kollektivtrafik betalar medresenären en lika stor avgift som den som beviljats färdtjänst.

Avgifter
Färdtjänstresenär skall betala vid varje restillfälle fastställd avgift för färdtjänsten.

Färdtjänstfordon och service
Färdtjänsten utföres av trafikutövare med vilken Länstrafiken i Jämtlands län AB har tecknat avtal om sådana resor.
Färdtjänstfordon skall vid varje restillfälle vara väl anpassat för den enskildes behov, och särskild hänsyn skall tas till den färdtjänstberättigades säkerhet och bekvämlighet.

Om taxiutövaren har fordon där husdjur tillåts, kan husdjur få medföras. Med husdjur avses hund, katt eller annat sällskapsdjur. Resenären ansvarar för erforderlig uppsikt över medförda husdjur.

Resenär skall om möjligt vara klar för avresa när färdtjänstfordon anländer.

Förare av färdtjänstfordon är skyldig att vid behov hjälpa färdtjänstberättigad från bostad till fordon och vice versa samt från fordon till resmål (butik, serviceinrättning etc) föraren hjälper även till med bagage, rullstol eller annat hjälpmedel. Bagaget får maximalt väga 25 kg eller ha en volym av 50 liter. För större bagage har transportören rätt att ta ut extra ersättning.

Bokning av resa
Resa beställes via avtalad beställningscentral, senast 17:00 dagen före avresa. Vid senare beställning uttages extra bokningsavgift.
Om möjligt beställes tur- och returresa vid samma tillfälle.
Inställd resa avbeställes så fort som möjligt. Vid avbokning senare än 2 timmar före utsatt avresetid uttages avgift av den färdtjänstberättigade motsvarande bomkörning (enligt avtal med resp transportör).

Regionförbundet
Jämtlands län

Bilaga 5

Skolskjutsar och särskoleskjutsar

Kommunen utser en kontaktperson för skolskjutsar och särskoleskjutsar.
Kontaktpersonen skall

- verka för att skolplaneringen gynnar en optimal skolskjutsning. och att skolskjutarna ses som en del av de allmänna kommunikationerna.
- initiera förändringar av skolskjutsar ex vis att skolskjutsar med få resande kan användas för anropsstyrd trafik.
- meddela Länstrafiken kontinuerligt de förändringar (barnantal, fordon, regler m m) som sker i skjutsbehovet.
- hålla kontakt med länstrafiken i de frågor som rör skolskjutsarna (ex vis drift-, kvalitets-, utrednings- och ekonomiska frågor).

Varje skola/rektor upprättar skolskjutschema som kommunens kontaktperson meddelar Regionala Kollektivtrafikmyndigheten i Jämtlands län.
Vid stora förändringar som kan komma att påverka linjetrafiken skall förändringen aviseras i kommunens trafikbeställning, den ska lämnas till Regionala Kollektivtrafikmyndigheten i Jämtlands länl april varje år för det läsår som börja i augusti året därpå.
Vid förändringar som innebär stora förändringar av skolskjutsarna skall skolskjutsschema lämnas till Regionala Kollektivtrafikmyndigheten under juni månad, vid mindre förändringar (uppdatering) skall Regionala Kollektivtrafikmyndigheten i Jämtlands län ha informationen 14 dagar före skolstart.

Regionala Kollektivtrafikmyndigheten i Jämtlands län håller kontakten med trafikutövaren beträffande planering, förändringar, kvalitet i utförandet m m.
Regionala Kollektivtrafikmyndigheten i Jämtlands län upprättar en produktionsberäkning för kommunens skolskjutsar och sköter utbetalningar, faktureringar till kommunen, redovisningar et c.

Landstinget Västernorrland | VÄSTERBOTTENS LÄNS LANDSTING | NORRBOTTENS LÄNS LANDSTING | Jämtlands Läns Landsting

Bilaga 6

REGELVERK OCH ERSÄTTNINGSGRUNDER FÖR SJUKRESOR

TILL/FRÅN VÅRD

FÖR NORRLANDSTINGEN ATT GÄLLA FR O M

2008-10-01

med justeringar gällande i Jämtlands läns landsting

INLEDNING

Landstingen har det ekonomiska och administrativa ansvaret för sjukresor (Lagen om reskostnadsersättning vid sjukresor 1991:419). Landstingen har ansvar för att fastställa regler för resekostnadsersättning vilka beslutas av respektive landstingsfullmäktige.

Landstingen har däremot inget formellt ansvar för att resmöjligheter till och från vårdinrättningar finns, däremot att fastställa regler för resekostnadsersättning.

Norrlandstingen vill med nedanstående regler skapa en styrning och stimulans för resande till kollektivtrafiken såväl av trafiksäkerhets- som av miljömässiga skäl.

1. VEM HAR RÄTT TILL RESEERSÄTTNING?

- Personer som är bosatta(folkbokförda) inom respektive län och är försäkrade enligt lagen om allmän försäkring (AFL).

- Utlandssvenskar vid akut öppen/sluten vård, då vårdbehovet har uppkommit under vistelse i landet. Vården ska sökas i det landsting där vårdbehovet uppkommit.

- Utsänd persons familjemedlem samt missionär, präst eller volontär i utvecklingsland har rätt till reseersättning inom länet även vid planerad öppen/sluten vård.

- Utländska medborgare som omfattas av EES-förordningen eller annan sjukvårdskonvention vid akut öppen/sluten vård då vårdbehovet har uppkommit under vistelse i landet. Vården ska sökas i det landsting där vårdbehovet uppkommit.

- Asylsökande med giltigt LMA-kort.

2. FÖRTECKNING ÖVER RESOR SOM LANDSTINGEN ERSÄTTER

I lagen om resekostnadsersättning vid sjukresor (SFS 1991:419) regleras när reseersättning ska utgå. Samtidigt anges att resekostnadsersättning beräknas enligt de grunder sjukvårdshuvudmannen fastställer.

Ersättning för delar av resekostnader ska lämnas vid sådan vård och behandling som avser

Resor från den vårdinrättning som besökts ersätts till bostadsadress (folkbokföringsadress) eller till den plats resan påbörjades med billigaste färdsätt utifrån patientens medicinska tillstånd. Resor vid planerad vård ersätts dock högst till bostadsadress(folkbokföringsadress).

Om det är medicinskt motiverat kan resa från vårdinrättning ersättas till annan plats än bostaden eller till den plats varifrån resan till vårdinrättningen startade.

3.3 Följeslagare

Om det är medicinskt motiverat att patient är i behov av följeslagare ersätts följeslagarens kostnad för resa utan avdrag för egenavgift.

Följeslagares resekostnad ersätts generellt till barn och ungdom t o m 19 år.

3.4 Sjukt barn

Har förälder eller annan anhörig, med anledning av sjukdom hos barn och ungdom t o m 19 år, gjort besök i öppen vård eller hos barnet medan det vårdas på sjukhus, ges ersättning för resa och övernattning om besöket ingått som en del i behandlingen av barnet.

Ersättning ges också för en besöksresa per vecka för en anhörig när barnet är inskriven i sluten vård.

Ersättning ges för besöken ersätts enligt samma regler om egenavgifter som vid egen sjukresa.

Ersättning ges till två föräldrar och syskon t o m 19 år för boende inkl. frukost på Hotell Björken, Umeå, i samband med vård vid NUS.

Därutöver ges ersättning till två föräldrar och syskon t o m19 år för boende inkl. frukost vid samtliga sjukhus inom landet.

3.5 Övernattning

Utgifter för övernattning ersätts om det inte varit möjligt att planera vården så att övernattning kan undvikas. Ersättningen beräknas för det belopp som patienten har betalat för logi om övernattning skett på hotell som anvisats av landstinget. Om övernattning föranletts av akut vårdbehov kan ersättning lämnas med skäligt belopp. I övriga fall ersätts övernattning med högst 55 kr per natt.

3.6 Resor med dyrare färdsätt efter medicinsk bedömning

Vid planerade besök ska resan till vårdinrättningen beställas av patienten via Landstingets beställningscentral minst två helgfria vardagar före besöket.

Vårdgivare med eget behandlingsansvar avgör behovet av dyrare färdsätt i samråd med Landstingets beställningscentral.

5. EGENAVGIFTER , ERSÄTTNINGSNIVÅER ,HÖGKOSTNADSSKYDD

5.1 Egenavgifter

Vid en sjukresa svarar patienten själv för en del av kostnaden. Denna kostnad kallas för egenavgift. Egenavgiftens storlek är beroende av vilket färdsätt patienten nyttjar och gäller per enkelresa.

Följande egenavgifter gäller inom Norrlandstingen

Färdsätt	Egenavgift kronor
Buss, tåg	0 *
Specialfordon	60
Egen bil, skoter o båt	60
Taxi	80
Bårbil	80
Följeslagare i taxi	0
Flyg	80

*) Resekostnader understigande 60 kr ersätts inte.

För anslutningsresor till kollektivtrafik görs inget avdrag för egenavgift.

Vid samåkning i taxi ska avdrag göras med en egenavgift per patient.

Vid en kombination av flera färdsätt vid samma vårdtillfälle gäller den lägsta egenavgiften av de färdsätt som nyttjats.

Har en patient besökt en vårdinrättning och efter remiss därifrån fortsatt direkt till en annan vårdinrättning skall avdrag göras endast med **en** egenavgift.

5.2 Ersättningsnivåer

Resa med privat bil ersätts med 10 kronor/mil i Västerbotten och Västernorrland.
I Jämtland och Norrbotten ges ersättningen baserad på en schablontabell om 10 kronor/mil.

Ersättning för 2 kronor/mil ges till följeslagare om medicinskt behov är styrkt.

Resa med färdsätt i allmän trafik ersätts utifrån gällande taxa och mot uppvisat kvitto.

Resa med snöskoter och båt (som inte går i allmän trafik) ersätts med 30 kronor/mil.

Resor med övriga färdsätt ersätts med av landstinget bedömt skäligt belopp.
Om reseersättningen understiger 50 kronor ackumuleras den och utbetalas när nivån uppgår till 50 kronor. Utbetalning sker dock två gånger per år(i Västernorrland en gång/år) även om den ackumulerade nivån inte uppgått till 50 kronor. Detta gäller inte i Norrbotten som reglerar ersättningen i huvudsak genom kvittning.

DEFINITIONER OCH GÄLLANDE LAGSTIFTNING

DEFINITION AV SJUKRESA

En sjukresa är en resa som sker från/till en persons bostadsadress (folkbokföringsadress) eller plats för akut insjuknande vid besök hos en vårdgivare för vård och behandling.

Resor till och från vårdinrättningar som INTE omfattas eller ersätts utifrån sjukreselagstiftningen är följande;

Permissionsresor

Permissionsresa är en resa mellan sjukhus och patientens bostadsadress och beviljas av sjukvården som ett led i behandlingen när vårdtiden överstiger 30 dagar.

Överflyttningsresor

Överflyttningsresa är en resa från ett sjukhus till ett annat för patienter i sluten vård.

ÖVRIGA DEFINITIONER

Vårdinrättning = sjukhus, vårdcentral, tandvård eller annan av landstinget avtalad inrättning
Nus = Norrlands Universitetssjukhus i Umeå
Hemlandsting= det landsting där patienten är folkbokförd

GRUNDLÄGGANDE LAGSTIFTNING OCH LANDSTINGENS SKYLDIGHET

- Lagen om resekostnadsersättning vid sjukresa (SFS 1991:419) och ändring i lag 1995:1489, fastslår sjukvårdshuvudmannens skyldighet att lämna ersättning för resekostnader till dem som omfattas av

- Lagen om allmän försäkring (AFL). Försäkrade enligt AFL är dels svenska medborgare, dels personer som inte är svenska medborgare men är bosatta i landet.

- Folkbokföringslagen (1991:481)

- Rådgivning enligt lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet mm

- Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1994:1)

-Gränssjukvårdsförordningen (1962:390) (läkarvård och sjukgymnastik i Norge och Finland)

55

Bussgodsorganisation i Norr

RS/1028/2017

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Tjänsteskrivelse
Regionstyrelsen

2017-05-19

Sekretariatet
Daniel Nilsson
Tfn: 063-14 75 71
E-post: daniel.l.nilsson@regionjh.se

RS/1028/2017

Bussgodsorganisation i Norr

Ärendebeskrivning

Hösten 2016 gavs uppdrag från presidierna i de regionala kollektivtrafikmyndigheterna och Länstrafikbolagen i norrlandslänen (Västerbotten, Norrbotten, Västernorrland och Jämtland) att presentera en möjlig gemensam organisation för bussgods. Utredningen togs fram av RKM och Länstrafikbolagen i norrlandslänen. Regionala utvecklingsnämnden beslöt 2016-12-31 § 184 att ställa sig positiv till utredningens förslag om att bilda ett gemensamt aktiebolag för bussgods i Norrbottens, Västerbottens, Västernorrlands och Jämtlands län, och att Region Jämtland Härjedalen förvärvar 25 % av aktierna i det gemensamma bolaget.

Regionala utvecklingsnämnden beslöt 2017-02-27 § 28 att Länstrafiken i Jämtlands län AB ska äga länets aktier i det planerade bolaget för bussgodsverksamhet och att Region Jämtland Härjedalen utser ledamöter till bolagets styrelse, beslutar om bolagsordning, ägardirektiv och andra principiella frågor.

Arbetet med att bilda det gemensamma bolaget fortskrider. Ett första steg är att Länstrafiken i Jämtlands län AB köper 25 % av aktierna i Bussgods Västerbotten AB (som sedan kommer att bli det gemensamma bolaget och byta namn). Köpeskillingen uppgår till 102 250 kr. Värderingen är gjord av Ernest & Young enligt substansvärdesmetoden.

Bussgods Västerbotten AB kommer sedan att köpa bolagen Bussgods Norrbotten AB och Bussgods Västernorrland AB och införliva bussgodsverksamheten i Jämtland i bolaget innan årsskiftet 2017/2018.

För att bolaget ska ha erforderligt rörelsekapital ska varje delägare tillskjuta 1 000 000 kr i aktietillskott och lämna borgen för en checkkredit om 2 500 000 kr.

Styrdokumenten bolagsordning, aktieägaravtal och ägardirektiv har tagits fram i samverkan mellan de berörda parterna.

Länstrafiken i Jämtlands län AB har fattat erforderliga beslut.

Regionala utvecklingsnämnden behandlade ärendet 2017-05-09, § 86 och föreslår regionfullmäktige:

1. Godkänna att Länstrafiken i Jämtlands län AB köper 25 % av aktierna i Bussgods Västerbotten AB till ett värde av 102 250 Sk
2. Godkänna att Bussgods Västerbotten AB köper Bussgods Norrbotten AB och Bussgods Västernorrland AB
3. Länstrafiken i Jämtlands län AB tillskjuter 1 000 000 kr i aktieägartillskott
4. Länstrafiken i Jämtlands län AB går i borgen för en checkkredit om 2 500 000 kr
5. Godkänna styrdokumenten bolagsordning, ägardirektiv och aktieägaravtal för det blivande bolaget.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen tillstyrker regionala utvecklingsnämndens förslag.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Mikael Ferm
Regionstabschef

Utdrag till

Regionfullmäktige

§86

Bussgods i Norr AB (RUN/647/2016)

Sammanfattning

Hösten 2016 gavs uppdrag från presidierna i de regionala kollektivtrafikmyndigheterna och Länstrafikbolagen i norrlandslänen (Västerbotten, Norrbotten, Västernorrland och Jämtland) att presentera en möjlig gemensam organisation för bussgods. Utredningen togs fram av RKM och Länstrafikbolagen i norrlandslänen. Regionala utvecklingsnämnden beslöt 2016-12-31 § 184 att ställa sig positiv till utredningens förslag om att bilda ett gemensamt aktiebolag för bussgods i Norrbottens, Västerbottens, Västernorrlands och Jämtlands län, och att Region Jämtland Härjedalen förvärvar 25 % av aktierna i det gemensamma bolaget.

Regionala utvecklingsnämnden beslöt 2017-02-27 § 28 att Länstrafiken i Jämtlands län AB ska äga länets aktier i det planerade bolaget för bussgodsverksamhet och att Region Jämtland Härjedalen utser ledamöter till bolagets styrelse, beslutar om bolagsordning, ägardirektiv och andra principiella frågor.

Arbetet med att bilda det gemensamma bolaget fortskrider. Ett första steg är att Länstrafiken i Jämtlands län AB köper 25 % av aktierna i Bussgods Västerbotten AB (som sedan kommer att bli det gemensamma bolaget och byta namn). Köpeskillingen uppgår till 102 250 kr. Värderingen är gjord av Ernest & Young enligt substansvärdesmetoden.

Bussgods Västerbotten AB kommer sedan att köpa bolagen Bussgods Norrbotten AB och Bussgods Västernorrland AB och införliva bussgodsverksamheten i Jämtland i bolaget innan årsskiftet 2017/2018.

För att bolaget ska ha erforderligt rörelsekapital ska varje delägare tillskjuta 1 000 000 kr i aktietillskott och lämna borgen för en checkkredit om 2 500 000kr.

Styrdokumenten bolagsordning, aktieägaravtal och ägardirektiv har tagits fram i samverkan mellan de berörda parterna.

Länstrafiken i Jämtlands län AB har fattat erforderliga beslut.

Förslag till beslut

Arbetsutskottet föreslår

Regionala utvecklingsnämnden föreslår regionfullmäktige besluta

1. Godkänna att Länstrafiken i Jämtlands län AB köper 25 % av aktierna i Bussgods Västerbotten AB till ett värde av 102 250 Sk
2. Godkänna att Bussgods Västerbotten AB köper Bussgods Norrbotten AB Bussgods Västernorrland AB

3. Länstrafiken i Jämtlands län AB tillskjuter 1 000 000 kr i aktieägartillskott
4. Länstrafiken i Jämtlands län AB går i borgen för en checkkredit om 2 500 000 kr
5. Godkänna styrdokumenten bolagsordning, ägardirektiv och aktieägaravtal för det blivande bolaget.
6. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Beslut

Regionala utvecklingsnämnden föreslår regionfullmäktige besluta

1. Godkänna att Länstrafiken i Jämtlands län AB köper 25 % av aktierna i Bussgods Västerbotten AB till ett värde av 102 250 Sk
2. Godkänna att Bussgods Västerbotten AB köper Bussgods Norrbotten AB Bussgods Västernorrland AB
3. Länstrafiken i Jämtlands län AB tillskjuter 1 000 000 kr i aktieägartillskott
4. Länstrafiken i Jämtlands län AB går i borgen för en checkkredit om 2 500 000 kr
5. Godkänna styrdokumenten bolagsordning, ägardirektiv och aktieägaravtal för det blivande bolaget.
6. Paragrafen förklars omedelbart justerad

Expedieras till

Länstrafiken i Jämtlands län AB, chef område infrastruktur

Beslutsunderlag

- §83 AU Bussgods i Norr AB
- Styrelsebeslut Länstrafiken om Bussgods i Norr AB 170410
- Missiv Gemensamt Bussgods
- Aktieägaravtal Bussgods Norr AB
- Ägardirektiv Bussgods i Norr AB
- Bolagsordning Bussgods i Norr AB

2017-04-07

Styrelsen för Länstrafiken i Jämtlands län AB – beslut per capsulam

Mail utskickat fredagen den 7:e april 2017 kl. 09:29 till samtliga styrelseledamöter för Länstrafiken i Jämtlands län AB avseende bildandet av Bussgods i Norr AB och presidiets förslag till styrelsebeslut per capsulam.

Svar erhållet från ordinarie styrelseledamöter: Elisabet Sjöström (genom Per-David Wennberg), Thomas Andersson, Abbas Khanahmadi, Anders Frimert, Mona Modin Tjulin, Florian Stamm, Karin Ekblom.

Svar erhållet från ersättare: Per-Erik Wåglin, Lina Eklund.

Samtliga svar redovisas i bilaga 1.

Styrelsen har enhälligt per capsulam beslutat:

- Att anta bolagsordning, aktieägaravtal samt ägardirektiv för Bussgods i Norr AB
- Att Länstrafiken i Jämtlands län AB köper aktier och blir ägare till 25 % av det nybildade bolaget, till ett nominellt värde på 100 000 kr
- Att Länstrafiken i Jämtlands län AB gör ett aktieägartillskott på 1 000 000 kr till Bussgods i Norr AB.
- Att Länstrafiken i Jämtlands län AB borgar för 2 500 000 kr för en checkkredit för Bussgods i Norr AB.
- Att nominera Per-David Wennberg och Tove Månsson till styrelseledamöter i Bussgods i Norr AB.
- Att välja Thomas Andersson till lekmannarevisor i Bussgods i Norr AB
- Att välja Elisabet Sjöström till ombud till stämman i Bussgods i Norr AB
- Allt under förutsättning att beslut om detsamma tas i Regionfullmäktige i Jämtland Härjedalen

Redovisning av inkomna svar från styrelseledamöter i styrelsen för Länstrafiken i Jämtlands län AB avseende bildandet av Bussgods i Norr AB och beslut per capsulam.

170409	**Per-Erik Wåglin** Ersättare	**Stöder presidiets förslag till beslut.**
170410	**Abbas Khanahmdi** Ledamot	**Jag ställer mig bakom förslaget.**
170410	**Karin Ekblom** Ledamot	**Jag godkänner presidiets förslag till beslut angående bildandet av Bussgods i Norr AB.**
170410	**Thomas Andersson** Vice Ordförande	**Jag ställer mg bakom besluten**
170410	**Mona Modin Tjulin** Ledamot	**Jag står bakom beslut!**
170410	**Anders Frimert** Ledamot	**Ok**
170410	**Florian Stamm** Ledamot	**Jag stödjer beslutet.**
170410	**Lina Eklund** Ledamot	**Nu har jag gått igenom handlingarna och jag stödjer beslutet.**
170410	**Elisabet Sjöström** Ordförande	**Ok, meddelat via Per-David Wennberg**

REGIONALA KOLLEKTIVTRAFIKMYNDIGHETEN NORRBOTTEN

2017-03-23

MISSIV

Överlåtelse och förvärv av aktier i Bussgods Västerbotten AB gällande första steget till en gemensam bussgodsorganisation i de fyra nordliga länen; Norrbotten, Västerbotten, Västernorrland och Jämtland/Härjedalen

Region Västerbotten **Länstrafiken i Västerbotten AB**

Regionala kollektivtrafikmyndigheten i Norrbotten **Länstrafiken i Norrbotten AB**

Region Jämtland/Härjedalen **Länstrafiken i Jämtlands Län AB**

Kommunalförbundet Kollektivtrafikmyndigheten i Västernorrlands län

De fyra nordliga länen har fattat ett inriktningsbeslut att gå samman i en gemensam bussgodsorganisation i Norra Sverige.

Ett första steg i processen är att Region Västerbotten beslutar att Länstrafiken i Västerbotten AB avyttra tre fjärdedelar (75%) av aktierna i Bussgods Västerbotten AB och att de övriga tre parterna (Länstrafiken i Norrbotten AB, Länstrafiken i Jämtlands Län AB och Kommunalförbundet Kollektivtrafikmyndigheten i Västernorrlands län fattar beslut att förvärva 25 % vardera av aktierna i Bussgods Västerbotten AB.

Värdering av Bussgods Västerbotten AB har utförts enligt substansvärdemetoden per 2016-12-31, värderingen är genomförd av Ernst & Young AB, se bilaga 1 (Sammanställning avseende substansvärde i Bussgods Västerbotten Aktiebolag (556036-3284)). Det beräknade supstansvärdet i bolaget är 409 000 kr fördelat på 400 stycken aktier, varför det egna kapitalet per aktie uppgår till 1 022,50 kr. Substansvärdet för bolaget (409 000kr) är utgångspunkt när övriga parter förvärvar 25 % vardera, 102 250 kr per part.

Efter avyttring/förvärv av ovanstående aktier kommer ägarförhållandet se ut enligt följande;

Aktier och Aktiekapital/ Eget kapital	Antal aktier	Aktiekapital	Fritt eget kapital	Totalt eget kapital
Länstrafiken i Västerbotten AB	100	100 000 kr	2 250 kr	102 250 kr
Länstrafiken i Norrbotten AB	100	100 000 kr	2 250 kr	102 250 kr
Länstrafiken i Jämtlands Län AB	100	100 000 kr	2 250 kr	102 250 kr
Kommunalförbundet Kollektivtrafik-myndigheten i Västernorrlands län	100	100 000 kr	2 250 kr	102 250 kr
Summa	400	400 000 kr	9 000 kr	409 000 kr

Val av styrelse till den nya bussgodsorganisationen sker genom att respektive ägare nominerar två styrelseledamöter samt en lekmannarevisor. En första bolagsstämma kommer sedan hållas 2017-06-20, där val av styrelse beslutas.

Nästa steg i processen är att samtliga fyra län fattar beslut (i de nödvändiga organ/instanser som behövs för att slutföra affären)att det nya gemensamt ägda bussgodsbolaget förvärvar Bussgods i Västernorrland AB (556253-4940) och Bussgods i Norrbotten AB (556256-4590) till en fastställd köpeskilling beräknad enligt substansvärdemetoden per 2017-04-30.

Sedan kommer planerad fusion genomföras hösten 2017 för att 2018-01-01 slutligen bli ett gemensamt bolag av de tre tidigare bussgodsföretagen. I denna del av processen kommer också planerad verksamhetsövergång genomföras av bussgodsverksamheten i Jämtland/Härjedalen (som idag är en del av Länstrafiken i Jämtlands Län AB).

För att säkra upp det nya bussgodsbolagets kapitalbindningsbehov för löpande drift behöver varje delägare tillskjuta medel enligt följande förslag;

- Aktieägartillskott per ägare 1 000 000 kr
- Borgensåtagande per ägare för checkräkningskredit 2 500 000 kr

Det innebär att det nya bolaget får ett aktieägartillskott om ytterligare 4 mkr som också ökar anläggningstillgångarna (andel aktier i intressebolag) hos respektive ägare, samt en checkräkningskredit om 10 mkr.

Beskrivning av det nya bussgodsbolagets totala kapital:

Aktier och Aktiekapital/ Eget kapital	Antal aktier	Aktiekapital	Fritt eget kapital	Aktie ägartillskott fritt kapital	Totalt eget kapital
Länstrafiken i Västerbotten AB	100	100 000 kr	2 250 kr	1 000 000 kr	1 102 250 kr
Länstrafiken i Norrbotten AB	100	100 000 kr	2 250 kr	1 000 000 kr	1 102 250 kr
Länstrafiken i Jämtlands Län AB	100	100 000 kr	2 250 kr	1 000 000 kr	1 102 250 kr
Kommunalförbundet Kollektivtrafik-myndigheten i Västernorrlands län	100	100 000 kr	2 250 kr	1 000 000 kr	1 102 250 kr
Summa	400	400 000 kr	9 000 kr	4 000 000 kr	4 409 000 kr

Aktieägaravtal för Bussgods i Norr AB

Org. nr 556036-3284

1. Parter:

Delägare

1.1 Kommunalförbundet Kollektivtrafikmyndigheten i Västernorrlands län, org. nr 222000-2923,

1.2 Länstrafiken i Jämtlands län AB, org. nr 556437-0194,

1.3 Länstrafiken i Västerbotten AB, org. nr 556071-4478,

1.4 Länstrafiken i Norrbotten AB, org.nr (556156-2058)

2. Bakgrund

Bussgods i Norr AB bildades genom samgående av bussgodsorganisationerna i de fyra nordligaste länen. Beslut om konsortialavtal/aktieägaravtal tas av Delägarna.
Från och med den 1januari 2013 infördes ändringar i kommunallagen (3 kap. 17 §) som innebär att bolagsordningar i kommunala aktiebolag ska innehålla uppgifter om bland annat det kommunala ändamålet med bolaget och vilka kommunalrättsliga principer som gäller för bolaget (ägardirektiv är inte längre tillräckligt). Detta ägaravtal beslutades av Delägarna inför bolagsstämman 2017-xx-xx.

Parterna kallas nedan gemensamt Delägarna och var för sig Delägare.

Bussgods i Norr AB skall tillse att alla beslut som enligt kommunalrättsliga principer eller av andra skäl erfordrar godkännande av Delägarna län hänskjuts till parterna för godkännande innan beslut fattas.

Bussgods i Norr AB är en affärsdrivande verksamhet för godstransport som bedrivs genom att i första hand transportera gods ombord på den av samhället tillhandahållna kollektivtrafiken med buss. Det grundläggande syftet med verksamheten är att erbjuda godstransport ombord på fordon i den befintliga kollektivtrafiken och bidra till finansieringen av densamma.
Bussgods är i sig en regionalpolitisk fråga och på många platser en förutsättning för näringslivet då alternativa transporter saknas. Bussgods bedrivs dock alltid på affärsmässiga grunder, vilket innebär att verksamheten minst ska bära sina kostnader och även generera det överskott som ägarna kräver.

3. Förutsättningar för bildandet av Bussgods i Norr AB

Bussgods i Norr AB har bildats genom att bussgodsverksamheterna i Norrbotten, Västerbotten, Västernorrland samt region Jämtland/Härjedalen har sammanförts i en gemensam organisation.
Bolaget ska löpande ersätta dem som utför kollektivtrafiken i de län där man agerar, för de godstransporter som utföres enligt en av ägarna godkänd modell.
Ersättning för transporter lämnas till ägarna enligt överenskommen modell och utbetalning sker kvartalsvis i efterskott.

4. Bolagsordning

4.1 Bolaget antog vid bolagsstämma 2017-xx-xx bolagsordningen med lydelse som framgår av bilaga 1.

4.2 Skulle bestämmelse i detta avtal strida mot bolagsordningen, skall i förhållandet mellan Delägarna detta avtal gälla före bolagsordningen.

5. Fördelning av aktier, kapitaltillskott och kapitaltäckning

5.1 Delägarna skall vardera äga 1/4 av aktierna.

5.2 Aktiekapitalet skall vara lägst 400 000 kronor och högst 800 000 kronor.

5.3 Om Delägarna gemensamt beslutar att skjuta till kapital till Bolaget skall varje Delägare skjuta till en andel av det totala tillskottet som motsvarar Delägarens andel av aktierna.

5.4 Delägarna till Bussgods i Norr AB förbinder sig härmed att svara för att det egna kapitalet i Bussgods i Norr AB vid varje tillfälle uppgår till minst hälften av det registrerade aktiekapitalet. Parterna emellan svarar delägarna för sin andel av egna kapitalet.

Aktieägartillskott skall kunna lämnas och bestämmas vara villkorligt, innebärande att återbetalning skall kunna göras ur disponibla vinstmedel enligt fastställd balansräkning, under förutsättning att sådan betalning inte står i strid med god affärssed.

6. Bolagets ledning och förvaltning

6.1 Bolagets styrelse skall bestå av fem (5) till nio (9) ledamöter. Delägarna utser vardera en eller två ledamöter. Arbetstagarorganisationen utser en ledamot.

6.2 Inom styrelsen skall finnas en ordförande och vice ordförande. Dessa utses på ordinarie bolagsstämma för perioden intill slutet av nästa ordinarie bolagsstämma.

6.3 Styrelsen skall ha minst fyra styrelsesammanträden per år.

6.4 Styrelsen ska utse verkställande direktör för Bolaget.

6.5 Med reservation för vad nedan i punkt 6.6 sägs, fattas beslut vid styrelsesammanträde med enkel majoritet. Ordföranden äger utslagsröst vid omröstning i andra frågor än de i punkt 6.6 angivna.

6.6 Styrelsebeslut med representation från samtliga delägare där styrelseledamöterna är eniga erfordras alltid i följande frågor:

A Ekonomi:
Förslag till bolagsstämma angående ändring av Bolagets aktiekapital eller utgivande av konvertibla skuldebrev, skuldebrev förenade med optionsrätt till nyteckning eller vinstandelsbevis, med undantag för ökning av aktiekapitalet i enlighet med 4.2 ovan.

Förslag till bolagsstämma angående bolagets vinst eller förlust (vinstutdelning}.

Fastställande av Bolagets bokslut och budget för varje räkenskapsår.

Åtgärder av sådan art att Bolagets totala risknivå väsentligen förändras.

Bolagets upptagande av lån eller annan kredit samt ingående av borgensförbindelse eller ställande av garanti eller annan säkerhet avseende ett belopp överstigande tio basbelopp enligt lagen om allmän försäkring.

Beslut om att Bolaget skall träda i likvidation, i annat fall än som följer av lag.

Förvärv, avyttring eller bildande av dotterbolag samt beslut om att dotterbolag skall träda i likvidation, I annat fall än som följer av lag.

Förvärv eller överlåtelse av tillgång av väsentligt värde.

B Bolagsadministrativa frågor:
Förslag till ändring av bolagsordningen utöver vad aktiebolagslagen därom stadgar.

Ingående av avtal med Delägare eller med närstående till Delägare

Tillsättande av verkställande direktör.

Förordnande av ledamöter som firmatecknare.

7. Finansiering med mera

7.1 Bolaget förväntas göra ett överskott, ev. vinst ska behållas i bolaget.

Principer för prissättning är att marknadsmässiga priser ska tillämpas av Bolaget, taxan ska vara samordnad med Bussgods Sverige ek för.

Delägare kan tillhandahålla administrativa tjänster till Bolaget för självkostnadspris eller enligt fastställd prismodell. Delägare står för egna kostnader och resor inom samarbetet.

7.2 Vid behov av aktieägartillskott tillskjuts medel i förhållande till ägarandel.

7.3 Delägare skall inte ha någon skyldighet att ställa borgengaranti eller annan säkerhet för Bolaget eller dess förpliktelser.

7.4 Om Delägarna gemensamt beslutar att ställa borgen, garanti eller annan säkerhet för Bolaget eller dess förpliktelser ska varje Delägare ställa ut en andel av den totalt utställda säkerheten som motsvarar Delägarens andel av Bolagets totala verksamhet.

7.5 Om Delägare som efter gemensamt beslut med övriga Delägare ställt borgen, garanti eller annan säkerhet för Bolaget eller dess förpliktelser nödgas infria den ställda

säkerheten till högre belopp än vad som framgår enligt 7.4 ovan skall Delägarna emellan gälla att varje Delägare svarar for det totalt utgivna beloppet i förhållande till Delägarens andel av Bolagets totala verksamhet.

8. Övriga frågor av väsentlig betydelse för Bolagets verksamhet.

Om beslut i fråga där enhällighet enligt ovan krävs, inte kan fattas beroende på att ledamot inte är närvarande vid sammanträdet eller om enighet annars inte uppnås, skall ärendet bordläggas och avgöras vid ett styrelsesammanträde, att hållas tidigast två och senast fyra veckor därefter på tid som ordföranden bestämmer, genom enhälligt beslut av de då närvarande
ledamöterna. Uppnås inte vid detta senare styrelsesammanträde enighet, skall på yrkande av en styrelseledamot frågan hänskjutas till avgörande, genom enhälligt beslut av de då närvarande ägarna, på bolagsstämma, att hållas tidigast två och senast fyra veckor därefter på tid som ordföranden bestämmer.

9. Bolagsstämma

Ordförandeskapet på Bolagets bolagsstämmor ska rotera mellan Delägarna med ordförande från xxxxx närmast för bolagsstämman XXXX. Därefter xxxxxxxxxxxxx följt av xxxxxxxxxxxxx samt xxxxxxxxxxxxxx.

10. Utövande av rösträtt

Delägarna förbinder sig att utöva rösträtt för av dem vid varje tidpunkt innehavda aktier i Bolaget i enlighet med bestämmelserna i detta avtal. Delägarna förbinder sig jämväl att lämna av dem nominerade styrelseledamöter instruktioner att fullgöra sina uppdrag i enlighet med bestämmelserna i detta avtal samt att jämväl i övrigt verka for uppfyllande av avtalets syfte.

11. Insyn

Delägarna har rätt att ta del av bolagets handlingar och räkenskaper samt i övrigt inspektera bolaget och dess verksamhet. Detta gäller dock endast i den mån hinder inte möter på grund av författningsreglerad sekretess. Delägarna har rätt att använda revisor eller annat biträde vid granskningen.

12. Inflytande för partema

Delägarna utövar sitt inflytande genom ägarråd. Ägarrådet skall bestå av två representanter från varje part.

Ägarråd skall hållas minst två gånger per år. I god tid innan bolagsstämman skall ett ägarråd hållas där förslag om ägardirektiv till bolagsstämman skall läggas fast.
Vid ägarråden skall bolaget lämna information om verksamheten.
Ägarrådets och bolagsstämmans agenda förbereds av delägarnas verkställande chefer och den tjänsteman som delägarna utser minst 6 veckor före bolagsstämman.

Vid bolagsstämman skall arbetsordning och tidsplan för kommande års ägarråd läggas fast.

13. Överlåtelse av aktier

13.1 Delägare äger överlåta sina aktier, nedan i denna bestämmelse kallade Aktier, i Bolaget, under förutsättning att nedan stadgade föreskrifter iakttas.

Delägarna åtar sig gentemot varandra att, därest Delägare skulle önska sälja eller på annat sätt avhända sig sina Aktier inte sluta bindande avtal därom förrän de andra Delägarna haft tillfälle att efter förhandling ta ställning till huruvida de önskar förvärva Aktierna ifråga för en köpeskilling per Aktie som motsvarar dess kvotvärde. Sådan förhandling skall anses avslutad inom två månader efter det att skriftligt erbjudande lämnats till övriga Delägare. Kan
överenskommelse om köpeskilling ej uppnås skall köpeskillingen bestämmas av skiljemän enligt punkt 19. Aktiens lösenbelopp skall motsvara aktiens kvotvärde.

Önskar flera Delägare förvärva Aktierna, skall fördelning av Aktierna mellan Delägarna, så långt kan ske, verkställas i förhållande till Delägarnas förutvarande innehav av Aktier och återstoden fördelas genom lottning.

13.2 Skulle inte någon Delägare förvärva Aktierna är den överlåtande Delägaren fri att inom tre månader från den dag köpeskillingen blev bestämd enligt punkt 12.2 andra stycket överlåta Aktierna till annan på likvärdiga villkor som erbjudits till de andra Delägarna, varvid hembudsklausulen i Bolagets bolagsordning skall äga tillämpning. Den överlåtande Delägaren är därvid skyldig att dels meddela förvärvaren, att Aktierna överlåts med skyldighet för förvärvaren att i vad de av honom förvärvade Aktierna ankommer biträda detta konsortialavtal och inträda som Delägare, dels tillse att förvärvaren på samtliga exemplar av detta konsortialavtal tecknar följande förbindelse:

"Sedan vi från _____förvärvat _____ aktier i Bolaget biträder vi härmed detta avtal för såväl dessa aktier som de aktier vi ytterligare kan komma att erhålla i Bolaget och förbinder vi oss att fullgöra de förpliktelser som enligt avtalet åvilar säljaren ror samma aktier".

13.3 Har överlåtelse skett och har de andra Delägarna inte skriftligen godkänt förvärvaren i den överlåtande Delägarens ställe, eller om sådant godkännande föreligger, förvärvaren inte tecknat förbindelse varigenom förvärvaren inträder som part i detta konsortialavtal, svarar den överlåtande Delägaren för att förvärvaren fullgör sina förpliktelserenligt detta avtal och att varken Delägarna eller Bolaget tillskyndas skada eller förlust av sådan överlåtelse. Detta den överlåtande Delägarens ansvar gäller så länge detta avtal är ikraft.

14. Sekretess

Bolaget omfattas av offentlighetsprincipen

15. Meddelanden

Meddelanden i anledning av detta avtal skall vara skriftliga och sändas till motparten med e-post/post eller bud.

16. Ändringar

Ändringar av och tillägg till detta avtal skall för att vara bindande vara skriftligen avfattade och undertecknade av samtliga parter.

17. Avtalstid med mera

Detta avtal skall gälla till och med den xxxx-xxxx

Sker inte skriftlig uppsägning senast arton månader dessförinnan gäller avtalet därefter tillsvidare med en ömsesidig uppsägningstid om arton månader.

Delägare som uppsäger avtalet till upphörande anses därigenom ha erbjudit övriga Delägare att förvärva hans aktier i Bolaget, varvid punkt 12skall gälla i tillämpliga delar. Skulle inte övriga Delägare förvärva aktierna, skall avtalet upphöra att gälla per den dag till vilken avtalet uppsagts.

Utöver vad som sagts ovan äger Delägare rätt att omedelbart uppsäga detta avtal i förtid, om Delägare bryter mot bestämmelse i detta avtal och avtalsbrottet är av väsentlig betydelse för annan Delägare, samt den felande Delägaren inte inom 30 dagar efter skriftlig anmaning därom vidtagit rättelse.

Delägare mot vilken avtalsbrottet begåtts skall ha rätt att efter eget val kräva antingen att Delägare som begått avtalsbrottet genast förvärvar den uppsägande Delägarens aktier fören köpeskilling motsvarande aktiernas verkliga värde eller att Delägare som begått avtalsbrottet genast erbjuder övriga Delägare att förvärva hans aktier i Bolaget, varvid punkt 12 skall äga tillämpning.

18. Avtalets upphörande

Skulle detta avtal upphöra att gälla, skall extra bolagsstämma hållas I Bolaget så snart det är möjligt. På bolagsstämman skall beslut fattas om att Bolaget skall träda i likvidation, såvida ej Delägarna dessförinnan kan enas om annat.

Likvidator skall, efter ansökan från bolagets styrelse, utses av behörig tingsrätt.

19. Giltighet

Detta avtal förutsätter för sin giltighet att avtalet godkänns av respektive Delägares beslutande organ.

21. Tvister

Tvist i anledning av detta avtal skall avgöras av allmän domstol

Detta avtal har upprättats i fyra originalexemplar av vilka delägarna tagit var sitt.

_____	_____
Ort, datum	Ort, datum
Kommunalförbundet Kollektivtrafikmyndigheten i Västernorrlands län	Region Jämtland Härjedalen
_____	_____
Ort, datum	Ort, datum
Länstrafiken i Västerbotten AB	Länstrafiken i Norrbotten AB

ÄGARDIREKTIV TILL Bussgods i Norr AB

Org.nr 556036-3284

Detta ägardirektiv avser det gemensamt ägda Bussgods i Norr AB (nedan kallat bolaget) och har fastställts på bolagsstämma 2017-xx-xx…

Bolaget ägs av

Kommunalförbundet Kollektivtrafikmyndigheten i Västernorrlands län, org. nr 222000-2923,
Länstrafiken i Jämtlands län AB, org.nr 556437-0194,
Länstrafiken i Västerbotten AB, org. nr 556071-4478,
Länstrafiken i Norrbotten AB, org.nr (556156-2058).

Bolagets verksamhet regleras, utöver av lag och av bolagsordningen, av direktiv utfärdade av ägarna, fastställda av bolagsstämma.

1. Förvaltningsberättelsens innehåll

Bolagets styrelse ska årligen i förvaltningsberättelsen, utöver vad aktiebolagslagen stadgar, redovisa hur verksamheten bedrivits och utvecklats mot bakgrund av det i bolagsordningen och dessa direktiv angivna syftet och ramarna med densamma.
Uttalandet ska vara så utformat att det kan läggas till grund för ägarnas uppsikt och beslut enligt 6 kap. 1 och 1 a §§ kommunallagen samt till lekmannarevisorns granskning.
Bolagets styrelse och ledning skall i förvaltningsberättelsen utöver vad aktie¬bolagslagen i detta avseende stadgar redovisa hur verksamheten bedrivits och utvecklats mot bakgrund av ägarnas ändamål med bolaget.

2. Revision

Årsredovisning skall upprättas inom fyra månader från räkenskapsårets slut.

3. Verksamhetsmål

Bolagets styrelse och ledning skall arbeta för verksamhetsmål och ekono¬miska mål som anges i verksamhetsplan samt årsbudget. Se även stycket budget och verksamhetsplan.

Ekonomiska mål och riktlinjer
Bolaget finansieras med intäkter från gods- och terminalverksamhet.
Det ekonomiska målet är att behålla aktiekapitalet intakt.
Bolaget ska drivas med god ekonomisk hushållning.
Bolaget ska bära sina egna utvecklingskostnader.

4. Uppdrag

Bolaget ska bedriva godstransporter i norrlandslänen (Norrbotten, Västerbotten och Västernorrlands och Jämtlands län) genom ett nät av busstationer och bussgodsombud.
Verksamheten ska så långt det är möjligt bedrivas med transport i den allmänna

kollektivtrafiken, på persontrafikens villkor. Verksamheten ska bedrivas på affärsmässiga grunder. Bolaget ska sälja tjänster till RKM om så efterfrågas. Det ska avse tjänster som har koppling till den allmänna kollektivtrafiken, trafikupplysning, biljettförsäljning m m

5. Ägarnas ställningstagande

Det åligger bolaget att bereda ägarna tillfälle att ta ställning innan beslut fattas i verksamheten som är av principiell betydelse eller annars av större vikt
Det åligger även bolaget att bereda ägarna tillfälle att ta ställning innan beslut fattas frågor som är av principiell betydelse eller annars av större vikt, bland annat:

a) förändring av aktiekapitalets storlek
b) bildande, förvärv eller försäljning av dotterbolag
c) förvärv eller försäljning av fast egendom
d) borgensåtaganden
e) ändring av bolagsordning
f) tecknande av aktier eller medlemsavgift i andra bolag och/eller organisationer

6. Resurssamverkan

Bolaget och ägarna ska gemensamt verka för

- ett gott informationsutbyte
- att nå effektivt resursutnyttjande inom ägarnas samlade verksam¬het oavsett organisationsform.

7. Information och ägardialog

Ägarna ska fortlöpande hållas informerad av bolaget om dess verksamhet. Bolaget ska till ägarna redovisa bolagets ställning och resultat per tertial, den 30/4 och 31/8 samt 31/12. Bolaget ska därvid uppmärksamma ägarna på viktigare omständigheter och förändringar som kan inverka på bolagets verksamhet.
Ägarna ska utan dröjsmål få del av

- protokoll från bolagsstämma
- protokoll från styrelsesammanträde
- bolagets årsredovisning med revisionsberättelse och granskningsrapport från lekmannarevisor.

Bolagets styrelse, VD och andra nyckelpersoner i bolaget ska delta vid möte med företrädare för ägarna minst en gång per år (ägardialog).
Allmänhetens rätt att ta del av handlingar hos bolaget regleras i tryckfrihetsförordningen och sekretesslagen.
Ägarna äger rätt att ta del av bolagets handlingar och räken¬skaper, samt i övrigt inspektera bolaget och dess verksamhet.

Följande handlingar ska översändas till ägaren:

a) verksamhetsplan/rambudget för påföljande år enligt regionfullmäktiges anvisningar
b) bolagets årsredovisning
c) granskningsrapport, revisionsberättelse samt ekonomisk rapportering under löpande år enligt ägarens anvisningar
d) protokoll från styrelsesammanträden
e) bolagets tertialrapporter

8. Ekonomi

Bolaget ansvarar för framtagning av uppgifter om bolagets ekonomiska ställning. Dessa uppgifter sammanställs och hålls uppdaterade i därför avsedda databaser tillgängliga för ägarna. Bolagets tertialrapport ska tillställas ägarna. Senast den 1 mars ska bolaget presentera bokslut som ägarnas förberedelse av sin medverkan vid bolagsstämman.

Samtliga kostnader för revision i bolaget skall belasta bolaget. Uppdrag som läggs i samband med revision skall ske efter samråd mellan bolaget och ägarna.

8.1 Budget och verksamhetsplan

Bolaget ska årligen fastställa verksamhetsplan med strategiska mål för de närmaste tre räkenskapsåren och budget för nästkommande räkenskapsår. Fastställd verksamhetsplan och budget ska tillställas ägarna enligt överenskommen tidplan.

8.2 Koncernredovisning och budget

Bolaget ska till ägarna lämna de uppgifter som bedöms nödvändiga för upprättande av årsredovisning och delårsrapport enligt lag (1997:614) om kommunal redovisning.

Bolaget ska till ägarna lämna de uppgifter som av bedöms nödvändiga för upprättande av budget.

9. Upphandling

I den mån detta låter sig göras kan bolaget medverka i ägarnas respektive upphandlingar. I övrigt ska bolaget alltid samråda med ägarna inför upphandling. För bolagets egna behov kan samordning med fördel ske med någon av ägarna.

10. Arvoden

Arvoden till styrelsen fastställs på ordinarie bolagsstämma.

11. Arkivskyldighet

Bolaget ska fullgöra sina skyldigheter enligt arkivlagen (SFS 1990:782).

12 Säkerhetsskydd

Bolaget omfattas av bestämmelserna i säkerhetsskyddslagen vars syfte är att skydda uppgifter och förhållanden som rör totalförsvaret eller rikets säkerhet i övrigt, och är därmed underställda Kollektivtrafikmyndighetens/förbundsfullmäktiges föreskrifter och kontroll av säkerhetsskyddet.

13 Krishanteringsförberedelser m.m.

Bolagets verksamhet ska upprätthållas under extraordinära händelser i den omfattning och med den intriktning som ägarna bestämmer. Om förutsättningarna under extraordinära händelser är sådana att de föranleder bolaget att ändra eller inskränka verksamheten ska detta ske i samråd med ägarna.

Bolaget ska genomföra risk- och sårbarhetsanalyser för sina väsentliga verksamheter.

Bolaget skall upprätta en kris-/åtgärdsplan för händelser som huvudsakligen endast berör den egna verksamheten och vidta de förberedelser i övrigt som kan vara nödvändiga.

Bolaget ska medverka i av ägarna ordnade riskanalyser och vid behov även delta i utbildningar och övningar.

14 Bolagsstämma

Bolaget ska årligen senast före utgången av xxxxxx….månad hålla bolagsstämma/årsstämma.

Av bolagsordningen framgår hur kallelse till bolagsstämma ska ske. Information om bolagsstämman med angivande av tid och plats samt dagordning ska publiceras på bolagets hemsida senast två veckor i förväg. Samma information ska inom samma tid tillställas kommunen för möjliggörande av publicering på kommunernas hemsida.

Bolagsordning för Bussgods i Norr AB

Org. nr 556036-3284

§ 1
Firma Bolagets firma är Bussgods i Norr AB.

§2
Bolagets säte Bolaget skall ha sitt säte i Kramfors.
Bolagsstämma kan hållas på annan ort där bolaget har verksamhet eller om aktieägarna så beslutar i annan ort i Sverige. Bolagsstämma kan också hållas på distans med den tekniska uppkoppling, videolänk eller annan säker anslutning som bolaget anvisar.

§ 3
Verksamhet Bolaget har till föremål för sin verksamhet att bedriva godsverksamhet. Bolaget är skyldigt att utföra de uppdrag som bolaget tilldelas av sin ägare.

§ 4
Ändamål Ändamålet med bolagets verksamhet är att för ägarna bedriva gods- och terminalverksamhet på affärsmässiga grunder.
Likvideras bolaget ska dess behållna tillgångar tillfalla aktieägarna i proportion till aktieinnehavet.

§ 5
Aktiekapital Aktiekapitalet skall vara lägst 400 000 kronor och högst 800 000 kronor.

§ 6
Aktier Antalet aktier uppgår till lägst 400 och högst 800.

§ 7
Styrelse Styrelsen skall bestå av fem (5) till nio (9) ledamöter. Styrelsen utses av respektive ägare med en (1) till två (2) ledamöter vardera inför ordinarie bolagsstämma för tiden från den årsstämma som följer närmast efter det ordinarie val till kommun-/landstingsfullmäktige förrättats intill slutet av den årsstämma som följer efter nästa ordinarie val till kommun-/ landstingsfullmäktige. I styrelsen ska ingå en (1) personalrepresentant.

§ 8
Revisorer För granskning av bolagets årsredovisning jämte bokföring samt styrelsens och verkställande direktörens förvaltning utses en revisor med en suppleant. En (1) lekmannarevisor utses av respektive ägare.

Revisorernas och suppleantens uppdrag gäller till slutet av den ordinarie bolagsstämma som hålls under fjärde räkenskapsåret efter revisorsvalet.

§ 9

Kallelse

Kallelse till bolagsstämma skall ske tidigast fyra veckor och senast två veckor före stämman med e-brev/brev till aktieägarna.

§ 10

Årsstämma

Ordinarie årsstämma skall hållas årligen inom sex månader efter räkenskapsårets utgång.

På årsstämman skall följande ärenden förekomma

1) Stämmans öppnande sker genom styrelsens ordförande och leds av densamme intill dess val av ordförande för stämman skett
2) Val av ordförande vid stämman.
3) Upprättande och godkännande av röstlängd
4) Val av två justeringsmän
5) Prövning av om stämman blivit behörigen sammankallad.
6) Godkännande av dagordning
7) Framläggande av årsredovisning och revisionsberättelse med granskningsrapport samt i förekommande fall koncernredovisning samt revisionsberättelse och granskningsrapport
8) Beslut
   a) om fastställelse av resultaträkning och balansräkning samt i förekommande fall koncernresultaträkning och koncernbalansräkning,
   b) om dispositioner beträffande företagets vinst eller förlust enligt den fastställda balansräkningen,
   c) om ansvarsfrihet åt styrelseledamöter och verkställande direktören när sådan förekommer.
9) Fastställande av styrelse och revisionsarvode.
10) Övriga ärenden som i behörig ordning hänskjutits till bolagsstämman.
11) Styrelsens ordförande utses vid ordinarie bolagsstämma, intill slutet av nästa ordinarie bolagsstämma.

§ 11

Bolagsstämmans kompetens

Beslut i följande frågor ska alltid fattas av bolagsstämman:

- Årligt fastställande av handlingsprogram med strategiska mål för de närmaste tre räkenskapsåren
- Ram för upptagande av krediter
- Ställande av säkerhet
- Bildande av bolag
- Köp eller försäljning av bolag eller andel i sådant
- Köp eller försäljning av fast egendom
- Beslut i annat ärende av principiell betydelse eller annars av större vikt.
- Fastställande av ägardirektiv som beslutats av ägarna.

§ 12

Räkenskapsår

Bolagets räkenskapsår skall vara kalenderår.

§ 13
Ägarnas ställningstagande

Innan beslut i verksamheten som är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt fattas, ska högsta beslutande organ för respektive ägare beredas tillfälle att ta ställning

Ägarna ska godkänna bolagsordningen. Vad gäller ägardirektiv ska ägarna besluta till den del som avser bolagets huvuduppgift och verksamhetsinriktning.

Vidare ska ägarna fastställa övergripande och principiellt viktiga policys och inriktningsbeslut, såsom:

a) Mål och riktlinjer för verksamheten och ekonomin, koncernbudget
b) Beslut om borgen
c) Kapitaltillskott (nyemission, förlusttäckning, driftbidrag mm)
d) Ansvarsfrihet om ej revisor tillstyrkt sådan
e) Godkännande av förvärv av bolag, bildande av bolag eller förvärv av bolags rörelse
f) Frivillig likvidation, fusion eller fission av bolag, samt
g) Försäljning av bolag eller del av bolag eller sådant bolags rörelse.
h) Utse samtliga styrelseledamöter

§ 14
Överlåtelse av aktier

1) Delägare äger överlåta sina aktier, nedan i denna bestämmelse kallade Aktier, i Bolaget, under förutsättning att nedan stadgade föreskrifter iakttas.

   Delägarna åtar sig gentemot varandra att, därest Delägare skulle önska sälja eller på annat sätt avhända sig sina Aktier inte sluta bindande avtal därom förrän de andra Delägarna haft tillfälle att efter förhandling ta ställning till huruvida de önskar förvärva Aktierna ifråga för en köpeskilling per Aktie som motsvarar dess kvotvärde. Sådan förhandling skall anses avslutad inom två månader efter det att skriftligt erbjudande lämnats till övriga Delägare. Kan överenskommelse om köpeskilling ej uppnås skall köpeskillingen bestämmas av skiljemän. Aktiens lösenbelopp skall motsvara aktiens kvotvärde.

   Önskar flera Delägare förvärva Aktierna, skall fördelning av Aktierna mellan Delägarna, så långt kan ske, verkställas i förhållande till Delägarnas förutvarande innehav av Aktier och återstoden fördelas genom lottning.

2) Skulle inte någon Delägare förvärva Aktierna är den överlåtande Delägaren fri att inom tre månader från den dag köpeskillingen blev bestämd enligt punkt 12.2 andra stycket överlåta Aktierna till annan på likvärdiga villkor som erbjudits till de andra Delägarna, varvid hembudsklausulen i Bolagets bolagsordning skall äga tillämpning. Den överlåtande Delägaren är därvid skyldig att dels meddela förvärvaren,

att Aktierna överlåts med skyldighet för förvärvaren att i vad de av honom förvärvade Aktierna ankommer biträda detta konsortialavtal och inträda som Delägare, dels tillse att förvärvaren på samtliga exemplar av detta konsortialavtal tecknar följande förbindelse:

"Sedan vi från _____förvärvat _____ aktier i Bolaget biträder vi härmed detta avtal för såväl dessa aktier som de aktier vi ytterligare kan komma att erhålla i Bolaget och förbinder vi oss att fullgöra de förpliktelser som enligt avtalet åvilar säljaren ror samma aktier".

3) Har överlåtelse skett och har de andra Delägarna inte skriftligen godkänt förvärvaren i den överlåtande Delägarens ställe, eller om sådant godkännande föreligger, förvärvaren inte tecknat förbindelse varigenom förvärvaren inträder som part i detta konsortialavtal, svarar den överlåtande Delägaren för att förvärvaren fullgör sina förpliktelserenligt detta avtal och att varken Delägarna eller Bolaget tillskyndas skada eller förlust av sådan överlåtelse. Detta den överlåtande Delägarens ansvar gäller så länge detta avtal är ikraft.

§ 15
Ändring Denna bolagsordning får ej ändras utan godkännande av ägarna.

Denna bolagsordning har fastställts av bolagsstämma 2017-XX-XX.

56

Kulturpris till Peterson-Bergers Minne

RS/1025/2017

2017-05-19

Sekretariatet
Daniel Nilsson
Tfn: 063-14 75 71
E-post: daniel.l.nilsson@regionjh.se

RS/1025/2017

Kulturpris till Peterson-Bergers Minne

Ärendebeskrivning

Region Jämtland Härjedalens Kulturpris till Peterson-Bergers minne har utdelats sedan 1990 och skall ges till personer eller grupper som är verksamma inom Jämtlands län eller genom sin konstnärliga verksamhet eller personliga bakgrund har nära anknytning till länet. Kulturpriset skall ses som ett erkännande för en kulturell- eller konstnärlig gärning och tilldelas en professionell aktör som haft stor betydelse för länets kulturliv, ha medverkat i att utveckla länets konst- och kulturliv och i sin gärning visat prov på högtstående konstnärskap. Utlysning har skett genom annons i länets båda dagstidningar, genom utskick samt på regionens hemsida. Fem nomineringar har inkommit. Beredningen av ärendet har skett i nära samråd med de regionala kulturverksamheterna och efter bedömning av representanter från regionens kulturskaparsamråd. Kulturpriset omfattar 30 000 kronor och finansieras inom Kulturens ram. Utdelning av priser och stipendier sker under ett offentligt arrangemang i samarbete med Gaaltije under Yranveckan.

Regionala utvecklingsnämnden behandlade ärendet 2017-05-09, § 74 och föreslår regionfullmäktige

1. Drejeriet utses till pristagare av Region Jämtland Härjedalens Kulturpris till Peterson-Bergers minne
2. Motiveringen för priset antas
3. Utdelning av priset sker på Gaaltije under Yranveckan

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen tillstyrker regionala utvecklingsnämndens förslag.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Mikael Ferm
Regionstabschef

Utdrag till

Regionfullmäktige

§74

Kulturpris till Peterson-Bergers Minne 2017 (RUN/101/2017)

Sammanfattning

Region Jämtland Härjedalens Kulturpris till Peterson-Bergers minne har utdelats sedan 1990 och skall ges till personer eller grupper som är verksamma inom Jämtlands län eller genom sin konstnärliga verksamhet eller personliga bakgrund har nära anknytning till länet. Kulturpriset skall ses som ett erkännande för en kulturell- eller konstnärlig gärning och tilldelas en professionell aktör som haft stor betydelse för länets kulturliv, ha medverkat i att utveckla länets konst- och kulturliv och i sin gärning visat prov på högtstående konstnärskap. Utlysning har skett genom annons i länets båda dagstidningar, genom utskick samt på regionens hemsida. Fem nomineringar har inkommit. Beredningen av ärendet har skett i nära samråd med de regionala kulturverksamheterna och efter bedömning av representanter från regionens kulturskaparsamråd. Kulturpriset omfattar 30 000 kronor och finansieras inom Kulturens ram. Utdelning av priser och stipendier sker under ett offentligt arrangemang i samarbete med Gaaltije under Yranveckan

Förslag till beslut

Arbetsutskottet föreslår

Regionala utvecklingsnämnden föreslår regionfullmäktige

1. xxx utses till pristagare av Region Jämtland Härjedalens Kulturpris till Peterson-Bergers minne
2. Motiveringen för priset antas
3. Utdelning av priset sker på Gaaltije under Yranveckan

Beslut

Regionala utvecklingsnämnden föreslår regionfullmäktige

1. Drejeriet utses till pristagare av Region Jämtland Härjedalens Kulturpris till Peterson-Bergers minne
2. Motiveringen för priset antas
3. Utdelning av priset sker på Gaaltije under Yranveckan

Expedieras till

Chef Kultur, Jimmy Eriksson

Beslutsunderlag

- §70 AU Kulturpris till Peterson-Bergers Minne 2017
- Nomineringsförteckning_kulturpris_2017
- Förslag till motivering för Kulturpris 2017
- Reglemente för kulturpris och stipendier(129937) (0)_TMP

Kultur
Jimmy Eriksson
Tfn: 063-146703
E-post: jimmy.eriksson@regionjh.se

2017-04-07

RUN/101/2017

Förslag till motivering för Kulturpris 2017

Regionens kulturpris tilldelas Drejeriet i Östersund för deras gärning att synliggöra det professionella konsthantverket i länet.

Drejeriet är ett konsthantverkskooperativ som driver butik och galleri med höga kvalitetskrav. Verksamheten står genomgående för såväl traditionella hantverksmässiga värden som för konstnärlig förnyelse. Ur ett norrländskt perspektiv har Drejeriet en unik position genom att regelbundet arrangera utställningar med samtida konsthantverkare på en regional och nationell nivå. I utställningarna förmedlas sinnlighet, lust och glädje men också engagerande samhällsfrågor.

Under 2017 firar Drejeriet 30 år och genom sin kontinuitet och drivkraft utvecklar och främjar kooperativet konsthantverket i Jämtland Härjedalen.

Kulturpriset 2017

Namn	Område	Motivering	Nominering
Drejeriet	**Slöjd och konsthantverk, konst**	Drejeriet är ett konsthantverkskooperativet som består av 13 medlemmar vilka driver en butik och ett galleri i centrala Östersund. Genom sitt arbete att synliggöra det professionella konsthantverket inom främst keramik har Drejeriet under en längre tid varit en drivande kraft som utvecklat och främjat området. Drejeriet har ur ett norrländskt perspektiv en unik position genom att regelbundet arrangera konsthantverksutställningar där de egna medlemmarna och andra samtida konsthantverkare på en regional och nationell nivå ställer ut. I dessa utställningar förmedlas känslor såsom sinnlighet, lust och glädje men också engagerande samhällsfrågor. 2017 firar Drejeriet 30 år och att få tilldelat Regionens Kulturpris för dess gärningar skulle vara ett utmärkt sätt att premiera och uppmärksamma Drejeriets betydelse för konsthantverket i vår region. Drejeriet butik och galleri har drivit sin verksamhet i Östersund och firar i år 30 år. Drejeriets betydelse för regionen kan inte underskattas. Många är de som vittnar om detta vid sina besök i lokalen. Galleriet har visat mycket och håller en hög konstnärlig och hantverksmässig standard med utställare från hela landet. I ett allt kärvare galleriklimat står Drejeriet kvar som en traditionsbärare. Nyskapande och traditionella värden kan här få exponering. Kooperativet har i år fått två nya yngre medlemmar. http://www.drejeriet-keramik.se	Bildkonsten Region JH Anders Sunesson
Göran Modén	**Kulturarv**	Göran Modén har under många år intresserat sig för Wilhelm Peterson-Berger, hans liv, hans musik och hans ”Sommarhagen”. Han har läst brev och böcker såväl av som om PB, samlat bilder och ur detta destillerat fascinerande berättelser om kompositören. Han har belyst PB:s vänskap med prosten Björk i Frösö församling och vänkretsen i Valla med familjerna Tirén och Englund. Under åren har Göran initierat berättat om PB för många, ofta talrika auditorier. 2017 är ett jubileumsår; det är 150 år sedan PB föddes. Göran har entusiastiskt bidragit med struktur och material till hemsidan www.pb150.se. Han kommer under året att som konferencier och berättare medverka i ett flertal föreställningar om PB och hans musik. Utan Görans kunnande och engagemang, entusiasm och förmåga att strukturera ett digert material hade arbetet med jubileumsåret varit tyngre och resultatet inte blivit så genomtänkt. Göran är en föredömlig berättare och ciceron som håller PB:s liv och gärning levande i våra dagar. Göran är påläst och kan sin historia. Han väjer inte för att leta i arkiven både i Jämtland och i Stockholm efter dokument och brev för att få pusselbitarna på plats för att sen delge oss det i sina berättelser. Göran har förmågan att berätta och levandegöra PB.s liv och gärning i den miljö där PB levde och verkade och inspirera oss att förvalta vårt kulturarv på Frösön och Jämtland. Därför är han värd att få priset. https://www.sommarhagen.se/	Styrelsen för Stiftelsen Wilhelm Peterson-Berger Mats Ternvall

David Rosberg	**Teater, musik, kulturarv**	David är en kille på 28 år, född och uppvuxen på Frösön men som även har rötter i Klövsjö. David är musiker och han har en lång meritlista vad gäller musik. För närvarande bor han i Falun och jobbar som musiklärare samt pluggar på sidan av. Lite kort kan sägas att han haft jobb som kapellmästare på olika uppsättningar i bl a Borlänge, han har genom åren haft många olika band där det oftast varit han som varit "bandmorsa". Hans musikstilar har varierat genom åren och han bemästrar de flesta men befinner sig mestadels inom genrerna rock, progressiv pop, singer/ songwriter. David gör sin egen musik - text, musik (med alla instrument), sjunger och körar och nu har han släppt sin första video - en video som är helt inspelad i Klövsjö med vidunderliga vyer och fantastisk musik! Videon handlar bl a om ett sista farväl till hans farfar, Erik Dillner, som var kyrkvaktmästare i Klövsjö tills han för några år sedan gick bort. Den är även en hyllning till det vackra Klövsjö där David tillbringat mycket tid genom åren, samt lämnar lyssnaren fritt att tolka för egen del. David har själv lärt sig trampringa i kyrkklockorna precis så som hans farfar gjorde som kyrkvaktmästare och klockorna ljuder vackert i den här videon där David, tillsammans med sin farbror Jon, trampar dem (Klövsjö kyrka är en av de få, om inte den enda (?), kyrkor i Sverige som fortfarande använder sig av trampringning! Unikt alltså!) Med tanke på att videon är inspelad i Klövsjö kan jag tycka att det kan vara väl värt att uppmärksamma "En bygdens son" för trots att David för tillfället bor i Falun har han ändå sitt hjärta här i Jämtland - på Frösön/i Östersund/i Klövsjö! Dessutom tycker jag att det är värt att uppmärksamma en kille som alltid gjort sin egen musik och inte velat hamna i det "kommersiella träsket". Bifogar länken till hans video "One last goodbye" (Solitary Moan) https://www.facebook.com/solitarymoan/videos/1462633047110699/ Utbildningar: Palmqrantzskolans estetlinje, Umeå musikfolkhögskola Musikhögskolan i Piteå Uppsala universitet Boomtown university education i Borlänge Jobb inom musikbranschen: Estetiska programmet Lugnetgymnasiet som lärare Kulturskolan i Falun som lärare Dans och musikskolan i Falun som gitarrlärare ”Musicals in Concert” som kapellmästare ”All Shook up” på Borlänge musikteater som kapellmästare ”Gimme some lovin´” på Borlänge musikteater som kapellmästare NorrlandsOperan som musiker Teater GazBazz som kapellmästare och musiker Unga Örnar Borlängekretsen som musiker Har även varit med och satt ihop ett band för längesen som spelade på Storsjöyran Samt alla egna spelningar runt om i olika delar av Sverige med olika band.	Kajsa Rosberg
Jens Johansson	**Musik**	Nominerar sin son som bygger och restaurerar fioler i Cremona, Italien. Han var till Rom och fick guldmedalj för sitt arbete. Jens har varit i Los Angeles där han mestadels restaurerade gamla fioler. I Tokyo arbetade Jens med att bygga fioler. Han är värd att få uppskattning för sitt byggande och restaurerande av fioler.	Gunvor Ahl

Henrik Ögren och Teater Barda	**Teater**	Henrik Ögren startade Teater Barda år 2008 och har varit dess verksamhetsledare och regissör sedan dess. Teater Barda är en scenkonstgrupp som hör till Estrad Norr och vars medlemmar har funktionshinder. Teater Barda har vid det här laget spelat cirka 400 föreställningar i och utanför länet, deltagit i flera andra teaterproduktioner och medverkat i flera dokumentärfilmer. Henrik har med stor energi, fantasi, uppfinningsrikedom, planerings- och organisationsförmåga och stort tålamod utvecklat verksamheten successivt. Han ser ständigt nya möjligheter för teatergruppen och dess medlemmar och ser till att planerna genomförs. Teater Barda för teatertraditionen vidare och har utvecklat den till att omfatta en ny grupp av skådespelare till glädje för både publik och aktörer. Just nu spelas föreställningen Bardas 10 budord runt om i länet och även Västerbotten och Västernorrland. Och utan Henrik skulle det inte finnas någon Teater Barda!	Cecilia Högberg
Frida Hagman	**Musik**	Jag arbetar för tillfället som stämledare i 2-violinstämman i Jönköping Sinfonietta men är till vardags anställd i 1-violinstämman i Västerås Sinfonietta. Jag och Frida har musicerat tillsammans under många år med ett flertal framföranden i Jämtland, bla i Frösö kyrka och Gamla Kyrkan i Östersund. Frida Hagman är uppvuxen i Torvalla By och blev intresserad av musik under högstadiet vilket ledde till att hon valde musikestetisk inriktning på gymnasiet. Efter att en lärare uppmärksammat hennes röstbegåvning sökte Frida och kom in på musiklinjen vid Kapellsbergs musikskola i Härnösand, en av Sveriges främsta förberedande utbildningar för sångare. Under tiden där blev Frida antagen till postgraduateutblidningen vid Royal College i London. Hon valde dock att först utbilda sig vid kammarmusikutbildningen vid Mälardalens Högskola. Sångprofessor Lena Hellström-Färnlöf tillhör en av de mest framgångsrika lärarna i Sverige när det gäller att förbereda studenter inför de högsta sångutbildningarna, såväl nationellt som internationellt. 2013 påbörjade Frida kandidatutbildningen vid Operahögskolan i Göteborg för välrenommerade, internationellt erkända pedagogen Åsa Bäverstam. Våren 2016 fick hon sin kandidatexamen och på hösten påbörjade hon, som en av endast tre antagna, en tvåterminsmasterkurs i operainterpretation vid operahögskolan i Göteborg. Under våren 2017 har hon fått framträda i operans uppsättning av Kronbruden av Ture Rangström, Herr Arnes penningar av Gösta Nyström och är en av två som förberetts för rollen som Papagena i Trollflöjten av Mozart. Hon har nyss även blivit antagen till Berlin Opera Academy under sommaren 2017 och ska där göra rollen som Barbarina i Figaros bröllop av Mozart. Frida är en ständig ambassadör för jämtländsk musik. Vid alla sina egna konserter väljer hon att framföra musik med anknytning till Jämtland. Peterson-Berger är en stående kompositör och de rötter hon har i folkmusiken gör att den också är ett vanligt inslag i programmen. Detta är den primära anledningen till att nominera Frida till kulturpriset. En annan anledning är just det faktum att hon har blivit antagen till operaakademin i Berlin. OBS! Frida har även sökt regionens kulturstipendium för unga upp till 30 år.	Johan Morén

57

Kulturstipendium till Peterson-Bergers Minne

RS/1026/2017

2017-05-19

Sekretariatet
Daniel Nilsson
Tfn: 063-14 75 71
E-post: daniel.l.nilsson@regionjh.se

RS/1026/2017

Kulturstipendium till Peterson-Bergers Minne

Ärendebeskrivning

Region Jämtland Härjedalens Kulturstipendium till Peterson-Bergers minne har utdelats sedan 1966 och skall ges till personer eller grupper som är verksamma inom Jämtlands län eller genom sin konstnärliga verksamhet eller personliga bakgrund har nära anknytning till länet. Stipendiet ska uppmuntra kulturutövare upp till 30 år i deras utveckling och framtida verksamhet och kan sökas för stimulans, utbildning eller förkovran. Stipendiet brukar tilldelas fem personer. Utlysning har skett genom annons i länets båda dagstidningar, genom utskick samt på regionens hemsida. 10 ansökningar har inkommit varav 6 från kvinnor och en majoritet inom scenkonstområdet. Några av de sökande har genomgått, är upptagna av eller är på väg in i högre konstnärliga utbildningar. De flesta har lämnat arbetsprover och intyg. Föreslagna stipendiater har ursprung och anknytning till länet och bör uppmuntras att utveckla och förkovra sig inom teater och dramatik, musik och konsthantverk samt till ett fortsatt kulturskapande av hög kvalitet. Beredningen av ärendet har skett i nära samråd med de regionala kulturverksamheterna. För kulturstipendierna avsätts totalt 50 000 kr inom Kulturens ram. Utdelning av priser och stipendier sker under ett offentligt arrangemang i samarbete med Gaaltije under Yranveckan.

Regionala utvecklingsnämnden behandlade ärendet 2017-05-09, § 75 och föreslår regionfullmäktige

1. Johanna Nestor, Manne Hedén, Frida Hagman, Emma Löfström och Rebecka Öberg utses till stipendiater av Region Jämtland Härjedalens Kulturstipendium till Peterson-Bergers minne.
2. Utdelning av priset sker på Gaaltije under Yranveckan.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen tillstyrker regionala utvecklingsnämndens förslag.

I tjänsten

Tjänsteskrivelse

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Mikael Ferm
Regionstabschef

Utdrag till

Regionfullmäktige

§75

Kulturstipendium till Peterson-Bergers Minne 2017 (RUN/100/2017)

Sammanfattning

Region Jämtland Härjedalens Kulturstipendium till Peterson-Bergers minne har utdelats sedan 1966 och skall ges till personer eller grupper som är verksamma inom Jämtlands län eller genom sin konstnärliga verksamhet eller personliga bakgrund har nära anknytning till länet. Stipendiet ska uppmuntra kulturutövare upp till 30 år i deras utveckling och framtida verksamhet och kan sökas för stimulans, utbildning eller förkovran. Stipendiet brukar tilldelas fem personer. Utlysning har skett genom annons i länets båda dagstidningar, genom utskick samt på regionens hemsida. 10 ansökningar har inkommit varav 6 från kvinnor och en majoritet inom scenkonstområdet. Några av de sökande har genomgått, är upptagna av eller är på väg in i högre konstnärliga utbildningar. De flesta har lämnat arbetsprover och intyg. Föreslagna stipendiater har ursprung och anknytning till länet och bör uppmuntras att utveckla och förkovra sig inom teater och dramatik, musik och konsthantverk samt till ett fortsatt kulturskapande av hög kvalitet. Beredningen av ärendet har skett i nära samråd med de regionala kulturverksamheterna. För kulturstipendierna avsätts totalt 50 000 kr inom Kulturens ram. Utdelning av priser och stipendier sker under ett offentligt arrangemang i samarbete med Gaaltije under Yranveckan.

Förslag till beslut

Arbetsutskottet föreslår

Regionala utvecklingsnämnden föreslår regionfullmäktige

1. Xxx, xxx, xxx, xxx och xxx utses till stipendiater av Region Jämtland Härjedalens Kulturstipendium till Peterson-Bergers minne
2. Utdelning av priset sker på Gaaltije under Yranveckan

Beslut

Regionala utvecklingsnämnden föreslår regionfullmäktige

1. Johanna Nestor, Manne Hedén, Frida Hagman, Emma Löfström och Rebecka Öberg utses till stipendiater av Region Jämtland Härjedalens Kulturstipendium till Peterson-Bergers minne
2. Utdelning av priset sker på Gaaltije under Yranveckan

Beslutsunderlag

- §71 AU Kulturstipendium till Peterson-Bergers Minne 2017
- Ansökningsförteckning_kulturstipendier_2017
- Reglemente för kulturpris och stipendier(129937) (0)_TMP

Kulturstipendier 2017

Namn	Område	Motivering	Bilagor
Johanna Nestor, 27 (Kalmar/Åre)	**Slöjd och konsthant-verk, konst, design, kulturarv, övrigt**	Kakelugnsmakerska, bosatt och verksam i Åre. Min fascination för kakelugnen har uppstått genom ett bejakande av kakelugnen som ett keramiskt objekt men också som en vital del av något som varit och kakelugnens nytta och status, hur den såg ut då till skillnad från idag. I början av juni 2016, tog jag examen från kandidatprogrammet keramik och glas vid Konstfack. Mitt examensarbete handlade om att ta fram en ny och alternativ design till den klassiska kakelugnen, med fokus på den keramiska delen av objektet. Under mitt sista år under utbildningen på Konstfack åkte jag iväg på en utbytestermin till Tjeckien. Där fick jag lära mig mer om framställningen av en kakelugn samt hur traditionen sett ut där. Genom en blandning av ”nya” och mer traditionella tekniker, utvecklade jag ett eget sätt att arbeta på, vilket har givit mig mersmak! I augusti 2016 flyttade jag till Åre för att arbeta med min konst och etablera mitt företag. Jag har således nyligen debuterat som yrkesverksam konstnär/keramiker och i dagsläget står jag på vingliga ben. Den senaste tiden för mig har verkligen gett mig stort hopp för mig och min yrkesverksamhet. I januari 2017 invigdes Liljevalchs Vårsalong i Stockholm, där jag är med och ställer ut min kakelugn ”Eken”. I februari 2017 blev jag utsedd till en av de nominerade till Ung Svensk Form 2017. En vandringsutställning som pågår i 1,5 år både nationellt och internationellt och som dessutom gästar Östersund under Storsjöyran 2017. Detta är utmärkelser som sporrar mig i mitt framtida arbete. Jag tror starkt på att det som konstnär är fullt möjligt att verka på andra platser än i en storstad. Miljön runt omkring mig inspirerar och jag känner ett lugn, jag är hemma. Jag söker stipendiet för att i projektform arbeta med att utveckla en ny design av en kakelugn, i form av en prototyp. Projektet kretsar kring att kreativt formge och tillverka det keramiska kaklet som utgör formen för en kakelugn. Jag vill bejaka det gamla hantverkets tradition och ta tillvara på det. Detta genom att anamma dåtidens tillverkningstekniker samt att applicera mina egna idéer om gestaltning och dekoration på den forna konst-hantverkliga kakelugnstillverkningen. Stipendiet skulle framförallt ge mig möjligheten att införskaffa material och verktyg till mitt projekt.	**Examensbevis Konstfack, Academy of Arts Prague, Intyg Leksands fhsk, Grebbestads fhsk Bildmaterial**
Manne Hedén, 30 (Berg)	**Teater, litteratur**	Jag heter Manne Hedén och är en 30-årig dramatiker och skrivlärare, mestadels frilansande, sedan ett antal år bosatt i Uppsala. Uppväxten tillbringade jag i Hackås, där mina föräldrar ännu bor kvar. Efter att ha gått estetisk linje vid Palmcrantzskolan i Östersund flyttade jag till Uppsala för att studera litteratur-vetenskap och har med undantag för två kortare perioder bott kvar där sedan dess. Vid Uppsala universitet tog jag en masterexamen i Litteraturvetenskap och en kandidatexamen i Idé och lärdoms-historia. Jag gick även en kurs i projektledning och projektplanering där jag kunde studera förutsättningarna för att arbeta med mitt eget skapande. Med två föräldrar som verksamma kulturarbetare har jag alltid betraktat kulturen som ett möjligt framtida arbetsfält, men först i och med den här kursen, och den efterföljande praktiken på Radioteatern, började jag på allvar skifta fokus från ett utforskande av teaterhistorien, där min masteruppsats exempelvis undersöker Pär Lagerkvists dramatiseringar av egen prosa, till det	Intyg Radioteatern, Unga Tur, Världshistorien i P1 Examensbevis Arbetsprover

		egna skrivandet där en viktig inspiration var möjligheten att skriva avsnitt till Radioteaterns serie Världshistorien. Även om jag alltid skrivit såväl noveller som poesi från tonåren och framåt har det varit teatern som legat närmast hjärtat, ända sedan mina första statistroller som sexåring i Hackås teaterverkstad. Under ett år på Wiks folkhögskola lärde jag känna vänner som jag senare samarbetat med i amatörteateruppsättningar i Uppsala, men läsåret 2013–2014 på Biskops Arnös dramatikerutbildning började jag mer målmedvetet ägna mig åt dramatexter. Följande år på Biskops Arnös projektkurs gav mig möjligheten att skriva färdigt en längre pjäs under handledning. Manuset i två akter färdigställdes våren 2015 under titeln Imago. Efter examen arbetade jag under drygt ett år huvudsakligen som skrivlärare på Sensus studieförbund och sedan på Folkuniversitetet. Under två terminer handledde jag också en projektgrupp som arbetade med att färdigställa oavslutade skrivprojekt. Jag arbetar för tillfället med den Stockholmsbaserade teatergruppen Dramakvarnen där två av mina pjäser uppförts under 2016. I april var det premiär för Claudius svensexa, löst baserad på Shakespeares Hamlet, i regi av Urban Eriksson och med bland andra Margareta Eriksson Bergius, Gert Fylking och Michael Borch i rollerna. I november hade Ensamvargen och Rödluvan premiär i regi av Michael Hamory med Minna Tägil, Danne Dahlin och Joakim Thelin i ensemblen. Även om jag inte bott regelbundet i Jämtland på många år har jag besökt länet flitigt och sedan 2014 har jag även arbetat på Jamtli Historieland under somrarna. Där har jag kombinerat rollen som Brasse i Jamtlis Fem Myror-park med att spela revolutionär uppviglare i Gröna Vågen-miljö. Jag har även suttit mycket i Jämtland när jag haft längre sammanhållna skrivperioder, bland annat ett dramaturgarbete för Unga Turteatern i deras uppsättning av Lefflers Sanningens vägar. Teman som ofta återkommer i mina texter är frågor om identitetssökande och verklighetsuppfattningar, ofta med samhällskritiska inslag. Etiska dilemman som tvingar publiken att vackla i sina sympatier/antipatier inför en rollgestalt är också återkommande. Stilen är i gränslandet mellan naturalistisk och absurd, ofta med inslag av svart humor. Jag söker Regionens kulturstipendium till Peterson-Bergers minne för att kunna ge mig själv mer tid att bredda mitt skrivande. För närvarande arbetar jag dels som vikarierande lärare, dels som butiksanställd inom Akademibokhandeln. I framtiden skulle jag vilja arbeta mer med såväl noveller som poesi och de senaste månadernas arbete med barn och ungdomar har också gjort mig nyfiken på möjligheterna att skriva mer för unga. Jag har även tonsatt en del egna dikter som jag hoppas kunna spela in med hjälp av vänner i framtiden.	
Frida Hagman, 29 (Östersund)	**Musik**	Jag går min sista termin på en kurs på masternivå vid operahögskolan i Göteborg och gör samtidigt min praktik på Göteborgsoperan i vår, bland annat som cover för Papagena i Trollflöjten och som Pamina i en barnföreställning om Trollflöjten. Till sommaren har jag fått en plats på Berlin Opera Academy, en kurs där ett antal sökande från hela världen väljs ut till att delta i en operaföreställning i Berlin. Detta år är det bland annat Figaros bröllop som sätts upp och jag har fått rollen som Barbarina. Förutom arbetet med föreställningen, får vi sånglektioner, språkträning och möjlighet att arbeta med otroligt kompetenta och erfarna sångare och lärare som bland annat arbetat på Metropolitan och andra stora hus i Tyskland. Vi kommer också att	Rekommendations brev Ljudspår

		få dansträning, lära oss mer om branschen och få chans att sjunga upp för agenter och operachefer. Det är en fantastisk möjlighet som är få förunnad och jag känner mig stolt och ärad som fått chansen att medverka. Min sångarbana påbörjade jag på Palmcrantzskolan i Östersund, jag har sjungit och agerat sedan barnsben. Jag känner mig lyckligt lottad som växte upp i en stad där mitt musicerande uppmuntrades och jag älskar att komma hem på somrarna och konsertera i någon av mina hemkyrkor. Jag har arbetat som värdinna på Sommarhagen och har en stor kärlek till Peterson Berger och hans musik. I sommar ska jag tillsammans med en pianistkollega fira hans jubileum i Frösö kyrka. Jag känner en enorm kärlek till mina hemtrakter och vill verka för att sprida en känsla av Jämtlands till resten av musikvärlden, men jag vill också vara med och värna om den klassiska musikens plats i samhället där den möter allt större konkurrens från andra genrer och konst-former. Skulle jag få äran att bli tilldelad stipendiet så skulle pengarna gå till avgiften för att delta i sommarens kurs, som jag verkligen tror kan ge mig en bra skjuts i karriären och därigenom en chans att få fortsätta jobba för musiklivet i och utanför Jämtland.	
Emma Löfström, 28 (Strömsund)	**Teater**	Bor idag i Knivsta och studerar tredje och sista året till scenkonstproducent vid Stockholms dramatiska högskola. Följande stycke fanns i ansökningsbrevet som jag skickade in vid antagningen till skolan: ”Jag söker den här utbildningen för att utvecklas, lära mig nya vägar, vidga mitt kontaktnät och få massor av inspiration för att sedan få återvända till norr och använda min kunskap till att kämpa vidare för att kultur ska nå ut till ”vanligt folk” - främst till barn och unga - och inte enbart till de redan etablerade kulturkonsumenterna som får kulturhusen på de större orterna att gå runt.” Jag arbetar för att alla människor ska få tillgång till scenkonst och att scenkonsten ska kunna ha en berättelse för just dem. Och detta oavsett om jag står på scenen som skådespelare eller bredvid som producent. Jag är en kreativ konstnär som fungerar bäst när jag får utveckla idéer till verklighet, vara en del av det konstnärliga teamet och hitta lösningar på det som verkar omöjligt. Under min utbildning har jag valt att fördjupa mig i projekt med annan ingång än den klassiska teater-produktionen. Jag vill arbeta i process, blanda olika genrer och framförallt arbeta nära publiken. Jag vill undersöka relationen till publiken, utmana/påverka dess delaktighet i konsten och skapa konst där de har en självklar roll som något mer än “bara” åskådare i en teatersalong. Jag brinner för norra Sverige. Jag är uppvuxen i Strömsund där min familj ännu bor kvar - det är den plats som ger mig ett lugn som ingen annan. Flyttade i slutet av tonåren till Luleå och har där varit en av de drivande vid en fri teatergrupp som riktar sig till barn och unga. Min dröm är att i framtiden bo i norra Sveriges inland, det är där jag trivs bäst och det är där jag vill att mitt barn ska få växa upp. Jobben inom scenkonstbranschen är dock få i det området och min stora utmaning är hur jag ska få ihop min vardag. Den möjlighet jag ser är att arbeta som frilansare, delvis på distans och delvis genom resor till andra orter. Jag vill successivt bygga upp ett nav för scenkonst i norra Sveriges inland där både verksamhet för ortens invånare finns och scenkonst-produktioner/ projekt skapas och visas. Om jag tilldelas kulturstipendiet för Peterson-Bergers minne skulle jag lägga pengarna på en dator som ger mig tillgång till de verktyg jag behöver för att kunna arbeta som frilansande scenkonstnär. Det	Intyg Bananteatern, Troja Scenkonst, Riksteatern, Lule Stassteater, LTU m.m.

		skulle innebära att jag kan bygga upp en egen verksamhet och på sikt skulle det ge mig möjligheten att flytta hem igen. Under följande länk finns en dokumentation av föreställningen "Varför gråter pappan?" som jag varit initiativtagare samt producent till och även skådespelat i. https://www.dropbox.com/s/wr7ch1uaw2q7f7d/MVI_0417.MP4?dl=0	
Rebecka Öberg, 25 (Berg)	**Teater**	Jag heter Rebecka Öberg, är 24 år och studerar mitt första år på teaterskolan Rose Bruford i London. Det är en treårig 'Bachelor' i 'European Theatre Arts' och är en unik utbildning där en inte bara får en gedigen skådespelarutbildning, men också tränas i att helt självständigt kunna skapa teaterproduktioner med allt vad det innebär. Min skådespelarkarriär började när jag som 11-åring deltog i Bergs Kulturskolas musikaler. 2013-2014 gick jag skådespelarlinjen på Wiks Folkhögskola och det var där jag fick upp ögonen för den typ av fysisk och politisk teater som jag nu studerar. Jag studerade teatervetenskap och genusvetenskap vid Stockholms Universitet ett år innan jag flyttade till London för att gå en ettårig 'Acting Foundation' på Regent's University. Under det året var mitt mål att komma in på min nuvarande utbildning och jag jobbade hårt för att uppnå det. Detta resulterade i att jag hamnade på 'The Dean's List', en utmärkelse för högpresterande elever. Rose Bruford är en väldigt intensiv skola. Vi har ofta lektioner eller repetitioner 9-21 flera dagar i veckan, samt många skriftliga inlämningsuppgifter och jag har valt att inte jobba vid sidan av skolan för att kunna satsa på studierna fullt ut. Då Storbritannien inte har samma lyx som Sverige med gratis utbildning (£9000/år) och London dessutom är en dyr stad att leva i är varje ekonomiskt bidrag väldigt välkommet.	Studieintyg
Martina Skyttberg, 28 (Östersund)	**Slöjd och konsthant-verk, konst**	Jag är en konstnär från länet som just nu slutför mitt masterarbete på Konstfack. Jag studerar textil konst och söker stipendiet för stöd av masterarbetet. I det textila materialet söker jag grunden för konstnärlig representation och låter denna bli en aktiv del i konceptet. Jag undersöker iden av ljus och reflektion i textil, beroende på perception ändras färger och motiv, en utforskning av materialet och ljusets kraft och samarbete. Det är dialogen mellan mig och processen som skapar bilden. En viktig metod i mitt arbete är översättningarna som sker när en bild färdas genom olika medier - fotografi - textilfärgning - screentryck - broderi. Ett sökande av en tillhörighet till de screentryckta broderade bilderna. En identitet för den tryckta textilen bortom funktion och massproduktion för industrin. Ett avståndstagande av konsumtionen av det textila materialet. Det börjar med fotografiet. En abstraktion av en verklighet som endast existerar i det ögonblick då bilden tas. Det är en utforskning av ett mönster som finns i naturen. Bilderna kan vara en till synes objektivt sätt att beskriva och förklara hur verkligheten ser ut att vara kopplad. Det finns ingen förklaring vad som sker utanför ramen, bara förslag. De "utsnitt av mönster" är omöjliga minnen, skuggor av något som inte kan spåras eller förklaras. De tillhör ett större mönster som inte är inom räckhåll. Metoden av "chans" gör processen till det mest nödvändigaste. Den tillför kontrast och överraskning. Motivet utvecklas endast under processen i screentrycket, planeringen sker i momentet. Upprepning av "verkligheten" abstraktseras till den grad att en ny "verklighet" avslöjas. Lager trycks på lager, det understa blir en förutsättning för de följande. Grunden försvinner till viss del, men	Arbetsprover

		dröjer ändå kvar. Risken att misslyckas att förstöra en bild finns alltid, varje lager blir ett risktagande men det finns ingen återvändo. Färgen dansar över ytan och skapar rum, färgen och mönstret möter varandra i skikten. Ljuset lyser upp ytan och spränger igenom textilen. Ljuset håller allt samman. Jag utforskar och försöker få förståelse av den textila betydelsen och sättet textil ses som material. Till de platser som vi känner igen som äkta, existerar endast för stunden i ett foto och suddas ut med hjälp av färg och material. I ett personligt försök att kunna skapa min egen plats av känsla och fantasi i en värld av snabbt konsumerade textil. I en lek med det materiellt konkreta vill jag uppmärksamma de strukturer som bestämmer vår uppfattning av världen.	
Anders Hoglert, 24 (Östersund)	**Musik**	Studerar fjärde året på musiklärarprogrammet på Musikhögskolan Ingesund med klassisk klarinett som huvudinstrument och jazz-saxofon som biinstrument. Vid 7 års ålder började jag spela klarinett på kulturskolan i Östersund, där jag också är uppväxt. Fortsatte med estetiska programmet på Palmcrantzskolan. Efter studenten studerade jag två år på Ingesunds Folkhögskola. Därefter började jag det femåriga musiklärarprogrammet som jag studerar på idag. Jag tycker det är fantastiskt roligt med musik och har höga ambitioner som musiker. Förutom klarinett spelar jag även mycket saxofon och tvärflöjt inom flera genrer, från mindre ensembler till storband och symfoniorkester. Däremot ligger min spets inom klassisk klarinett och jag ska bland annat provspela till en tjänst som klarinettist i Dalasinfoniettan senare i vår. Som blivande pedagog hoppas jag kunna inspirera elever med min glädje för musik. Jag söker stipendiet av två anledningar. För det första vill jag studera vidare en konstnärlig master som utövande musiker efter min musiklärarutbildning. Jag har bland annat kontakt med klarinettisten Håkan Rosengren som undervisar i Los Angeles. Detta stipendium skulle bidra till att möjliggöra fortsatta studier ekonomiskt. Den andra anledningen är att jag önskar att köpa en basklarinett. En professionell klarinettist förväntas i många fall äga en basklarinett. Att äga en egen basklarinett skulle därför öppna upp för många fler jobbmöjligheter och stimulera min musikaliska utveckling.	Rekommendations brev
Oskar Norin, 24 (Åre)	**Teater, dans, övrigt**	Jag är en nycirkusartist under utbildning. Jag tog grundskoleexamen i Mörsil och gymnasieexamen på naturvetenskapslinjen på Åre gymnasieskola i Järpen. Som barn var jag aktiv i idrott med fotboll och pingis i den lokala föreningen och givetvis skidåkning. Jag spelade fiol på kulturskolan i många år och medverkade i orkestern fjällstråket i Åre kommun som leddes av Gunnel Lundholm. I början på gymnasiet upptäckte jag nycirkus genom en akrobatik-träningsgrupp på barn och ungdomscirkusen Kul och bus på Frösön. Kombinationen av rörelse, kreativitet och möjligheten att stå på scen gjorde mig direkt förälskad och nycirkus blev snabbt mitt nya fokus. Jag tog ett beslut att gå fullt ut med cirkusen och sökte in till skolan AFUK i Köpenhamn 2014. Där spenderade jag hela veckorna med att utveckla mina grunder inom nycirkus på deras artstlinje. Med akrobatik, styrketräning och dans jobbade jag på mina fysiska egenskaper och mina sceniska färdigheter med klasser i teater, improvisation och scenrörelse/movement-träning. Efter det året sökte jag in på FLIC scuola di Circo i Turin. Där spenderade jag ytterligare ett år med inlärning av nycirkusens grunder, nu med ett nytt fokus på disciplinen språngbräda, eller teeterboard. Det är en	Diplom Flic scuola de circo Italien Rekommendations brev Antagningsbevis École Nationale des Arts du Cirque Arbetsprover

		fartfylld disciplin där två eller flera utövare använder en sorts gungbräda för att skapa hisnande luftfärder och rörelser. I år har jag blivit antagen till cirkushögskolan Ecole nationale des arts du cirque (ENACR) i Paris. Det är en av de mest populära nycirkusskolorna i Europa, med en mycket sträng antagningsprocess som bland annat involverar videoansökning och fyra dagars audition. Här kommer jag att spendera tre år för att bli en fullfjädrad cirkusartist med språngbräda som huvudfokus tillsammans med tre andra killar från Schweiz, Sverige och Danmark. Vi kommer tillsammans med vår klass på 15 personer utbildas inom bland annat cirkuskonst, dans, teater, musik och som examenssarbete skapa en turnerande föreställning. Nycirkusen är en konstform som är ständigt under utveckling och förändring. Av naturen innebär nyscirkus risktagande och gränsöverskridande vilket för mig gör den till ett intressant medium för att skapa en historia eller frambringa ett budskap. I Frankrike har cirkusen som modern konstform haft en lång period att växa med hjälp av många eldsjälar och talanger. Här finns en infrastruktur för cirkus med skolor, festivaler och teatrar där artister från världens alla hörn har möjlighet att arbeta och utvecklas. Jag vill kunna ta med mig kunskapen från den franska nycirkusen för att kunna sprida den som konstform och aktivitet och vissa dess mångfaldighet till en större skara. Det ställs höga krav på en cirkusartist och för att kunna bibehålla en säker utveckling krävs hård träning, mycket tid och strikt kost. Därför måste till stor del av min utbildning finansieras med sparade pengar. Ert stipendium skulle därför innebära en stor avlastning som innebär att jag kan lägga mer fokus och energi på mina mål.	
Johanna Östlund, 29 (Östersund)	**Slöjd och konsthant-verk, Konst, Foto**	I cirka 7 år bodde jag i centrala Göteborg och där har jag främst varit verksam inom konst och textil. Sedan ett år bor jag åter i Jämtland, närmare bestämt i ett väldigt inspirerande kollektiv på Regementsgatan i Östersund och jag jobbar bland annat med att skapa konstnärliga samarbeten och utbyten mellan Norrland och Västkusten. Jag är utbildad inom konst, grafik och textil design. Studerade på konstskola två år i Jämtland varav en termin i London, sedan 4 år i Göteborg. Efter det startade jag eget företag och arbetar med konst och utställningar, offentlig konst/utsmyckning, workshops i konst för unga och drev även en second hand-butik i ca två år. Just dessa ämnen är mina absoluta favoriter. Oftast tecknar jag, helst utomhus, på tåg, resor eller i ateljén. Det behövs bara lite inspiration från musik och ljudlandskap, konversationer, natur, djur, film, konst, drömmar, filosofi eller skräp-tv så åker ett utav mina teckningsblock fram. Först blir det något rörigt, sedan klart som blixten i marken när väl bilder och poesi/texter fyller i tomrummet. Nu arbetar jag koncentrerat på teckningarna/illustrationerna. Det som också känns roligt med detta är att jag känner att formatet är obegränsat, vilket gör att jag känner mig fri. Om jag känner för att skruva upp eller ner volymen på teckningen så kan det istället inspirera och göras till en skulptur, en målning eller ett grafiskt tryck i helt annan storlek. Medel som jag använder till att skapa konst och behöver stöd till är bland annat pennor, kritor, akrylfärg, akrylspray, screentryck-utrustning, bläck, papper, målardukar, lera, textil, mdf eller träskivor samt min kamera då. Det är vad jag lägger all min energi och ekonomi på, förutom att betala hyran då kanske.	Intyg från föregående år: Saint Martins College of Art and Design Folkunivesitetet Göteborgs konst-skola Östersunds konst-skola Diplom vetenskapsfesti-valen Konststip. JLK Sex arbetsprover

Frej Jönsson, 24 (Östersund)	**Musik, konst, film, foto**	Jag kommer från Lit, men bor nu på Frösön. Jag upptäckte den estetiska världen någorlunda sent i livet. Min ungdom präglades av friskidåkning. Jag flyttade sedan till Kiruna för att börja Vinteridrottslinjen på Rymdgymnasiet men fick under första året panikångest vilket rev ned min verklighet. Hade efter det svårt att känna något både för skidåkningen och allt annat i livet. Hamnade i en depression och började under denna period att skriva mycket. Jag åkte skidor några år till men skiftade min syn på den. Jag började uppfatta vissa rörelser som vackra istället för coola, all form av rörelse blev ett konstuttryck. Under denna tid fann jag även musik och jag har aldrig känt så starkt för någonting annat. Det kändes som det perfekta sättet att uttrycka sig på och jag blev besatt av att lära mig spela instrument, sjunga och skriva låtar. Jag kom in på en singer/songwriter-linje på Löftadalens Folkhögskola. Jag hade det bästa året i mitt liv och har sedan dess känt mig mer och mer hemma i musiken. För tillfället spelar jag in en demo själv som jag senare vill göra till ett fullängdsalbum. Jag har nu sökt till singer/songwriter-linjen på Birka Folkhögskola för att få chansen att fördjupa mitt låtskrivande samt jobba på min teknik och leda ett band. Mitt mål är att göra ett långvarigt projekt som innefattar olika konstuttryck, skapa en sorts konstpersona. Mitt fokus ligger inom musik men jag vill även arbeta med film, foto och rörelse. Mitt första projekt består av att bjuda in vänner till ett hus i Kläppe under två veckor för att spela in ett album, och jag har även börjat skissa på idéer till en minidokumentär omkring upplevelsen. Jag har en god arbetsvilja och vet mycket väl vad jag vill göra men saknar pengar för att hålla fokus på mitt uttryck. Stipendiemedlen skulle gå till utrustning för inspelning, en hemsida, samt till studier.	Intyg Löftadalens fhsk Fyra ljudspår Foton

58

Samiskt stipendium 2017

RS/1027/2017

2017-05-19

Sekretariatet
Daniel Nilsson
Tfn: 063-14 75 71
E-post: daniel.l.nilsson@regionjh.se

RS/1027/2017

Samiskt stipendium 2017

Ärendebeskrivning

Region Jämtland Härjedalens Samiska stipendium inrättades 1999 efter förslag från Samernas Riksförbund (SSR). Stipendiet ska tilldelas från länet bördig eller i länet verksam person som medverkat till att bevara och föra vidare det sydsamiska kulturarvet. 2009 utdelades inget samiskt stipendium då ingen sökte eller nominerades. Utlysning har skett genom annons i länets båda dagstidningar, genom utskick till institutioner, organisationer och kommuner samt på regionens hemsida. Tre nomineringar har inkommit. Beredningen av ärendet har skett i samverkan med Regionens Samiska samråd. Föreslagen stipendiat bör uppmuntras för sitt breda arbete med att sprida det sydsamiska kulturarvet genom att ge barn och unga möjligheten att ta del av den samiska kulturen och det sydsamiska språket. Stipendiet är på 10 000 kronor och finansieras inom Kulturens ram. Utdelning av priser och stipendier sker under ett offentligt arrangemang i samarbete med Gaaltije under Yranveckan.

Regionala utvecklingsnämnden behandlade ärendet 2017-05-09, § 76 och föreslår regionfullmäktige

1. Madeleine Renhuvud utses till stipendiat av Region Jämtland Härjedalens Samiska stipendium.
2. Utdelning av priset sker på Gaaltije under Yranveckan.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen tillstyrker regionala utvecklingsnämndens förslag.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Mikael Ferm
Regionstabschef

Utdrag till

Regionfullmäktige

§76

Samiskt stipendium 2017 (RUN/102/2017)

Sammanfattning

Region Jämtland Härjedalens Samiska stipendium inrättades 1999 efter förslag från Samernas Riksförbund (SSR). Stipendiet ska tilldelas från länet bördig eller i länet verksam person som medverkat till att bevara och föra vidare det sydsamiska kulturarvet. 2009 utdelades inget samiskt stipendium då ingen sökte eller nominerades. Utlysning har skett genom annons i länets båda dagstidningar, genom utskick till institutioner, organisationer och kommuner samt på regionens hemsida. Tre nomineringar har inkommit. Beredningen av ärendet har skett i samverkan med Regionens Samiska samråd. Föreslagen stipendiat bör uppmuntras för sitt breda arbete med att sprida det sydsamiska kulturarvet genom att ge barn och unga möjligheten att ta del av den samiska kulturen och det sydsamiska språket. Stipendiet är på 10 000 kronor och finansieras inom Kulturens ram. Utdelning av priser och stipendier sker under ett offentligt arrangemang i samarbete med Gaaltije under Yranveckan.

Förslag till beslut

Arbetsutskottet föreslår

Regionala utvecklingsnämnden föreslår regionfullmäktige

1. xxx utses till stipendiat av Region Jämtland Härjedalens Samiska stipendium
2. Utdelning av priset sker på Gaaltije under Yranveckan

Beslut

Regionala utvecklingsnämnden föreslår regionfullmäktige

1. Madeleine Renhuvud utses till stipendiat av Region Jämtland Härjedalens Samiska stipendium
2. Utdelning av priset sker på Gaaltije under Yranveckan

Beslutsunderlag

- §72 AU Samiskt stipendium 2017
- Förteckning_samiskt_stipendium_2017
- Reglemente för kulturpris och stipendier(129937) (0)_TMP

Samiskt stipendium 2017

Namn	Område	Motivering	Nominering
Madeleine Renhuvud	**Konst, litteratur, samiskt språk**	Jag är en samekvinna 48 år från Mittådalens sameby som under många år varit verksam i Dalarna men nu flyttat hem till Härjedalen igen. Den samiska kulturen har alltid legat mig varmt om hjärtat både i mitt yrke som lärare i sydsamiska, i min konst och i mitt skrivande. Har under flera år lärt barn och ungdomar i Dalarna om samisk kultur och historia. När jag gick lärarutbildning 2004-2008 insåg jag än mer bristen av kunskap om den egna urbefolkningen och gjorde då ett utkast till en barnbok om en renkalv som jag senare gav ut både på sydsamiska och svenska (Miesie Mavve / Renkalven Mavve). Har skrivit manus till del 2 och har en förhoppning att få ge ut 8 delar om Mavve och att följa honom och hans äventyr i alla de 8 samiska årstiderna. Jag fortsätter mitt engagemang att sprida kunskap både för samebarn, lärare och allmänhet genom att nu ha modersmål sydsamiska i Sveg och Hede. Dessa områden har tidigare inte haft någon samisk undervisning. Jag vill även föra mina kunskaper vidare genom föreläsningar för lärare. Jag har även förhoppning att få arbeta mer med min konst och vill jobba med en utställning där både mitt intresse för skrivande, bildskapande och foto kan öka intresset och förståelsen för den samiska kulturen. Jag har en övertygelse att litteratur och konst är ett utmärkt forum för insyn och känsla för en annan kultur. Främst vill jag föra vidare det min far gett mig i arv och ännu starkare har det känts sedan min far gick bort allt för tidigt i cancer i höstas. Det var även det som ledde mig hem till Härjedalen igen. Jag tycker att jag är en värdig stipendiat för mitt engagemang, min bredd och mitt språkarbete. Brinner för att föra vidare det språk jag fått återerövra. Dagens barn och ungdomar ska få den chans jag inte fick i skolan när jag växte upp. Både genom skriftens och bildens språk.	Egen ansökan
Jan Persson	**Arkiv eller museifrågor, övrigt**	Nomineras för sitt engagemang för den samiska historien och det samiska kulturarvet. Jan har ett brinnande intresse för den samiska historien som han gärna delar med sig av. http://www.ltz.se/jamtland/are/jan-persson-hittade-unik-samisk-grav http://www.ripjakt.se/blanketter/njaarke.pdf http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=2327&artikel=5397760 http://gaaltije.se/onewebmedia/Kall_Njaarke_Jovnevaerie.pdf	Thomas Bergkvist
Folke Fjällström	**Slöjd och konsthantverk, konst**	Folke Fjällström nomineras för sitt konstnärskap baserat på sydsamisk konsthantverkstradition. Materialet i hans verk är främst trä som i sitt slutliga skick har en mjukpolerad och len yta som lockar handen att vilja känna dess form. Under TRÅANTE 2017 – samiskt jubileum invigdes i Nidarosdomen, Trondheim, en altarskulptur i form av Kristusgestalt utfört av Folke Fjällström. Verket visar ödmjuk närvaro i tradition, samtid och framtid. Folke har också utfört offentliga verk för utomhusmiljö och bland annat skolor. Han lockar fram ur träet dess inneboende former och ger med sina verk stor inspiration och intresse för samisk samtidskonst och tradition. http://www.xn--trante2017-25a.no/innvielse-av-nytt-alter-i-nidarosdomen/ http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=2327&artikel=5435945 http://www.op.se/folke-fjallstrom-vill-sprida-guldglans-over-sodra-arefjallen	Bildkonsten Region JH

59

Svar på medborgarförslag från Eva-Lena Blom om tillagningskök på neonatalavdelningen

RS/1941/2016

Tjänsteskrivelse
Regionstyrelsen

2017-05-22

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

RS/1941/2016

Svar på medborgarförslag från Eva-Lena Blom om tillagningskök på neonatalavdelningen

Ärendebeskrivning

Eva-Lena Blom har lämnat in ett medborgarförslag om att investera i ett enkelt tillagningskök på Neonatalavdelningen så att föräldrar, som ofta vistas längre tid på avdelningen, ska kunna tillaga egen mat på avdelningen.

Ärendet behandlades av regionstyrelsen 2017-01-25 § 25 och blev då återremitterat i avvaktan på hantering av fastighetsutvecklingsplan för sjukhuset.

Neonatalavdelningen på Östersunds sjukhus ligger på plan 8 i entréhuset (hus 4) tillsammans med barnavdelningen och bägge avdelningarna är mycket trångbodda. Frågan om att etablera ett kök på avdelningen har varit uppe många gånger tidigare utan att någon lösning kunnat presenteras.

Neonatalavdelningen disponerar en mycket liten yta och är extremt yteffektiv. Det finns inga möjligheter att lösa en föräldraköksfunktion inom den lokalyta som verksamheten disponerar idag och de alternativ som kan vara genomförbara är:

Förlägga verksamheten inom barnvårdavdelningens yta, som gränsar mot Neonatal
Om föräldraköket etableras inom barnvårdavdelningens verksamhetsyta skulle ett kontorsrum för kurator samt del av lekterapin påverkas. Ytan för lekterapin har tidigare minskat yta 2009 då neonatalavdelningen byggdes ut. Lekterapin är en viktig funktion på barnavdelningen för alla patienter som är inlagda och deras anhöriga som kommer på besök. Bassestiftelsen har genom åren satsat mycket på att miljön på terapin skall vara stimulerande och välgörande för tillfrisknandet av våra barnpatienter. Skall verksamhetsytan på lekterapin behållas eller återskapas till ursprunglig storlek som före ombyggnaden av Neonatalavdelningen blir det en omfattande ombyggnad och ännu svårare att hitta plats i sjukhuset för personal som hör till barnvårdavdelningen men inte får plats på plan 8.

Etablera ett kök någon helt annanstans inom sjukhuset
Etableras ett kök på någon helt annan plats inom sjukhuset visar erfarenheter från andra sjukhus att det inte används så mycket. Orsaken är att föräldrarna kommer långt från barnen under matstunden alternativt tar med sig barnen till köket som då utsätts för stor smittorisk

som inte är bra för deras ofta svaga immunförsvar. Det skulle också kräva att annan verksamhet måste flyttas.

Att verksamheten bjuder föräldrarna på mat som får ätas på respektive vårdrum.
Att bjuda föräldrarna på mat från köket som får ätas på respektive vårdrum är möjligt men relativt kostsamt. Avdelningen har beräknat kostnaden till ca 800 000:- per år.

Att bygga ut huvudentrén med tre våningar som, förutom detta problem, även skulle lösa flera lokalproblem i hus 4 på plan 6 till 8.
En utbyggnad av huvudentrén ingår i det långsiktiga planen för att utveckla sjukhuset. Detta utbyggnadsförslag är oberoende av övriga förändringar i fastighetsutvecklingsplanen och tekniskt möjlig att genomföra men bör beslutas som en del i fastighetsutvecklingsplanen.

Av de alternativ som beskrivs ovan är det sista, att bygga ut huvudentrén, den långsiktigt bästa lösningen för att etablera ett tillagningskök på neonatalavdelningen. Detta ska prioriteras när fastighetsutvecklingsplanen utformas.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

1. Regionstyrelsen får i uppdrag att bevaka att förslaget om ett tillagningskök på neonatalavdelningen beaktas och prioriteras vid utformningen av fastighetsutvecklingsplan för sjukhuset.

2. Medborgarförslaget anses därmed besvarat.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf regiondirektör

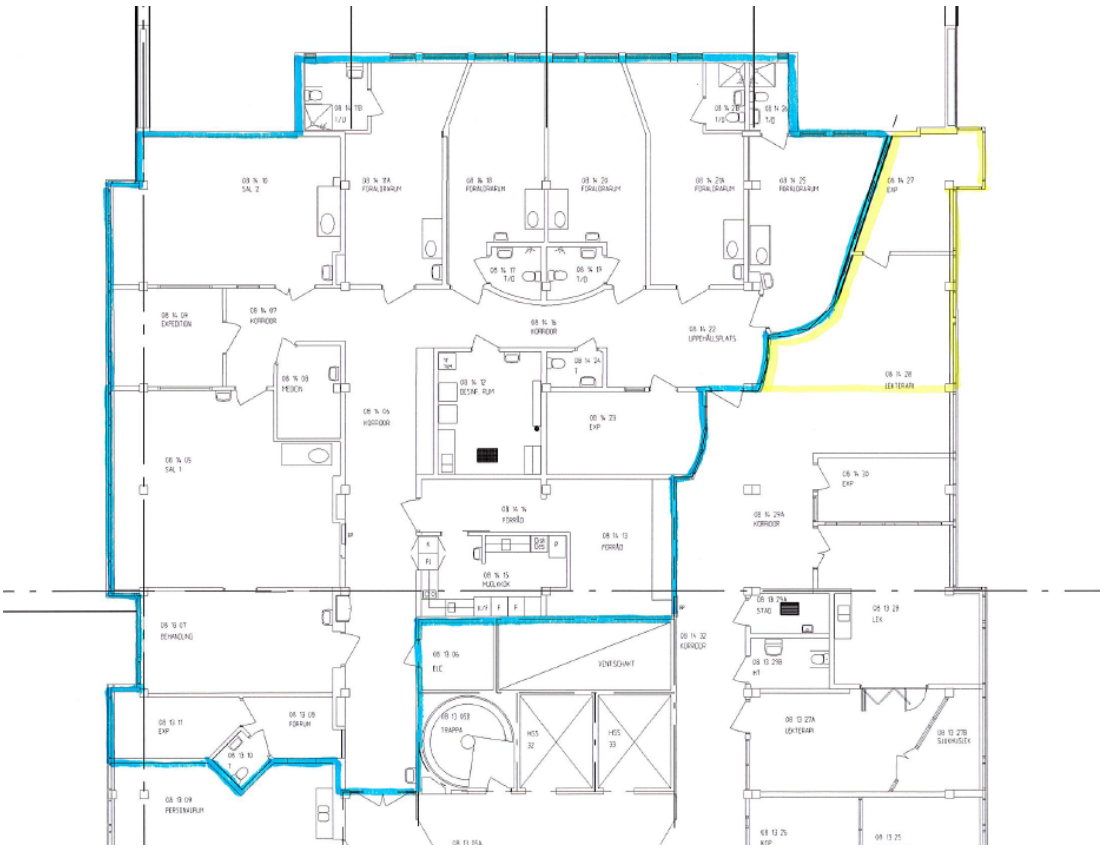
Mikael Ferm
Regionstabschef

Utdrag till

Eva-Lena Blom
Fastighetschef

Ritning över neonatalavdelningen

Blå inringat området visar ytan för dagens neonatalverksamhet och den gula delen den yta som måste tas i anspråk för att möjliggöra ett bygge av ett föräldrakök inom Neonatalenheten.



Medborgarförslag

Tillagningskök på neonatalavdelningen

Förbättra för nyblivna föräldrar på neonatalavdelningen på Östersunds sjukhus.

Neonatalavdelningen är en fantastisk avdelning med otroligt kompetenta medarbetare. Här behandlas både för tidigt födda och nyfödda med särskilda behov. Förstklassig vård!

Men. När man ligger på neonatalavdelningen så ingår inte lunch och middag. Föräldrarna får ordna det på egen hand. Det som saknas på avdelningen är alltså ett enkelt kök. Vilket personalen på avdelningen påpekat i flera år, men Region Jämtland Härjedalen har inte haft förmågan att tillgodose investeringsförslaget.

När man får ett barn som behöver dygnet runt vård så blir det inte bara en påfrestning för familjen rent fysiskt och psykiskt utan också tomt i plånboken väldigt snabbt. Speciellt om föräldrarna ska gå ned i sjukhusrestaurangen och köpa lunch och middag för 180kr/person/dag.

En vistelse på neonatalavdelningen är inte helt ovanligt 2-4 månader. Det blir en mycket stor kostnad för en familj med en eller två föräldrar som lever på tillfällig föräldrapenning under perioden.

Man inser snart att, exempelvis, en ensamstående förälder hamnar rätt snart på obestånd och kommer att behöva både bostadsbidrag och eventuellt socialbidrag på grund av situationen, så frågan är högst aktuell även för kommunerna.

Jag föreslår för Regionfullmäktige att: investera i ett enkelt tillagningskök på neonatalavdelningen.

Neonatalavdelningen i Östersund den 21/10 2016
Eva-Lena Blom, Aspås

§25

Svar på medborgarförslag från Eva-Lena Blom om tillagningskök på neonatalavdelningen (RS/1941/2016)

Sammanfattning

Eva-Lena Blom har lämnat in ett medborgarförslag om att investera i ett enkelt tillagningskök på Neonatalavdelningen så att föräldrar, som ofta vistas längre tid på avdelningen, ska kunna tillaga egen mat på avdelningen.

Neonatalavdelningen på Östersunds sjukhus ligger på plan 8 i entréhuset (hus 4) tillsammans med barnavdelningen och bägge avdelningarna är mycket trångbodda. Frågan om att etablera ett kök på avdelningen har varit uppe många gånger tidigare utan att någon lösning kunnat presenteras.

Neonatalavdelningen disponerar en mycket liten yta och är extremt yteffektiv. Det finns inga möjligheter att lösa en föräldraköksfunktion inom den lokalyta som verksamheten disponerar idag och de alternativ som kan vara genomförbara är:

Förlägga verksamheten inom barnvårdavdelningens yta, som gränsar mot Neonatal
Om föräldraköket etableras inom barnvårdavdelningens verksamhetsyta skulle ett kontorsrum för kurator samt del av lekterapin påverkas. Ytan för lekterapin har tidigare minskat yta 2009 då neonatalavdelningen byggdes ut. Lekterapin är en viktig funktion på barnavdelningen för alla patienter som är inlagda och deras anhöriga som kommer på besök. Bassestiftelsen har genom åren satsat mycket på att miljön på terapin skall vara stimulerande och välgörande för tillfrisknandet av våra barnpatienter. Skall verksamhetsytan på lekterapin behållas eller återskapas till ursprunglig storlek som före ombyggnaden av Neonatalavdelningen blir det en omfattande ombyggnad och ännu svårare att hitta plats i sjukhuset för personal som hör till barnvårdavdelningen men inte får plats på plan 8.

Etablera ett kök någon helt annanstans inom sjukhuset
Etableras ett kök på någon helt annan plats inom sjukhuset visar erfarenheter från andra sjukhus att det inte används så mycket. Orsaken är att föräldrarna kommer långt från barnen under matstunden alternativt tar med sig barnen till köket som då utsätts för stor smittorisk som inte är bra för deras ofta svaga immunförsvar. Det skulle också kräva att annan verksamhet måste flyttas.

Verksamheten bjuder föräldrarna på mat som får ätas på respektive vårdrum.
Att bjuda föräldrarna på mat från köket som får ätas på respektive vårdrum är möjligt men relativt kostsamt. Avdelningen har beräknat kostnaden till ca 800 000:- per år.

Bygga ut huvudentrén med tre våningar som, förutom detta problem, även skulle lösa

flera lokalproblem i hus 4 på plan 6 till 8.
En utbyggnad av huvudentrén ingår i det långsiktiga tänket att utveckla sjukhuset mot 2025. Detta utbyggnadsförslag är oberoende av övriga förändringar i fastighetsutvecklingsplanen och tekniskt möjlig att genomföra men bör beslutas som en del i fastighetsutvecklingsplanen.

Förslag till beslut

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Medborgarförslaget anses besvarat.

Yrkanden

Jörgen Blom (V) yrkar på återremiss i avvaktan på hantering av fastighetsutvecklingsplan för sjukhus 2025.

Anton Nordqvist (MP), Elin Lemon (C) och Christer Siwertsson (M) yttrar sig.

Proposition

Ordföranden ställer proposition på om ärendet ska avgöras idag eller om det ska återremitteras och finner att ärendet återremitteras.

Beslut

Ärendet återremitteras i avvaktan på hantering av fastighetsutvecklingsplan för sjukhus 2025.

Expedieras till

Eva-Lena Blom
Fastighetschef

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Svar på medborgarförslag från Eva-Lena Blom om tillagningskök på neonatalavdelningen
- Bilaga Ritning över neonatalavdelningen
- Medborgarförslag från Eva-Lena Blom om Tillagningskök på neonatalavdelningen

60

Svar på medborgarförslag från Elin Hemmingsson om resurserna till logopedmottagningen

RS/136/2017

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Tjänsteskrivelse
Regionstyrelsen

2017-04-26

Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen
Carsten Dencker
Tfn:
E-post: carsten.dencker@regionjh.se

RS/136/2017

Svar på medborgarförslag från Elin Hemmingsson om resurserna till logopedmottagningen

Ärendebeskrivning

Elin Hemmingsson har lämnat in ett medborgarförslag om att barn med uttalssvårigheter ska få gå kvar på logopedmottagningen även när de börjar årskurs ett och att utöka resurserna till logopedmottagningen så att det finns tillgång till logopeder inriktade mot skolåldern.

I Region Jämtland Härjedalen upphör logopedmottagningens uppdrag för barn med språkstörning vanligen vid 6 års ålder. Region Jämtland Härjedalen skulle vilja utöka sitt åtagande gällande utredning av språkstörning hos barn till att gälla till och med årskurs 1. Efter utredning är det tänkt att pedagogiska insatser ska ges av elevhälsan/skolan i barnets hemkommun.

Ett utökat uppdrag enligt ovan kräver en personalutökning på logopedmottagningen vid Östersunds sjukhus. En utökning av tjänsteutrymmet med en logopedtjänst är upptagen i finansplanen för 2018 som behandlas av regionfullmäktige i juni 2017. Under förutsättning att detta antas kan Region Jämtland Härjedalen framöver erbjuda språkstöd till barn till och med årskurs ett. I avvaktan på detta beslut kvarstår logopedmottagningens 6-årsgräns för utredning av barn med språkstörningar.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Medborgarförslaget anses besvarat.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Carsten Dencker
Chef Hälso- och sjukvårdspolitiska avd.

Utdrag till

Förslagsställaren Elin Hemmingsson
Chef Hälso- och sjukvårdspolitiska avd.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN

2017 -01- 13

Dnr RS/136/2017

Medborgarförslag

Till
Region Jämtland Härjedalen
Box 654
831 27 Östersund

Datum: 2017-01-10

Namn: Elin Hemmingsson

Förslaget i korthet:

De barn med uttalssvårigheter ska få gå kvar på logopedmottagningen även när de börjar årskurs 1.
Utöka resurserna till logopedmottagningen så att det finns tillgång till logopeder inriktade mot skolåldern.
Skollogopederna ska samarbeta och hitta samarbetsformer med kommunerna/skolorna och kunna fortsätta med behandling eller handleda specialpedagoger och personal inom skolan.
Se över organisationen och ansvarsfrågan kring stödet för skolbarn med enklare språkproblematik.

Motivering (beskriv och motivera ditt förslag):

Barn med sen tal- och språkutveckling har inte längre rätt till stöd/hjälp av regionens logopeder när de börjar i årskurs 1. Inom elevhälsan i Krokoms kommun finns inga logopeder eller motsvarande kompetens. Ett utvecklingsarbete har pågått och kommun och region JH är medvetna om det glapp som finns när det gäller att ge stöd till barn med uttalssvårigheter i skolåldern. Så länge det inte finns en fungerande plan och rutin för de barn som behöver stöd, är mitt förslag att de barn som har behov av att träna uttal får gå kvar på logopedmottagningen även när de börjar i årskurs 1. Frågan om skollogopeder, kräver nya samarbetsformer och eventuellt ett delat resursansvar mellan kommun och region. Regionala nav med skollogopeder på logopedmottagningen skulle gynna alla.

Härmed godkänner jag att Region Jämtland Härjedalen lagrar och behandlar de personuppgifter jag lämnat. Förslaget kommer att diarieföras och blir därmed offentligt, förslaget kommer även att bli publicerat på regionens webbplats.

Underskrift: Elin Hemmingsson

61

Svar på medborgarförslag från Per Danielsson gällande förenkling av kommunikation med Region Jämtland Härjedalen

RS/506/2017

2017-05-03

Kommunikationsavdelningen
Gun Kjellerstrand
Tfn: 070-5825150
E-post: gun.kjellerstrand@regionjh.se

RS/506/2017

Svar på medborgarförslag från Per Danielsson gällande förenkling av kommunikation med Region Jämtland Härjedalen

Ärendebeskrivning

Per Danielsson skriver i ett medborgarförslag att ”man bör använda ny teknik för att underlätta kommunikationen med landstinget. Vid enklare ärenden borde det gå att lösa det genom enkla formulär/bokningskalendrar etc. för att underlätta för både kund och leverantör. Tid som annars ska spenderas i oändliga telefonköer kan lösas genom snabb kommunikation via app eller web.”

Hälso- och sjukvården i Region Jämtland Härjedalen erbjuder flera kontaktvägar med patienter och invånare bortsett från traditionell telefoni. Sedan flera år tillbaka finns en rad säkra e-tjänster där man på digital väg via dator, surfplatta eller mobiltelefon kan kontakta vården och få tjänster utförda, däribland avboka eller omboka tid. Man når dessa tjänster via www.regionjh.se eller via 1177 Vårdguiden och den regionala webbsidan på www.1177.se

De e-tjänster som är disponibla för våra invånare varierar från mottagning till mottagning men de vanligaste tjänsterna erbjuder kontakt med vårdgivare i form av frågor eller annan dialog, avbokning eller ombokning av tid, förnyelse av recept, önska tid, beställa klamydiatest, önskemål om egen vårdbegäran, läkarintyg mm. Ytterligare tjänster som vi räknar med blir tillgängliga till hösten är att kunna läsa sin egen journal via nätet samt beställa tid på sin hälsocentral eller mottagning via en webbtidbok. Flera hälsocentraler erbjuder även vårdmöten på distans.

På 1177 Vårdguiden finns också instruktionsfilmer om ovan nämnda e-tjänster, enkla beskrivningar hur man exempelvis loggar in om man känner sig osäker på tillvägagångssätt. Man kan även lämna synpunkter på de tjänster som finns.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Medborgarförslaget anses besvarat.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Gun Råberg Kjellerstrand
Kommunikationschef

Utdrag till

Förslagsställaren
Kommunikationschef
IT-chef

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Medborgarförslag

Till
Region Jämtland Härjedalen
Box 654
831 27 Östersund

Datum: 2017-02-24

Namn: Per Danielsson

Förslaget i korthet:

Man bör använda ny teknik för att underlätta kommunikationen med Landstinget. Vid enklare ärenden borde det gå att lösa det genom enkla formulär/bokningskalendrar etc. för att underlätta för både kund och leverantör. Tid som annars ska spenderas i oändliga telefonköer kan lösas genom snabb kommunikation via app eller web.

Motivering (beskriv och motivera ditt förslag):

I mitt fall så har jag fått en kallelse på en tid som inte passar. Jag hänvisas att ringa telefonnummer där sköterskor ska svara (men inte hinner) eller telefontider som inte passar mitt schema. Det tar timmar att lämna ett enkelt meddelande att "jag vill ha en annan tid". Det är 2017 och inom några år kommer det en "ny generation" människor som är vana att lösa det mesta digitalt.
Nuvarande lösning känns rena stenåldern och lär tynga en redan stressad organisation.

P.S även en sådan här blankett borde gå att lösa helt digitalt! Ni är ju galet ute när det gäller kommunikation. (Kanske en yngre och piggare kommunikationschef?)

Härmed godkänner jag att Region Jämtland Härjedalen lagrar och behandlar de personuppgifter jag lämnat. Förslaget kommer att diarieföras och blir därmed offentligt, förslaget kommer även att bli publicerat på regionens webbplats.

Underskrift: _____

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Medborgarförslag

Till
Region Jämtland Härjedalen
Box 654
831 27 Östersund

Datum: 2017-02-24

Namn: Per Danielsson

Förslaget i korthet:

Man bör använda ny teknik för att underlätta kommunikationen med Landstinget. Vid enklare ärenden borde det gå att lösa det genom enkla formulär/bokningskalendrar etc. för att underlätta för både kund och leverantör. Tid som annars ska spenderas i oändliga telefonköer kan lösas genom snabb kommunikation via app eller web.

Motivering (beskriv och motivera ditt förslag):

I mitt fall så har jag fått en kallelse på en tid som inte passar. Jag hänvisas att ringa telefonnummer där sköterskor ska svara (men inte hinner) eller telefontider som inte passar mitt schema. Det tar timmar att lämna ett enkelt meddelande att "jag vill ha en annan tid". Det är 2017 och inom några år kommer det en "ny generation" människor som är vana att lösa det mesta digitalt.
Nuvarande lösning känns rena stenåldern och lär tynga en redan stressad organisation.

P.S även en sådan här blankett borde gå att lösa helt digitalt! Ni är ju galet ute när det gäller kommunikation. (Kanske en yngre och piggare kommunikationschef?)

Härmed godkänner jag att Region Jämtland Härjedalen lagrar och behandlar de personuppgifter jag lämnat. Förslaget kommer att diarieföras och blir därmed offentligt, förslaget kommer även att bli publicerat på regionens webbplats.

Underskrift: _____

62

Svar på medborgarförslag från Leif Hansson, om att tillskapa en aktiv uremienhet med sex behandlingsplatser förlagda till Strömsund

RS/651/2017

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Tjänsteskrivelse
Regionstyrelsen

2017-05-10

Sekretariatet
Daniel Nilsson
Tfn: 063-14 75 71
E-post: daniel.l.nilsson@regionjh.se

RS/651/2017

Svar på medborgarförslag från Leif Hansson, om att tillskapa en aktiv uremienhet med sex behandlingsplatser förlagda till Strömsund

Ärendebeskrivning

Leif Hansson har lämnat in ett medborgarförslag om att tillskapa en aktiv uremienhet med sex behandlingsplatser förlagda till Strömsund. Som grund för sitt förslag har bifogats en utredning där förslagsställaren lyfter fram mänskliga, ekonomiska och medicinska fördelar med en dialysenhet i Strömsunds kommun. Utredningen bifogas detta svar.

Region Jämtland Härjedalen har vid flertalet tillfällen utrett huruvida en dialysenhet i Strömsund skulle vara möjlig. Samtliga utredningar har kommit fram till att det inte är ekonomiskt fördelaktigt att bygga en dialysenhet i Strömsund utifrån den kostnadsökning på drygt 800 000 kronor (exkl. kostnader för ombyggnationer) det skulle innebära. Det skulle även medföra stora svårigheter att uppnå en god patientsäkerhet utifrån bemanningsläge i Strömsund och vid de tillfällen då något händer som medför att patienten ändå måste åka till Östersund.

Sammantaget bidrar detta till att Region Jämtland Härjedalen inte förordar medborgarförslaget. Som tidigare utredningar visat är hemdialys, alternativt ett dialysrum vid hälsocentralen det som regionen förordar.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Medborgarförslaget avslås.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Lisbet Gibson
Hälso-och sjukvårdsdirektör

Utdrag till

Förslagsställaren Leif Hansson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Sekretariatet
Daniel Nilsson
Tfn: 063-14 75 71
E-post: daniel.l.nilsson@regionjh.se

2017-05-11

RS/651/2017

Svar på medborgarförslag från Leif Hansson, om att tillskapa en aktiv Uremienhet med sex behandlingsplatser förlagda till Strömsunds kommun

De utredningar som tidigare har gjorts angående dialysverksamhet i Strömsund 2009, 2011 och 2014, har visat att den optimala behandlingsformen utanför sjukhus är att dialysera i hemmet. Om det inte skulle vara möjligt att utföra hemdialys finns möjlighet att iordningställa rum på hälsocentralen för ändamålet. Båda alternativen erbjuds idag alla dialyspatienter som identifieras som lämpliga för självdialys.

Alternativet att bemanna hälsocentralen i Strömsund med personal som är kunnig inom dialysområdet är också beskrivet i det bifogade materialet. Utredningarna visar att det skulle innebära svårigheter med tryggad bemanning och kompetens och därmed svårigheter att uppnå hög patientsäkerhet. Det finns också svårigheter som innebär risk att patient ändå behöver åka till Östersund för att få sin dialys.
Utredningen visar även att det kommer att medföra kostnadsökningar för både personal och utökning av dialysmaskiner samt kostnader för lokalanpassning för att kunna bedriva dialysverksamhet på hälsocentralen i Strömsund.
Däremot blir det en minskning av sjukresekostnaderna men som inte kommer att stå i paritet med övriga kostnadsökningar.

Nuläge
I dagsläget är det sex patienter från Strömsund/Hoting med dialysbehandling tre gånger/vecka; måndag, onsdag och fredag som är aktuella.
Variation av antalet patienter skiljer från år från år. Under 2015/2016 endast 1-2 patienter från Strömsund/Hoting.
För att få till dialysbehandling i Strömsund enligt förslaget krävs det att tre patienter får behandling på förmiddagen och tre får behandling på eftermiddagen under måndag, onsdag och fredag.

Bemanning och kompetensbehov
Distriktssköterska eller sjuksköterska på NÄVA kan lära sig att utföra dialys och kan vara ett alternativ eller komplement till att sjuksköterska från dialysen åker till Strömsund. För att upprätthålla en medicinsk säkerhet då dialys utförs i Strömsund är behovet av inskolning samma som för sjuksköterskor i Östersund och motsvarar inskolning i 8 veckor och behov av fortsatt fortbildning.
Efter introduktionen följer en kontinuerlig fortbildning via till exempel högskolor/universitet, regionmöten, leverantörer och liknande. Under inskolningstid och de första åren arbetar sköterskan alltid tillsammans med erfarna sköterskor.

Efter cirka 2 års arbete på dialysavdelningen kan en sjuksköterska självständigt utföra behandlingarna, vilket innebär att det under minst 2 år måste finnas en erfaren dialyssjuksköterska på plats i Strömsund tillsammans med de nyintroducerade sjuksköterskorna. På detta sätt kan den medicinska säkerheten upprätthållas.
Oavsett vilka som kommer att bemanna denna enhet så är behovet att vara två sjuksköterskor per pass. Se motsvarande resonemang längre ned under rubriken ”kostnader ” på sid 3.

Om det placeras sjuksköterskor på dialysenhet i Strömsund på heltid och inte bara den tid som åtgår för dialysverksamhet måste det planeras vad de gör övrig tid. Det finns inte underlag i Strömsunds kommun för att fylla ut övrig tid med exempelvis hembesök för hem-HD patienter eller PD-patienter. En utökning med 4 sjuksköterskor tisdag och torsdag på HC i Strömsund är oklart huruvida behovet finns.

För att kunna hantera en god och trygg bemanning finns behov av minst 6-7 sjuksköterskor med kompetens för detta uppdrag och som kan rotera. Detta för att kunna hantera sjukfrånvaro, semester och liknande.

Risker med en liten enhet är

- Sårbart vid sjukdom, semester och annan ledighet med få ersättare vilket leder till att patient ändå måste resa till Östersund för att få dialys när vakans uppstår (se förslag sid 9, Trollhättan)
- Svårt att bemanna då man är få som arbetar inom den enheten och där det innebär att sjuksköterska behöver pendla
- Pat måste åka in till dialysen vid bekymmer med tex kärl accesser vilket inte går inte att lösa i Strömsund

Kostnader för dialysenhet i Strömsund
<u>Personal</u>
Personal för att kunna bemanna dialysenhet i Strömsund med tre platser:

- 2 sjuksköterskor/pass = 4 sjuksköterskor/dag (mån, onsdag och fredag) Motsvarar 4 sjuksköterskor á 63% tjänst vardera eller sammanlagt 2,5 heltidstjänst till en kostnad av 1 226 000 kr.
- Rond 1 gång/ månad. Antingen åker en läkare till Strömsund och träffar patient på plats eller så sker rond med hjälp av distansoberoende teknik. På grund av att dessa patienters sjukdomsbild många gånger är komplex uppfattas det finnas ett behov av att träffa läkare regelbundet. Kostnad för resekostnad 12 ggr/ år.
- Tekniker behöver resa till Strömsund 1 g/mån eller vid bekymmer med maskin eller vattenverk. Kostnad för resekostnad 12 ggr/ år.

Det kommer inte att vara möjligt att avvara eller minska motsvarande mängd personal från dialysen och placera i Strömsund. På dialysen idag ansvarar en sjuksköterska för ca 5 patienter själv och man är då omgiven av andra kollegor som kan assistera vid behov Att jobba som ensam sjuksköterska med tre dialyspatienter i Strömsund anses inte patientsäkert om något händer och därför behövs det vara två sjuksköterskor i tjänst.
Det innebär då att det blir en hög personaltäthet med därmed hög personalkostnad i förhållande till antalet platser. Mest kostnadseffektivt vore att kunna erbjuda fler patienter dialys i förhållande till det antalet sjuksköterskor som åtgår för dessa patienter. Det behovet finns inte i dag i Strömsund med omnejd.
Under en upplärningsprocess, som beskrivits ovan, så är det en absolut nödvändighet att vara två.

Därför innebär detta en total utökning av personalkostnader för dialysenheten med motsvarande 2 tjänster sjuksköterskor som motsvarar knappt 1 miljon kr.

Övriga kostnader som tillkommer om ssk pendlar till Strömsund är

- restid 2 timmar/dag för 4 personer (2 på morgonen och 2 på eftermiddagen), inte helt klart om det inryms i ett 8 timmars pass och behöver utredas ytterligare. Kan innebära längre pass alt andra ersättningar för restiden.
- Kostnad för bil/leasingbil och drivmedel. 2 bilar 3 dagar/vecka Östersund - Strömsund = 192 000 kr.

<u>Sjukresekostnader</u>
Sjukresekostnader totalt dialysen: 7, 9 miljoner kr (helår 2016) vilket motsvarar 11,2% av regionens totala kostnader.
Av denna kostnad står patienter från Strömsund/Hoting för 1,6 miljoner kronor (räknat på 2 patienter). Om dialys kan genomföras i Strömsund kommer denna kostnad att minska men är beroende på vart inom Strömsunds kommun patient bor. Kostnaden bör minska med minst hälften och innebär då ca 800 000 kr.

Enligt uträkningar i framlagt medborgarförslag visar det på en besparing på ca 1,2 miljoner kronor vilket verkar vara en rimlig besparing för sjukresor utifrån detta förslag.

Lokaler och utrustning

Kostnader på grund av behov av utökning av utrustning
Maskiner går inte att flytta från befintlig park på dialysen enligt nuvarande avtal med Baxter (leverantör) utan nya maskiner måste köpas in eller hyras.
Alt 1- inköp av dialysmaskiner
Behov av 3 dialysmaskiner+ 1 extra maskin inkl. 3 +1 vattenverk.
Dialysmaskin (motsv. hemHD) kostar 150 000 kr/styck = 600 000 kr
Vattenverk kostar 100 000 kr/styck = 400 000 kr
Tillkommer därutöver kostnad för koncentrat, slangar och annat tillbehör till varje dialys (samma kostnad som om dialys utförs på dialysen)
Total kostnad: 1 000 000 kr/år exkl. kostnad för alla tillbehör

Alt2- hyra av dialysmaskiner
Baxter ställer dit 4 maskiner med vattenverk (enligt gällande avtal) till en kostnad av 1000 kr/ behandling. Tillkommer därutöver kostnad för koncentrat och slangar och annat tillbehör till varje dialys. (något högre kostnad för koncentrat, slangar och övrigt tillbehör än om dialys utförs på dialysen)
Service av maskiner mm hjälper Baxter till med vid behov
Total kostnad: 936000 kr/ år exkl. kostnad för alla tillbehör

Utökning av total kostnad för maskiner på 1 miljon kronor

Övriga kostnader
Kostnadsutökning på grund av lokalanpassningar
I dagsläget finns ännu ingen kalkyl på vad det skulle innebära kostnadsmässigt att antingen anpassa lokalerna efter behov alt bygga om. Fastighetschef har fått i uppdrag att se om det finns lokaler som kan inrymma detta och bara behöver anpassning för dialysverksamhet med denna volym. I tidigare utredningar (se bilaga) som gjorts finns beskrivet vad iordningställande av ett rum som inrymmer plats för en assisterad hem-HD och vad det skulle innebära kostnadsmässigt.
Om nya lokaler behöver tillskapas för att kunna implementera detta förslag., kommer det att innebära stora kostnader.

Behov av lokaler:

Det behövs ett rum som rymmer 3 patienter i säng inklusive dialysapparat med vattenverk samt övrig utrustning som behövs.
Det behövs även tillgång till förrådsyta, arbetsplatser för sjuksköterskor, tillgång till kök och toalett för både patienter och personal. Av de senare bör det finnas möjlighet till samnyttjande av befintliga lokaler på Strömsunds HC.

Sammanfattning

Sammantaget visar den gjorda utredningen att skapandet av en dialysenhet i Strömsund enligt medborgarförslaget kommer att generera ökade kostnader på 2 miljoner kr i personalkostnader samt kostnader för erforderlig utrustning. Den besparing som samtidigt kan göras på sjukresor uppgår till uppgivna 1 186 0000 kr. Följaktligen kan utläsas en slutlig kostnadsökning på ca 800 000 kr. Till detta kommer också kostnader för obligatoriska ombyggnationer av lokaler, idag ej kostnadsberäknat.

MEDBORGARFÖRSLAG

STRÖMSUNDS KOMMUN
Kommunstyrelsen
2017 -03- 14
Dnr
Dnr

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN
BOX 654
831 27 ÖSTERSUND

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN
2017 -03- 16
Dnr RS/651/2017

2017-03-09

Leif Hansson

MEDBORGARFÖRSLAGETS SAMMANFATTNING

Tillskapa en aktiv Uremienhet med sex behandlingsplatser förlagda till Strömsunds kommun

Till beslutsunderlag bifogas utredning med problem och möjligheter

- **Sammanfattning av några skäl**
  Vi i Strömsundsgruppen utgör 17% av patienterna med dialysbehandling
- **En enhet i Strömsund frigör 3,8 SSK (sjuksköterskетjänster) blir 5 st 80% tjänster**
- **49 uremipatienter tar i anspråk 27 platser. Periodvis problem med platser**
- **Strömsundsgruppen lättar på behovet med 17%**
- **Strömsundsgruppen slipper åka taxi nästan två varv runt jorden**
- **En enhet i Strömsund minskar kostnaden med 1 186 000 kr per år i resekostnader**

För övrigt åberopas bifogad utredning och beslutsunderlag till diskussion

Härmed godkänner jag att Region Jämtland Härjedalen lagrar och behandlar de personuppgifter jag lämnat.
Förslaget kommer att diarieföras och blir därmed offentligt, förslaget kommer även att bli publicerat på regionens webbplats

Underskrift Leif Hansson

LEIF HANSSON

MEDBORGARFÖRSLAG

BILAGA BESLUTSUNDERLAG

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

den 11 mars 2017

Bilaga (beslutsunderlag) upprättat av: Leif Hansson – Tommy Jonsson

BILAGA BESLUTSUNDERLAG

MEDBORGARFÖRSLAG
REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN
BOX 654
831 27 ÖSTERSUND

den 11 mars 2017

Leif Hansson
Storgatan 24
833 33 STRÖMSUND
070-311 41 90

MEDBORGARFÖRSLAG

Tillskapa en aktiv Uremienhet med sex behandlingsplatser förlagda till Strömsunds kommun

Till beslutsunderlag bifogas utredning med problem och möjligheter

- **Sammanfattning av några skäl**
  Vi i Strömsundsgruppen utgör 17% av patienterna med dialys
- **En enhet i Strömsund frigör 3,8 SSK tjänster BLIR 5 ST 80% TJÄNSTER**
- **49 uremipatienter tar i anspråk 27 platser Periodvis problem**
- **Strömsundsgruppen lättar på behovet 17%**
- **Strömsundsgruppen slipper åka taxi Nästan två varv runt jorden**
- **En enhet i Strömsund minskar kostnad 1 186 000 kr**

För övrigt åberopas bifogad utredning och beslutsunderlag till diskussion

Härmed godkänner jag att Region Jämtland Härjedalen lagrar och behandlar de personuppgifter jag lämnat.
Förslaget kommer att diarieföras och blir därmed offentligt, förslaget kommer även att bli publicerat på regionens webbplats

Underskrift-

_____

BAKGRUND

HISTORIK

Under en av våra långa och tröttande taxiresor till Östersund för behandling, tog någon upp frågan om det inte kunde gå att förlägga dialysenhet till Strömsund. Detta pågick många resor och det framkom att denna fråga varit uppe i Landstingsstyrelsen, dock utan åtgärd.

Någon undrade om jag ville ta på mig att undersöka möjligheten.

Till att börja med läste jag igenom protokollen och mycket riktigt, denna fråga hade varit uppe för diskussion vid ett flertal tillfällen under tio års tid. Några medborgarförslag i denna fråga hade också behandlats utan åtgärd.

Man kan läsa i protokollen att landstinget i alla fall utrett frågan, bland annat utreddes om självdialysplatser kunde samordnas med vårdcentraler, till och med utreddes om man kunde tillskapa en mobil enhet.

Hela frågan svalnade när byggnationen av Njurklinik och dialysenhet skapades för 50 000 000 . och det för Sverige unika beslutet att centralisera aktiv uremivård i Sveriges till ytan tredje största glesbygdslän bestående av sju glesbygdskommuner som får transporteras till sjukvård och i detta fallet till dialysbehandlingar.

Tyvärr har jag inte hittat någon konsekvensanalys av beslutet om centraliserad uremivård, konsekvenserna ser vi idag i form av långa, utmattande resor till mycket stora kostnader för landstinget, som lett fram till begränsningar i förskrivanderätten till sjukresor, idag ligger förskrivanderätten till sjukresa på sjuksköterskor och läkare, och detta för att försöka minska transportkostnaderna på 36 000 000 skattekronor.

Detta beslut blir egentligen en inkompetensförklaring av de som tidigare hade utfärdanderätten, som om de låtit människor i onödan utnyttja sjuktransporter med taxi, det är snudd på oförskämdhet.

Nåväl, vi i Strömsundsgruppen anser att det finns fördelar mänskligt, medicinskt, ekonomiskt med en dialysenhet i Strömsund vilket vi kommande text försöker förklara

RESURSER FÖR AKTIV UREMIVÅRD

- **27 platser (periodvis för få) Strömsundsgruppen upptar 14,2 % av platserna**
- **Strömsundsgruppen upptar oftast tre behandlingsdagar per vecka**
- **Totalt antal patienter med dialys - 49 patienter enligt SNR (Svenskt Njurregister) rapport 2016**

Därav utgör alltså Strömsundsgruppen 14.2 %

- **Antal SSK Sjuksköterskor 22**
- **0,81 SSK per plats**
- **USK Undersköterskor 3**

6 platser förlagda till Strömsund utgör 0,81 x 6 det vill säga 4,86 SSK tjänster

STATISTISK BERÄKNING AV BEHOV I KOMMUNERNA

Kliniken i Östersund rapporterar för 2016

- **41 patienter med HD Hemodialys**
- **8 patienter med PD Peritonealdialys (påsdialys)**
- **76 TRPL Transplanterade**

Andelen i Sverige 2016 med HD + PD var 3903 patienter och statistiskt går det 2500 invånare per dialyspatient, med det beräkningssättet blir det statistiska behovet

Strömsund	**12 185**	**Stat förekomst**	**4,9**
Ragunda	**5 590**		**2,2**
Bräcke	**6 885**		**2,8**
Berg	**7 352**		**2,9**
Härjedalen	**10 454**		**4,2**
Krokom	**14 535**		**5,8**
Åre	**10 274**		**4,1**
Östersund	**59 416**		**23,7**
Summa	**126 691**		**50,6**
Den faktiska	**siffran**	**2016**	**49**

PATIENTCENTRERADE PROBLEM

Man bör komma ihåg att denna sjukdom är kronisk (livslång) vilket vi ofta blir påminda om när sjukdomens sidoeffekter gör sig påminda.

Dialysen i sig är inte så påfrestande, men sammantaget med restider, liggtider, blodtrycksfallen, kramper i benen, illamående, bristtillstånd och allt annat som vi kan råka ut för och som vi som daglig påfrestning inte kan värja oss mot så försvinner ibland livslusten.

Det är förståeligt att det finns kamrater som på allvar funderar på att minska eller sluta behandlingen som en sista utväg, men det är inte acceptabelt.

Så för oss 14,2 % :are skulle dialys i Strömsund bli en stor lättnad och sannolikt på sitt sätt bli stämningshöjande.

STRÖMSUNDSGRUPPEN

Sex patienter från Hoting – Strömsund där vi har behandlingsbehov tre dagar i veckan. (Det finns fler patienter utöver gruppen (2))

MULTIHANDIKAPP

De flesta av oss i gruppen har fler sjukdomstillstånd / handikapp att tampas med.

Alla har mer eller mindre svåra rörelsehandikapp och behöver rullstol, rullator, kryckkäppar och assisterande förflyttningshjälp.

Medelåldern är hög och hjärt och kärlproblematik i kombination med diabetes gör inte vardagen lättare.

Rygg, ben och ledvärk är förödande belastning när vi skall sitta raka som tennsoldater i en taxibuss 4-5 timmar var gång eller omräknat till 60 timmar i månaden.

Inte empatiskt tänkt, kanske ekonomiskt?

DE LÅNGA OCH KRÄVANDE RESORNA

ÖSTERSUND TUR OCH RETUR EN BEHANDLINGSDAG

Bil A tur och retur 300 km Bil B tur och retur 200 km

Summa 500 km varje gång 156 behandlingsdagar per år 7 800 mil

STRÖMSUND TUR OCH RETUR EN BEHANDLINGSDAG

Bil A+B+C 24 mil var gång 156 behandlingsdagar

Summa 3 700 mil per år (En halvering)

TID VI SITTER I EN TAXI EN BEHANDLINGSDAG I ÖSTERSUND

Bil A + B sammantaget tur och retur 9 timmar gånger 156 behandlingsdagar

Summa 1 400 timmar i taxi om behandlingsdag så lägger till behandlingstiden 5 tim. varje gång får vi en arbetsvecka på 42 timmar, så nog har vi det vi gör

TID VI SITTER I EN TAXI EN BEHANDLINGSDAG I STRÖMSUND

Bil a + B + C (C är bil som hämtar i centrala Strömsund) sammantagen tid

4 timmar varje gång så med vår liggtid minskar vår arbetsvecka till 27 timmar

TOTAL FRÅNVAROTID FRÅN BOSTADEN EN BEHANDLINGSDAG I ÖSTERSUND

Hoting – Strömsund – Yx – Hammerdal

Summa timmar 9 restid + 5 timmar liggtid blir 14 timmar

TOTAL FRÅNVAROTID FRÅN BOSTADEN EN BEHANDLINGSDAG I STRÖMSUND

Hoting – Strömsund – Yx – Hammerdal

Summa timmar 4 restid + 5 timmar liggtid blir 9 timmar

5 timmar mindre som vi kan göra annat på än vara tennsoldater i en taxi

TRANSPORTKOSTNADERNA

TRP ÖSTERSUND TUR OCH RETUR EN BEHANDLINGSDAG

Bil A Hoting – Östersund – Hoting 302 kilometer avtalstaxan gäller endast resväg och om rullstolar användes 30 kr km Summa 9 060 kr

Bil B Strömsund – (ev yx) Hammerdal Strömsund 234 kilometer (samma avtal som Bil A)Summa 7020 kr

Så kostsamt att resa 16 000, varje behandlingsdag

156 behandlingsdagar ger den fantastiska summan av 2 miljoner 496 tusen kronor

TRP STRÖMSUND TUR OCH RETUR EN BEHANDLINGSDAG

Bil A + Bil B + Bil C (Bil C hämtar / lämnar inom Strömsund, får dock betala framkörningstimme 300 kr x 4)

Bil A Hoting – Strömsund – Hoting 100 km

Summa 100 km x 30 kr = 3 000 kr

Bil B Strömsund – yx – Hammerdal – Strömsund 146 kilometer

Summa 146 km x 30 kr = 4 380 kr

Sammantaget 8 400 kr varje gång

156 behandlingsdagar ger summan

1 miljon 310 tusen kronor att ställas mot 2 miljoner 496 tusen kronor

Att lägga vår dialys i Strömsund minskar transportkostnaderna med

Summan 1 miljon 186 tusen kronor

ENKÄT UNDERSÖKNING AV ANDRA UREMIKLINIKERS ERFARENHETER

För att skaffa mer underlag gjordes en enkätundersökning bland svenska kliniker genom ett antal frågor i e-post

Uppgift om klinikerna fanns på Svenska Njursköterskeföreningens hemsida och Svenskt Njurregister

Här återges en del av de erfarenheter som de delade med sig när det gällde frågan om vad USK har för arbetsuppgifter, detta eftersom jag ser framför mig ett par USK på Strömsundsenheten

Vad gör USK Undersköterskor?

NYKÖPING **Hjälper pat att bädda och komma i säng. Förbereder inför behandling, klär, primar, städar. Dukar inför kommande pat, tar hand om förråd. Hjälper pat med ärenden, lämnar prover till lab mm.**
LJUNGBY **Usk dukar till nästa dags behandlingar. (med allt vad detta innebär) Fixar fika, middag och diskar. Gör diverse förrådsbeställningar.** **Hjälper patienter till och från dialysen med allt vad detta kan innebära.** **Kan hjälpa till med att sätta upp maskiner. Etc etc….**
MOTALA **klä maskiner, priming av dialysmaskin, assistera vid dialysstart, personlig delegering att avsluta dialysbehandling självständigt, övervakning, larmhantering, blodtryckskontroller, kökssysslor + diverse extraarbeten.**
TROLLHÄTTAN **Assistera vid start och avslut. Delegering för avslut av dialysbehandling med AV-fistel/graft. Städ, förråd och kök.**
AVESTA **Undersköterskor har funnits sedan start, men egentligen är det lämpligare med sjuksköterskor. När undersköterskor slutar kommer tjänsterna att konverteras till sjuksköterskejänster. Det är egentligen för avancerade uppgifter för undersköterskor. De arbetar på delegering när**

de handhar dialysapparater, eftersom dagens apparater tillverkar infusionsvätska och ingår i läkemedelshantering. Det är dessutom betydligt mindre sårbart vid frånvaro om det finns fler sjuksköterskor. Kan vara lämpligt att behålla 2 av tjänsterna för undersköterska, för kök- och förrådshantering, förutom deltagande dialysvården

På fråga om förnyelse av utrustning svarar

NYKÖPING **Artis och Polyflux**
LJUNGBY **Vi gjorde en ny upphandling med Gambro (årskiftet -16) som sedan blev helt Baxter . Bytte maskiner från AK Ultra till Artis Physio. Med den kan man köra både HD/HDF.**
NORRKÖPING **Upphandling /ny maskin 2012 Fresenius 5008. Ny upphandling pågår i Östergötland.**
TROLLHÄTTAN **De senaste åren har vi använt Fresenius 4008 och 5008 och NX-stage.**
HUDIKSVALL **Nyöppnat jan-14, nya maskiner, ny Siterite transonic, går under SLS så har tillstånd från läkemedelsverket för att tillverka HDF-vätska**
VÄSTERVIK **Nya maskiner och förbrukningsmaterial från Fresenius sedan 2014 (funktionsupphandling)**

Under fråga om annat att delge oss svaras

NYKÖPING **1. Vi har de senaste åren fokuserat på att starta i PD och i några fall övergå från HD till PD. Detta har minskat trycket på inflödet till HD och medfört en mer aktiv patientgrupp med högre compliance.** **2. Vi har köpt tjänsten ”måltidsvärd” som har sin grundanställning på städ. Hon arbetar må-fre 9-13 och ansvarar för all hantering av fika, lunchvagn, kontroller, beställningar, disk och städning av patientkök. Detta har frigjort tid och minskat stressen för sköterskorna som nu kan**

fokusera på de arbetsuppgifter som berör dialysbehandlingen. **3. Under 2017 planerar vi att starta Hem-HD med ”NxStage”.**
TROLLHÄTTAN **Lite om våra svårigheter med satelitenheten i Strömstad:** **Vi har svårighet att hitta patienter till Strömstad enheten då det skall vara stabila/pigga patienter men bra kärl-access och som inte har längre dit än till NÄL (i dagsläget är det bara en patient (av 8) som bor i Strömstad och de andra får pendla dit). Viktigt att man tänker till på enhetens placering så det den inte hamnar i utkanten av upptagningsområdet som Strömstad är hos oss.** **Vi har öppet 3 dagar/v (må, ons, fre) fm och em. Det är två sjuksköterskor som jobbar 11 ti/pass. Vi har ingen läkarbemanning (förutom 1 gång/kvartal då det är ”rond”). Vi har svårt med bemanningen då det inte är någon av dialyssjuksköterskorna som bor i närheten av Strömstad, utan de pendlar ca 1-1½ tim/resväg. Svårt vid sjukdom och semestrar att få andrasjuksköterskor att åka dit för att ersätta, så då får patienterna ibland åka till NÄL för att få sin dialys istället.** **Personalen som jobbar i Strömstad har svårt att vara med på utbildningar och möten.**
AVESTA **I landstinget Dalarnas beskrivning av <u>Närsjukvård</u> inbegriper den "vård som förekommer <u>ofta i befolkningen eller</u> vård som förekommer <u>ofta för den enskilde</u>". Dialys nämns som vård som förekommer ofta för den enskilde och denna typ av vård ska alltså finnas nära tillgänglig och inte bara i Falun på vårt centrallasarett**
UPPSALA **Det har till och från förts diskussioner här om att öppna satellitdialyser i någon/några av våra kranskommuner, men det har aldrig kommit till skott. Vi försöker satsa på hemhd istället. Tyvärr är det ju av olika anledningar inte ett alternativ för alla patienter. Men lycka till med ert projekt och hoppas ni får politikerna med på tåget.**
VÄSTERVIK **I Kalmar län som vi tillhör finns 3 dialysenheter, vi i norra länet, sedan i Oskarshamn som är en filial till ”storebror” Kalmar i södra länet. Att vara en filial är inget att rekommendera, bäst är att vara en egen enhet med egen personal. Kalmarpersonal bemannar till viss del Oskarshamn och det är svårt att få kontinuitet säjer våra patienter som behandlats där då de möts av nästan nya ansikten i personal hela tiden. Endast ett fåtal är helt placerade där.**

Sammanställning av en del andra resultat

Antal platser snitt / enhet	Antal i dialys snitt / enhet	Antal SSK i snitt / enhet
17,3	41,7	16,5
Beräkning SSK tjänst / plats	**Antal USK i snitt / enhet**	**Kostnad per behandling i snitt**
0,83	2,2	4300 KR

UREMIVÅRD PÅ ENTREPRENAD, ETT ALTERNATIV?

Uremivården privatisera
Personligen har jag inget emot att få dialysbehandlingen på entreprenad, och det är full fart på etablerandet av behandlingsenheter.

Aleris Dialys Bollnäs
Bollnäs Sjukhus

Visby lasarett
Njurenheten Diaverum i Visby
Njurenheten Diaverum Visby hemsida

Dialysmottagningen Aleris i Södertälje
Köpmangatan 3 3tr
151 71 Södertälje

Dialysmottagning Diaverum i Solna Gate
Dialysmottagning Diaverum Solna Gate hemsida

Diaverum Mössebergsdialysen
Dialysmottagning Diaverum Mössebergsdialysen hemsida

ALERIS – DIAVERUM
Två stora aktörer på marknaden, varav kan nämnas att Diaverum enbart erbjuder Uremivård.

ALERIS
Aleris har idag dialysverksamhet i Bollnäs och Södertälje. I Södertälje har dom även plats för gästdialyser. I Bollnäs finns även njurmottagning.

FORTSÄTTNING

DIAVERUM

Är en världsomspännande organisation och jag har plockat ut lite från deras hemsida.

Mest spännande är att du kan få semesterdialys i hela världen. Boka hotell i närhet av kliniken säger dom.

SOLNA GATE

Beskriver dom så här:

Vårt erfarna klinikteam hälsar dig välkommen till Solna Gate. På vår klinik erbjuder vi utmärkt medicinsk service, en varm och vänlig atmosfär, så att våra patienter ska kunna återhämta sig både fysiskt och emotionellt.

Solna Gate invigdes 2010 och har 17 +2 dialysplatser. Alla platser är utrustade med TV-skärmar och gratis trådlöst nätverk. Gratis kaffe och smörgåsar under dialysen är en väsentlig del av vår service, liksom informationsmöten för patienter och närstående två gånger om året. Våra patienter erbjuds rabatt i byggnadens restaurang.

DIAVERUM SÖDERTÄLJE
Beskrivs som Solna har 16 platser och öppnades 2017

MÖSSEBERGSDIALYSEN SKÖVDE
Beskrivs som Solna öppnades 2001 och har 22 platser

NJURENHETEN VISBY
Beskrivs som Solna och har 15 platser som öppnades 2009

FRAMTIDEN

Det verkar som vi kommer att få uppleva fler etableringar från Diaverum och det som verkar riktigt tilltalande är deras semesterdialys.

Så här skriver dom:

Det är semestertider, den mest underbara tiden på året! Vi tänker genast på stränder och hav, berg och exotiska länder. För dialyspatienter kan semesterplaneringen dock vara svår, eftersom den medicinska vården måste vara absolut garanterad. Det är särskilt viktigt för dialyspatienter och deras familjer att ibland få semester från vardagen, så att de kan återhämta sig fysiskt och mentalt.

Diaverum erbjuder därför semesterdialys till patienter i alla våra kliniker runt om i världen. Du kan alltid boka en semester på ett hotell som ligger intill Diaverums dialyscenter.

Det innebär att du kan få dialysbehandling över nästan hela världen – med samma kvalitet som på din klinik där hemma.

I dessa länder finns semesterkliniker, läs mer på deras hemsida

https://www.diaverum.com/sv-SE/Diaverum-Sverige/Hitta-en-klinik/

Argentina

Australien

Chile

Frankrike

Italien

Litauen

New Zealand

Polen

Portugal

Rumänien

Ryssland

Saudiarabien

Spanien

Storbritannien

Sverige

Turkiet

Tyskland

Ungern

Uruguay

Barcelona

EN ENHET I STRÖMSUND BJUDER PÅ PROBLEM MEN OCKSÅ MÖJLIGHETER

LOKALFRÅGAN

(Dialysrum – kök – matrum – personalrum – förråd etc)

UTRUSTNING

DRIFT – UNDERHÅLL

ANSVARSUTREDNING

(vem gör vad)

ENHETSANSVARIG

Samma som vid kliniken i Östersund?

ENERGITILLSKOTT

(dialyspatienter, frukost – lunch)

Dialysen skapar ett behov av energitillskott vid behandlingstillfället.

RESURSSKAPANDE ÅTGÄRDER

Sex platser som flyttas till Strömsund frigör 14,2 % i Östersund, omräknat till SSK (som mest är mindre än 100% tjänst) 4,98 tjänst och kanske något kan tas upp till förmån för Strömsundsprojektet.

PERSONALBEHOV

Med måttet 0,83 SSK tjänst per plats betyder för Strömsundsprojektet

6 platser x 0,83 Summa 4,98 heltid eller 5 heltids SSK

Nu kommer Strömsund att bara ha dialys mån – ons. – fre. och PD assisterad, hembesök tis-tors.

Inga helger Arbetstid 07.00 – 16 ,00, 35 timmars arbetsvecka

SJUKSKÖTERSKEKOMPETENS
En acceptabel personalorganisation 4 st 80% tjänster

UNDERSKÖTERSKEKOMPETENS

2 80% USK tjänster som likt andra kliniker delegerat assistans vid start och eget avslut, städ och kök med övrigt bistånd till SSK.

ALLMÄN MEDICINSK KOMPETENS

Kan ett samarbete med Vårdcentral etableras?

NJURMEDICINSK KOMPETENS

Njurmedicinska kliniken i Östersund har det övergripande medicinska ansvaret.

Vår undersökning av andra kliniker visar att små enheter får sitt medicinska stöd allt från 2 ggr i månaden till 2 ggr kvartal i övrigt sker stödet via telefon.

DIGITALT STÖD

(handledning, ronder, patientkontakt genom det digitala projektet som pågår i landstinget)

Upprättat av

Tommy Jonsson Leif Hansson
Patienter

63

Svar på motion från Elin Hoffner (V) om Storsjön som vattentäkt

RS/156/2017

2017-05-23

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

RS/156/2017

Svar på motion från Elin Hoffner (V) om Storsjön som vattentäkt

Ärendebeskrivning

Mot bakgrund av att ett bolag prospekterar för gruvbrytning av vanadin, med uran som biprodukt, i dagbrott i Bergs kommun har motionen inlämnats till Regionfullmäktige.

I motionen yrkar Vänsterpartiet Region Jämtland Härjedalen att regionen skyndsamt utreder vad omfattande borrningar och/eller en fullskalig gruvdrift skulle innebära för Storsjön som vattentäkt, samt att ett samarbete inleds med berörda kommuner.

Regionala utvecklingsstrategin för Jämtland Härjedalen har ett övergripande mål ”Ingen uranbrytning i Jämtlands län”. Samtliga kommuner i Jämtlands län har genom beslut i respektive kommunfullmäktige gjort ett ställningstagande mot uranbrytning. Storsjön utgör en viktig vattentäkt för kommunerna och för regionen varför en samverkan kring vattnets kvalitet och potentiella hot mot detta är angeläget.

Tillstånd för provborrning och/eller gruvdrift handläggs av Bergsstaten. Det ankommer på prospektören att redovisa vilka miljökonsekvenser som detta förväntas medföra.

I bilaga beskrivs mer om vad som kan behövas belysas mer i de fall en bearbetningskoncession inlämnas av prospektör till Bergsstaten.

Regionala utvecklingsnämnden behandlade ärendet 2017-05-09, § 69 och föreslår att regionfullmäktige avslår motionen.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen tillstyrker regionala utvecklingsnämndens förslag.

I tjänsten

Tjänsteskrivelse

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Mikael Ferm
Regionstabschef

Utdrag till

Regionfullmäktige

§69

Svar på motion från E Hoffner, Vänsterpartiet, om Storsjön som vattentäkt (RUN/53/2017)

Sammanfattning

Mot bakgrund av att ett bolag prospekterar för gruvbrytning av vanadin, med uran som biprodukt, i dagbrott i Bergs kommun har motionen inlämnats till Regionfullmäktige.

I motionen yrkar Vänsterpartiet Region Jämtland/Härjedalen att regionen skyndsamt utreder vad omfattande borrningar och/eller en fullskalig gruvdrift skulle innebära för Storsjön som vattentäkt, samt att ett samarbete inleds med berörda kommuner.

Regionala utvecklingsstrategin för Jämtland Härjedalen har ett övergripande mål ”Ingen uranbrytning i Jämtlands län”. Samtliga kommuner i Jämtlands län har genom beslut i respektive kommunfullmäktige gjort ett ställningstagande mot uranbrytning. Storsjön utgör en viktig vattentäkt för kommunerna och för regionen varför en samverkan kring vattnets kvalitet och potentiella hot mot detta är angeläget.

Tillstånd för provborrning och/eller gruvdrift handläggs av Bergsstaten. Det ankommer på prospektören att redovisa vilka miljökonsekvenser som detta förväntas medföra.

I bilaga beskrivs mer om vad som kan behövas belysas mer i de fall en bearbetningskoncession inlämnas av prospektör till Bergsstaten.

Förslag till beslut

Arbetsutskottet föreslår Regionala utvecklingsnämnden

Regionala utvecklingsnämnden föreslår Regionfullmäktige

Att regionala utvecklingsförvaltningen i samråd med övriga kommuner och länsstyrelsen gör en fördjupad kunskapssammanställning kring tänkbara effekter på Storsjöns vattenmiljö om en ansökan om bearbetningskoncession inlämnas till Bergsstaten.

Yrkanden

Robert Uitto(S) yrkar "Motionen avslås".
Marie Svensson(V), Stefan Nilsson(KD) och Can Savran(C) yrkar på bifall till motionen.
Marie Svensson(V) yrkar ett tilllägg "Arbetet påbörjas snarast och inte invänta en ansöka om bearbetningskoncession till Bergstaten."

Propositionsordning

Ordförande ställer proposition på arbetsutskottets förslag och finner att nämnden avslår det.

Ordförande ställer proposition på Marie Svenssons, Stefan Nilssons och Can Savrans yrkande och finner att nämnden avslår det.
Ordförande ställer proposition på Robert Uittos yrkande och finner att nämnden bifaller det.

Votering

Omröstning begärs och verkställs.
Ordförande ställer proposition på Marie Svenssons tilläggsyrkande och finner att nämnden avslår det.

Beslut

Regionala utvecklingsnämnden föreslår Regionfullmäktige

Motionen avslås

Protokollsanteckning

Anton Nordqvist(MP)
"Miljöpartiet ser det som nödvändigt att Region Jämtland Härjedalen aktivt arbetar för att möta de mål som är utpekade i den regionala utvecklingsstrategin. Två områden som pekas ut i den regionala utvecklingsstrategin är bland annat "Ingen uranbrytning i Jämtlands län" som ett övergripande mål, och "Biologisk mångfald och som attraktion och skyldighet", med den efterföljande texten "Den internationella konventionen om biologisk mångfald sätter i vissa sammanhang gränser för nyttjandet av naturresurserna, främst gäller detta våtmarker, skogs- och vattenmiljöer men kan även i vissa sammanhang påverka möjligheten för etableringar för energiproduktion eller för besöksnäringens nyttjande av områden.", som exempel på delmål och insatser.
Mot bakgrund av att det i den regionala utvecklingsstrategin lyfts upp som prioriterade områden är det områden som är intressanta och prioriterade för Region Jämtland Härjedalen att arbeta med, bilda opinion i, och samla kunskap om. Utifrån det menar jag att det är viktigt för Region Jämtland Härjedalen att i samråd med kommunerna och länsstyrelsen proaktivt gör en fördjupad kunskapssammanställning kring de tänkbara effekterna på Storsjöns vattenmiljö av en i närområdet belägen bearbetningsindustri av alunskiffer. Jag menar därför att regionala utvecklingsnämndens beslut att föreslå regionfullmäktige att avslå motionen är fel och att regionfullmäktige istället för bifalla motionen."

Beslutsunderlag

- §87 AU Svar på motion från E Hoffner, Vänsterpartiet, om Storsjön som vattentäkt

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN
2017 -01- 16
Dnr. RS /156/20 17

Motion till Regionfullmäktige
16/1-2017
Region Jämtland/Härjedalen

Storsjön som vattentäkt

Region Jämtland Härjedalen arbetar i nuläget med en plan för att säkerställa sin vattentillgång i händelse av kris. Man tittar bland annat på en pipeline på Storsjöns botten från Krokoms Kommun och vattenverk. Det är naturligtvis en bra tanke att säkra flödet, men vad händer om Storsjön som vattentäkt blir otjänlig? Då hjälps det inte om flödet är säkrat om vattenkvaliteten inte är möjlig att använda till vår verksamhet.

Ett Kanadensiskt bolag prospekterar för gruvbrytning av vanadin och med uran som biprodukt i dagbrott längs med Storsjön. Bergs kommun har redan reagerat och börjat arbetet mot gruvbrytningen för att säkerställa Storsjön som vattentäkt.
Vi har i nuläget ingen analys om vad omfattande provborrningar eller en fullskalig gruvdrift skulle innebära för Storsjöns vattenkvalitet.
Det vi vet är att om förgiftningen skulle vara ett faktum så är händelsen oåterkallelig.

Vi har färska exempel på detta från Talvivaara i Finland. Där är flera hektar skog död, illaluktande och förgiftade vattendrag fyllda med farliga tungmetaller. Det är inte längre möjligt att dricka vattnet eller äta fisken från sjöarna.

Det är brukligt i politik att använda sig av försiktighetsprincipen. Det innebär att bara om ett om kan hända så är det nog för att säga nej.
Region Jämtland Härjedalen behöver aktivt tillsammans med kommunerna ta reda på fakta om vad det skulle kunna innebära för Storsjön som vattentäkt och utifrån detta ta ställning och agera i frågan.

Region Jämtland Härjedalen har även ett gammalt Landstingsbeslut som säger att vi ska hjälpa länets kommuner med resurser och stöd i denna fråga.
Regionen måste göra vad som krävs för att säkerställa sin vattentillgång och därmed också länets utveckling. Utan rent vatten kan vi inte leva här!

Vänsterpartiet yrkar:
Att Region Jämtland Härjedalen skyndsamt utreder vad omfattande borrningar och/eller en fullskalig gruvdrift skulle innebära för Storsjön som vattentäkt.

Att ett samarbete inleds med berörda kommuner.

Elin Hoffner för Vänsterpartiets Regiongrupp

Vänsterpartiet
Region Jämtland/Härjedalen

64

Svar på motion från Elin Hoffner (V) om inköp av tåtrycksmätare

RS/157/2017

2017-05-05

Sekretariatet
Daniel Nilsson
Tfn: 063-14 75 71
E-post: daniel.l.nilsson@regionjh.se

RS/157/2017

Svar på motion från Elin Hoffner (V) om inköp av tåtrycksmätare

Ärendebeskrivning

Elin Hoffner (V) har inkommit med en motion om att snarast utreda investering av en ny tåtrycksmätare. Motionären framhåller att den befintliga tåtrycksmätaren är gammal och inte ger tillförlitliga svar, vilket gör att många patienter idag remitteras till Västernorrlands läns landsting för att där ta om proverna.

Den tåtrycksmätare som idag finns vid Region Jämtland Härjedalen används för tåtryck, pulspletysmografi, momentan stasning vid venduplex samt vid venundersökningar. Tåtrycksmätning har i många fall avgörande betydelse för om man ska gå vidare med amputation eller om det finns tillräckligt höga blodtryck som talar för att sårläkning kan ske. Detta är en viktig undersökning på diabetespatienter där svårläkta sår till följd av dålig blodcirkulation är ett välkänt problem. Användningen av tåtrycksmätare ger en säkrare och bättre diagnostik. Verksamheten är medveten om att den befintliga tåtrycksmätaren är gammal och problem uppstår nu med läckande ventiler och slangar vilket innebär en stor risk för driftproblem. Ingen teknisk kompetens finns idag på MTA, förutom vid enkla slangbyten. Det rekommenderas att man vid fotsår hos diabetiker kompletterar den kliniska bedömningen med en kärlutredning inkluderande tåblodtrycksmätning (TBP) och/eller transkutan syrgasmätning (tcpO2). Det finns således ett behov av investering i en ny tåtrycksmätare.

Investeringsrådet har föreslagit att det ska avsättas medel för investering av ny tåtrycksmätare under 2018.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Motionen anses besvarad.

I tjänsten

Tjänsteskrivelse

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Lisbet Gibson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Utdrag till

Elin Hoffner (V)
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Motion till Regionfullmäktige
16/1-2017
Region Jämtland/Härjedalen

Inköp av ny tåtrycksmätare

Kirurgläkare använder ultraljudsundersökning av blodkärl, så kallad tåtrycksmätning i bedömning om behandling av sår på fötter och ben.
Bedömning av funktion görs om det räcker med konventionell sårvård för att läka eller om det behövs rensning av blodkärl, så kallad sotning, alternativt om en amputering är nödvändig.
Tåtrycksmaskinen som idag används på kliniskt fyslabb är över 40år gammal och ger inte längre tillförlitliga provsvar.
Patienter som varit kallade måste återkallas för att få användbara resultat eller som ofta sker i nuläget, remiteras till Sundsvall.
Väldigt många med sår på fötter och ben remitteras till fyslabb från den medicinska fotvården på sjukhuset.

Fotkomplikationer hos individer med diabetes utgör ett allvarligt hot såväl mot extremiteterna som individens överlevnad. Fotkomplikationer vid diabetes, den så kallade "diabetesfoten", inkluderar sår, infektioner och destruktioner av djupare vävnadsslag associerade med neuropati och/eller perifer kärlsjukdom i nedre extremiteterna.

En ny maskin ger förutom patientsäkerhet i den medicinska bedömningen kostnadsvinning i form av att patienter inte behöver återkallas för ny provtagning eller vidareremiteras till Sundsvall.
En säker medicinsk bedömning kan resultera i att operation av blodkärl och amputation kan undvikas.

En tåtrycksmaskin kostar ca 400 000 kronor enligt uppgift från personal på fyslabb.
Av samtliga amputationer i nedre extremiteterna (exklusive trauma och malignitet) genomförs 40-50% på individer med diagnosen diabetes mellitus. I vissa länder anges proportioner upp mot 70-90%.
Behandling av fotkomplikationer är mycket kostnadskrävande, speciellt i situationer med amputation på grund av lång vårdtid, rehabilitering och ökat behov av omvårdnad och hemhjälp.
I Sverige beräknades kostnaden till ca 2 miljarder SEK/år (1998).
I Sverige uppskattas behandlingskostnaden för läkning av fotsår till ca 70 000 SEK och läkning med underbensamputation till ca 525 000 SEK (1998 års penningvärde). En slutsats måste därför bli att en investering av en ny tåtrycksmätare snabbt skulle leda till kostnadsbesparingar och ett minskat lidande för våra patienter.

Vänsterpartiet Yrkar att:
Region Jämtland Härjedalen snarast utreder en investering i en ny tåtrycksmätare.

Elin Hoffner för Vänsterpartiets Regiongrupp

Vänsterpartiet

Region Jämtland/Härjedalen