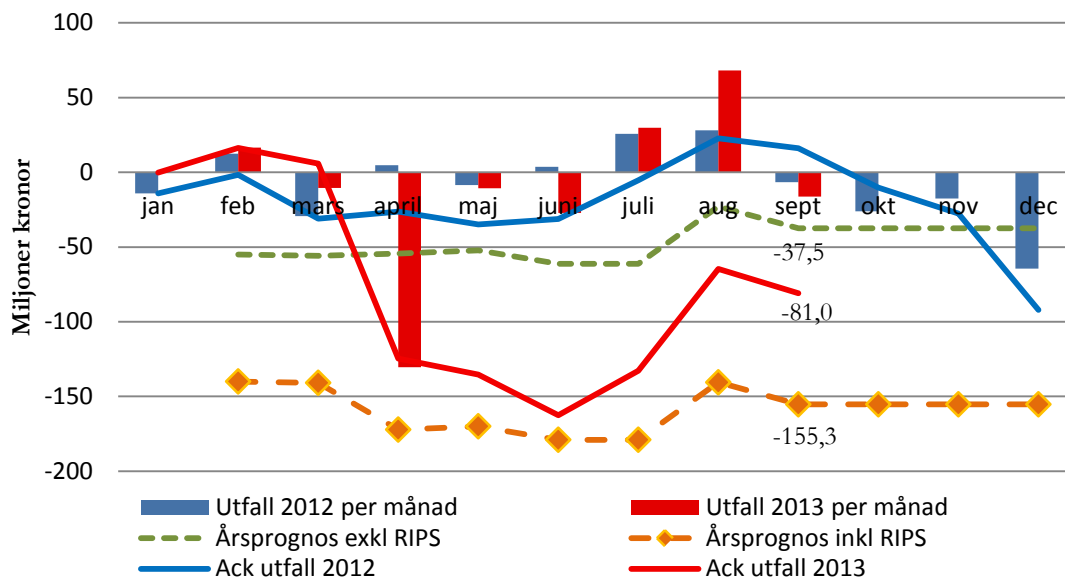


SAMMANTRÄDESHANDLINGAR
LANDSTINGSSTYRELSEN
5-6 NOVEMBER 2013

Månadsrapport för Jämtlands läns landsting

September 2013

Resultat och prognos 2013 jämfört med 2012



Lean, bemanning och arbetsmiljö

Införandet av lean tar ytterligare steg framåt med konkreta planer för införandet. Det handlar bland annat om organisation, kommunikation och kompetensutveckling. Värt att nämna i sammanhanget är ortopedprojektet som är ett utmärkt exempel på ett arbete i lean-anda och som nu närmar sig genomförandefasen.

En risk- och konsekvensanalys har tagits fram beträffande stoppet för bemanningsföretag inom primärvården i Östersund. Efter den analysen har en revidering av beslutet gjorts av styrelsen.

Primärvården arbetar aktivt med att minska kostnader för bemanningsföretag. Det är fortsatta svårigheter att rekrytera personal, framförallt sjuksköterskor och flera centrum fortsätter arbeta aktivt med arbetsmiljön tillsammans med berörda fackförbund.

• Ekonomi

Resultatet efter september slutar på drygt 36 miljoner kronor. Prognosen för helår ligger på minus 37 miljoner kronor, en försämring med 15 miljoner jämfört med prognosen efter augusti. Om den så kallade ripsrörelsen räknas in är resultatet minus 81 miljoner kronor och prognosen minus 155 miljoner.

Nettokostnadsökningen på 3,1% är låg sett till riket i övrigt men för hög i relation till den egna ekonomin.

• Tillgänglighet

Flera områden har god tillgänglighet men sammantaget räcker det inte för att få stimulansmedel från den så kallade kömiljarden. Akutmottagningen har svårt att nå målet att 80 procent av patienterna ska vara klara inom 4 timmar. Resultatet är dock något bättre i september än tidigare. Under sommaren och efter stafettläkarstoppet i primärvården har inflödet till akutmottagningen ökat med cirka sju patienter per dygn.

• Medicinsk kvalitet och patientsäkerhet

Andelen patienter med vårdrelaterade infektioner har minskat jämfört med förra månaden men är högre än målvärdet liksom andelen återinskrivna patienter inom 30 dagar.

Arbete för införande av PCI, vidgning av hjärtats kärl, har påbörjats och samtliga hälsocentraler arbetar vidare för att ytterligare minska antibiotikaförskrivningen.

Björn Eriksson

Landstingsdirektör

Tillgänglighet

Vårdgarantin

Landstinget klarar inte 100 % målpuppfyllelse (0-7-90-90) under september månad.

Tillgänglighetsgarantin, 0:an

Landstingsdriven primärvård klarar under september tillgänglighetsgarantin till 78 %, med variation 68-100 %. De privata vårdgivarna klarar den i genomsnitt till 94 %.

Besöksgarantin, 7:an

I september klarades besöksgarantin till 91% för hela länet (landstingsdriven primärvård 91 % och privata hälsocentraler 93 %). Torvalla klassas inte som hälsocentral from 1 sept. och därför mäts inte 0:an och 7:an..

Besöksgarantin, 90 dagar för specialiserad vård har försämrats jämfört med augusti och uppgår till 75 % för september. Bäst är BUP och BUH med 100% och lägst ligger Ortopeden med 57 %.

Behandlingsgarantin, 90 dagar för specialiserad vård har också minskat jämfört med augusti och ligger nu på 76 %. Bäst är Kvinna med 98 % och lägst ligger Kirurgi på 62 %.

Faktiska väntetider för barn och unga med psykisk ohälsa

Målen är att minst 90% av patienterna ska få komma inom 30 dagar till en första bedömning samt att minst 80% ska få en fördjupad utredning eller behandling inom 30 dagar. Landstinget klarar i september målet för genomförda besök men inte målet för fördjupad utredning/behandling

Genomförda besök 100 %.

Fördjupad utredning/behandling 67 %.

Väntetider inom specialist sjukvårdens akutmottagning

Målet är att 80 % av patienterna vara klara (dörr till dörr) inom 4 timmar. Målpuppfyllelsen för september månad har minskat något jämfört med föregående månad och ligger nu på 66 % (ortopedi 70 %, kirurgi 51 % och medicin 65 %). De mindre verksamheterna och distriktsläkarbesöken hade mycket bättre värden. I syfte att korta väntetider för patienter har en allmänläkare anställts från september månad för att arbeta med flödet i triaget.

Kömiljarden

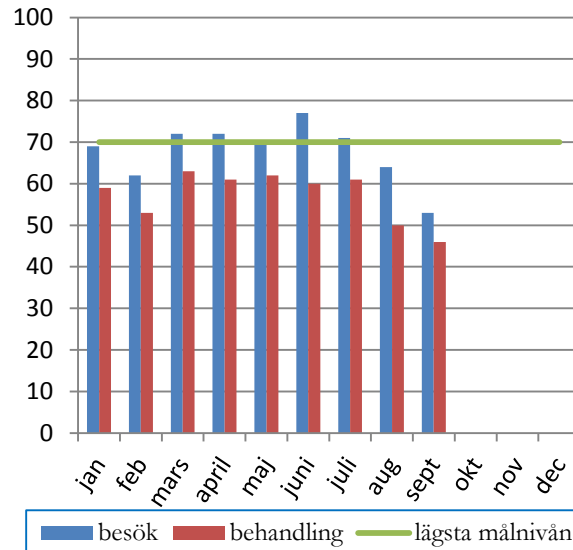
Lägsta nivå för ersättning är 70 % för väntande och för genomförda besök/behandlingar. Landstinget fick ersättning från kömiljarden i mars och maj månad. Under september månad kommer landstinget inte att klara kraven för väntande och genomförda besök.

Besök –Väntande till första besök 58 % och genomförda besök 53 %.

Behandling –Väntande till behandling 62 % och genomförda behandlingar 46 %. Arbete med produktions – och kapacitetsplanering pågår och kommer med nya personella resurser att intensifieras för att nå målen för vårdgarantin.

Hälsocentral	0:an	7:an
Myrviken	86	76
Svenstavik	72	81
Bräcke	81	80
Kälarne	83	93
Funäsdalen	88	93
Sveg	72	88
Föllinge	100	99
Krokom	83	84
Hammarstrand	75	90
Backe	94	97
Strömsund	79	98
Hallen	89	95
Järpen	94	98
Åre	98	98
Brunflo	72	93
Frösö	68	89
Lit	85	80
Lugnvik	79	91
Odensala	77	95
Z-gränd	70	92
Fjällhalsan	98	90
Offerdal	93	85
Nya Närvården	84	95
Närvård Frostviken	100	100

Kömiljarden - Andel i % genomförda besök och behandlingar inom 60 dagar



Antal väntade patienter som väntat mer än 60 dagar

Månad	jan	feb	mar	apr	maj	juni
1:a besök	1058	888	878	927	833	1057
Behandl.	627	454	422	528	509	499
Månad	juli	aug	sept	okt	nov	dec
1:a besök	1509	1900	1375			
Behandl.	743	697	504			

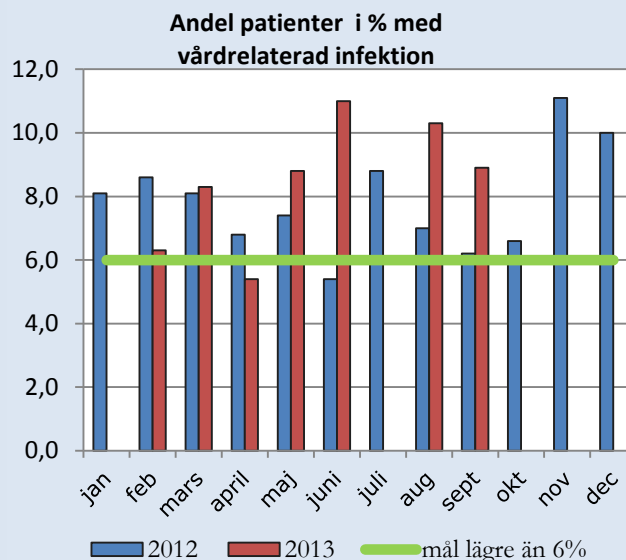
Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Sammantaget för hela sjukhuset så var utfallet 8,9 % vid mättillfället i september.

Vid de punktprevalensmätningar som utförts under 2013 har mellan 15-29 patienter vårdats för en vårdrelaterad infektion, genomsnittligt har utfallet varit 22 patienter varje mättillfälle.

Utfallen för respektive centrum är inte kommenterade denna gång. Generellt kan uttryckas att resultaten mellan centrum varierar. Opererande centrum har högre andel vårdrelaterade infektioner jämfört medicinska specialiteterna. Inom barn- och ungdomsmedicin och Kvinnosjukvården fångas få vårdrelaterade infektioner via punktprevalensmätningar av inläggande patienter.

I viss utsträckning pekar centrum på svagheten i att mätningarna endast görs en gång per månad. Det är ögonblicksbilder som redovisas.

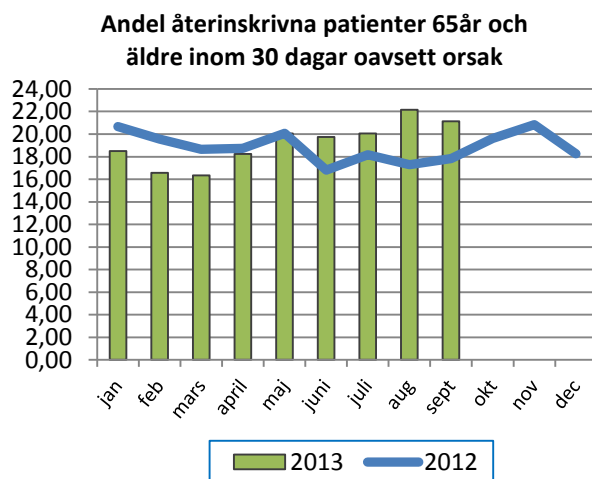


Återinskrivning inom 30 dagar

Målet är att minska andelen patienter 65år och äldre som återinläggs inom 30 dagar, oavsett orsak, jämfört med föregående år.

Under årets första fyra månader återinskrivs färre patienter än motsvarande månader förra året. Dessvärre har därefter trenden vänt och resultatet har försämrats jämfört 2012 från och med maj månad. Landstinget kommer därmed inte att få ta del av de statliga prestationsersättningar som finns för måttet.

Olika förbättringsåtgärder provas inom centrumen för att minska återinskrivningar. Inom Centrum medicinska specialiteter rings relevanta utskrivna patienter upp av sjuksköterska inom 72 timmar efter utskrivning. Opererande specialiteter kommenterar att färre vårdplatser under sommaren och fortsatt neddragning av vårdplatser under hösten har medfört att fler patienter utlokaliseras. Utlokaliseringarna kan vara bidragande till att fler patienter återinskrivs. Det är fortfarande färre öppna vårdplatser inom område Kirurgi pga. brist på sjuksköterskor.

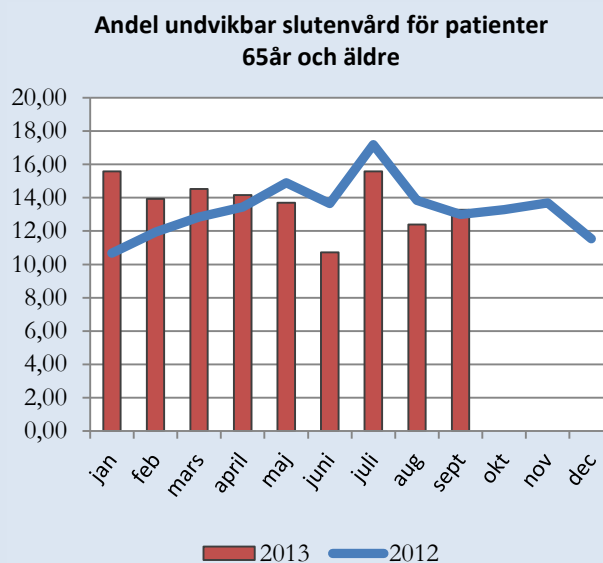


Undvikbar slutenvård

I måttet undvikbar slutenvård ingår ett urval diagnoser där bedömning gjorts att vården mest optimalt sker inom den öppna vården. Målet är att minska undvikbar slutenvård för patienter 65år och äldre, jämfört med föregående år.

Landstinget har klarat av att minska andelen undvikbar slutenvård minst 4 månader under perioden april till september jämfört med föregående år. Detta gör att landstinget får ta del av de statliga prestationsersättningarna som finns för måttet. Men det är i dagsläget oklart hur mycket pengar det rör sig om.

Åtgärder för att minska den undvikbara slutenvården kan i flera fall vara lika som för måttet Återinläggningar inom 30 dagar.

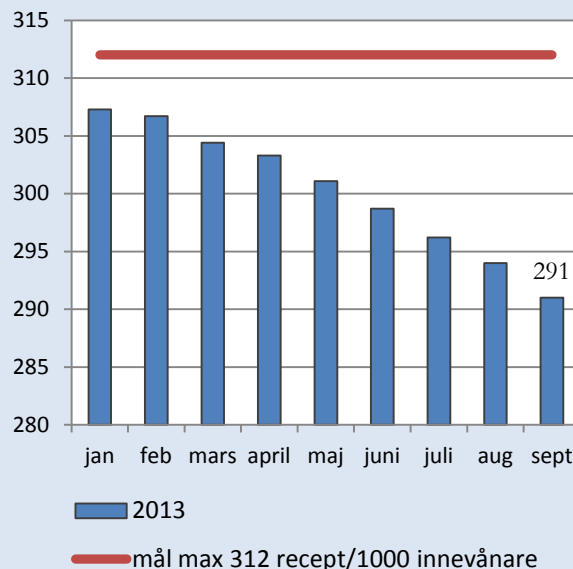


Minskad antibiotikaförskrivning

Under året ska förskrivningen vara högst 312 recept/1000 invånare inom primärvården. Utfallet för september är 291 recept per 1000 invånare, vilket är en minskning på 6% på 12 månader.

Resultatet påverkas dels av infektionsläget, som är relativt gott, och medvetenheten bland förskrivarna. Utbildning och information har lämnats vid flera tillfällen till dessa.

Förutom minskad förskrivning så har förskrivare i primärvården tagit del av sin personliga förskrivarprofil av antibiotika samt diskuterat gällande riktlinjer. I och med detta klarar landstinget årets antibiotikamål inom patientsäkerhetsstrategin och får ta del av den statliga prestationsersättningen.



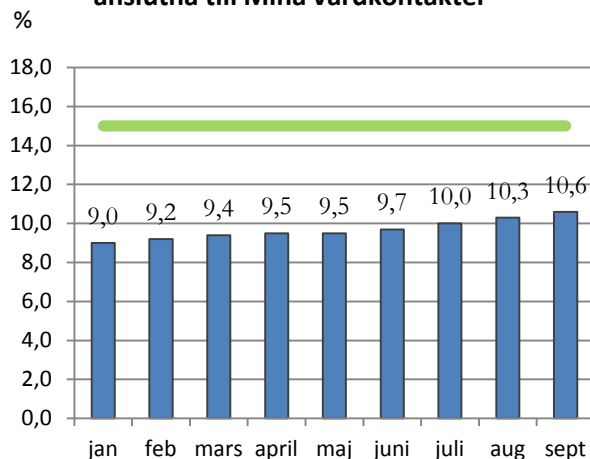
E-hälsa – mina vårdkontakter

Mina vårdkontakter finns införda på samtliga hälsocentraler samt 29 av sjukhusets mottagningar, några till är på gång. Under året kommer det även att införas på folktandvårdens mottagningar.

Målet är att arbeta för att utveckla e-hälsa genom att minst 15% av länets befolkning ska vara anslutna till "Mina vårdkontakter". Det är mottagningarna själva som informerar patienterna om tjänsten. I slutet av juli var 13 350 användare registrerade, vilket är 10,6% av länets invånare, snittet för riket är cirka 13%.

Det andra målet är att öka antalet ärenden med 50% och det kommer troligen att lyckas. Det kommer totalt in mellan 250 och 350 meddelanden varje vecka. Det har varit en marginell nedgång av ärenden under sommaren.

Andel av länets invånare som är anslutna till Mina vårdkontakter



Utförd tid

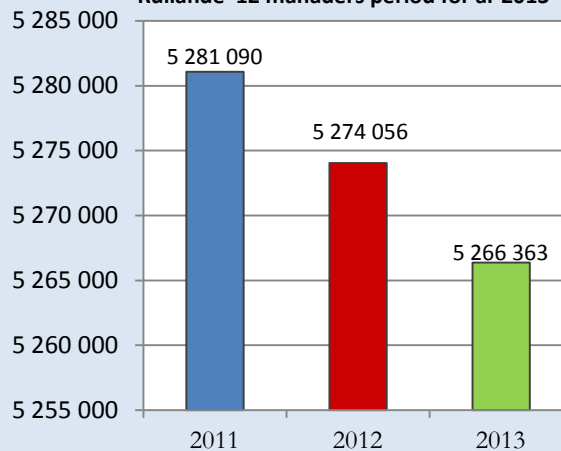
(Utförd tid rullande 12 månader visar tiden mars 2012 - februari 2013. Uppföljningen har eftersläp med en månad för att alla timmar ska hinna registreras)

Jämförelser mellan åren:

2011 har 2 vardagar mer än 2012. Det motsvarar 40 000 timmar. Det innebär att antalet timmar 2012 borde vara 40 000 mindre för att vara i samma nivå som 2011. Minskningen blev dock bara 7 000 timmar vilket betyder att det fullgjordes 33 000 timmar mer 2012 jämfört med 2011. Det motsvarar en ökning med 19 årsarbetare.

Rullande 12 månader d v s 2013 i tabellen har en vardag mindre än 2012. Jämförelser mellan 2013 med 2012 visar en ökning av utförda tiden med 12 307 timmar, vardagen inberäknad. Det motsvarar en ökning av ca 7 årsarbetare jämfört med helåret 2012.

Utförd tid i timmar . Helår 2011 och 2012. Rullande 12 månaders period för år 2013



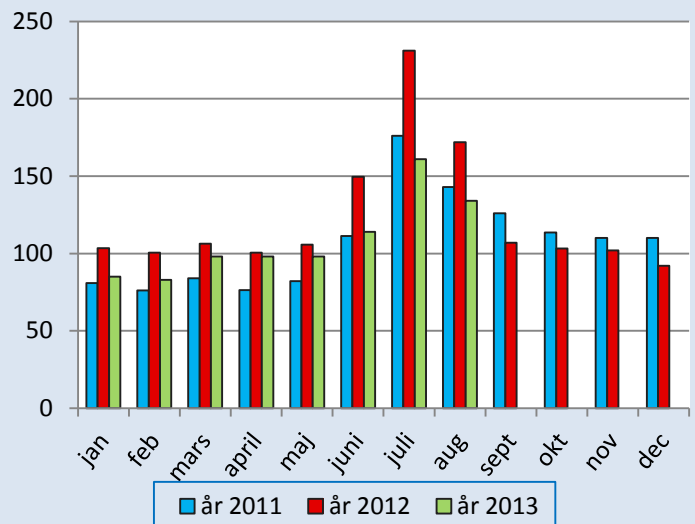
Antal timanställda till och med föregående månad

Bemanning med timavlönade minskar från och med september 2012 jämfört med 2011. Minskningen försätter under 2013 jämfört med 2012.

En förändring i tillämpning av arbetstidsmodellen gjordes från och med hösten 2012 och det är den största anledningen till minskningen. Generellt erbjöds sommarvikarierna i år månadslön.

Under juli var antalet timanställda motsvarande 161 heltidstjänster. Under 2012 var motsvarande siffra 231.

Antal timanställda redovisat som heltidstjänster (1760 timmar)



Nyttjande av bemanningsföretag

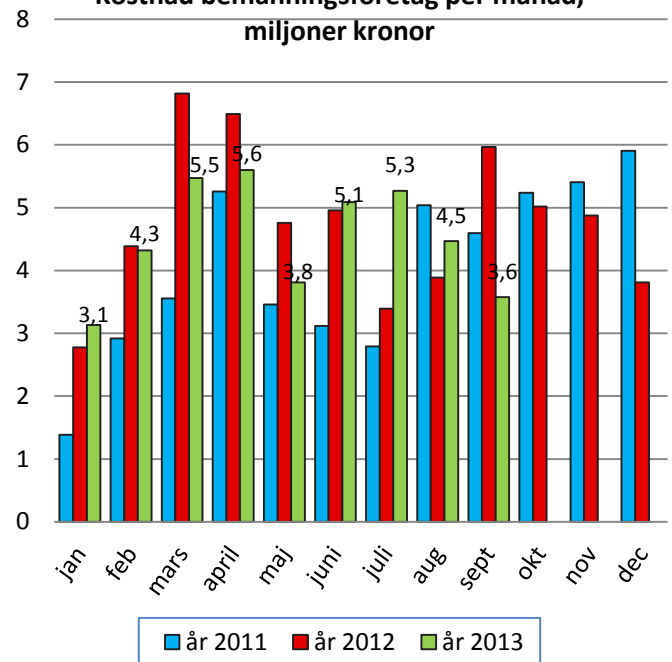
Juni hade årets tredje högsta kostnad för stafettläkare. Totalt är dock kostnaderna 2,5 miljoner lägre än föregående år. Centrumen för opererande specialiteter och barn, kvinna, psykiatri ligger över fjolåret medan övriga centrum ligger under.

I primärvården har kostnaderna för bemanningsföretag minskat med 3,7 miljoner medan arvodesanställda läkare och internstafetter enligt nedan har ökat 2,7 miljoner. Alla dessa delar sammantaget ger en minskning på 1 miljon.

Totalt fördelar sig stafettläkarkostnaderna enligt nedan:

Centrum (mkr)	jan-sept 2012	jan-sept 2013	Förändring
Opererande specialiteter	2,6	3,6	+1,0
Medicinska specialiteter	4,4	4,2	-0,2
Barn Kvinna Psykiatri	8,2	9,4	+1,2
Primärvård	24,2	20,5	-3,7
Diagnostik, teknik, service	3,5	3,0	-0,5
Lednings- o verksamhetsstöd	0,6	0,3	-0,3
Totalt	43,4	40,9	-2,5

Kostnad bemanningsföretag per månad, miljoner kronor



Internt stafettavtal

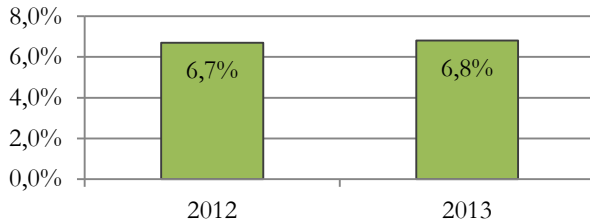
Kostnaderna för internstafetter uppgår till ca 1 000 tkr.

	Antal tim Primärvård	Antal tim Röntgen
Januari	24	0
Februari	80	0
Mars	82	0
April	128	40
Maj	236	0
Juni	216	0
Juli	120	0
Augusti	160	
September	120	

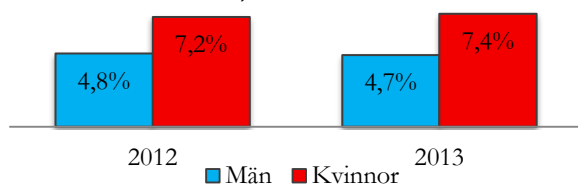
Sjukfrånvaro

Sjukfrånvaron ligger kvar på nästan samma nivå som motsvarande period 2012. Kvinnors sjukfrånvaro har ökat med 0,2% och männens frånvaro har minskat med 0,1%.

Andel sjuktimmar i % av ordinarie tid, januari - september



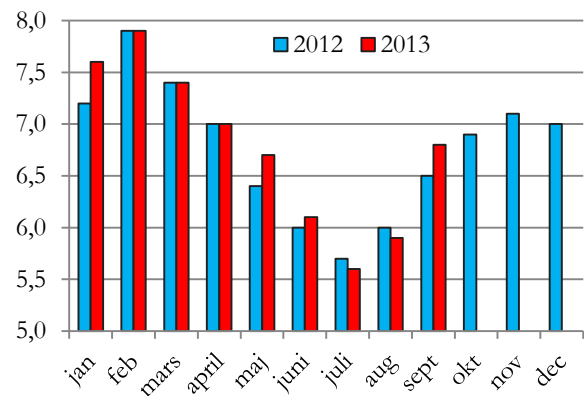
Skillnad mellan män och kvinnors sjukfrånvaro



Om man ser per månad och jämför med 2012 så har sjukfrånvaron totalt sett varit densamma för februari, mars och april. I januari, maj och september har ökningar skett. Under sommarmånaderna minskar sjukfrånvaron.

Kvinnors sjukfrånvaro har hittills varit högre varje månad 2013 jämfört med 2012 medans männen har haft lägre sjukfrånvaro varje månad 2013 jämfört med 2012. Men i juni, juli och har männen ökat och kvinnorna har samma nivå som 2012 i juni men minskat juli och augusti.

Andel sjuktimmar i % av ordinarie tid, per månad



Ekonomiskt utfall till september 2013 och prognos helår

Utfall per centrum/verksamhet (miljoner kronor)	Resultat per 2013-09-30	Budget per 2013-09-30	Prognos efter september
Motsedda (exkl sänkt RIPS-ränta)	35,5	0,0	26,7
Centrum diagnostik, teknik, service	10,0	0,9	11,0
Centrum lednings o verksamhetsstöd	18,0	0,0	9,0
Patientnämnd	0,3	0,0	0,3
Politisk organisation	1,3	0,0	0,0
Revision	0,3	0,0	0,0
Centrum barn, kvinna, psykiatri	-0,3	0,0	-2,0
Centrum folktandvård	-1,4	0,0	-1,7
Landstingsövergripande verksamhet	-1,4	0,0	-9,7
Centrum primärvård	-11,6	6,3	-15,0
Centrum opererande spec.	-19,6	0,0	-29,7
Centrum medicinska spec.	-19,8	0,0	-32,0
Totalt JLL förvaltning	11,2	7,2	-43,1
Finansiering	25,5	0,0	5,6
Resultat 1	36,7	7,2	-37,5
Effekt av sänkt RIPS-ränta	-117,8	0,0	-117,8
Resultat 2	-81,0	7,2	-155,3

Septemberprognosen för helårsresultat på -155,3 miljoner kronor är en försämring med 14,7 miljoner kronor jämfört med prognosen som lades vid augustibokslutet. Försämringen beror till största delen på tillkommande dyra riks- och regionvårds patienter (10 mkr) samt besked om en ytterligare sänkning med 3,5 mkr av statsbidraget för läkemedelsförmånen.

Kommentar till resultat och prognosavvikelse.

- Motsedda utgifter (exkl. effekt av förändrad RIPS-ränta) sänker sin prognos med 10 miljoner kronor ner till plus 26,7 miljoner kronor pga två stycken tillkommande dyra riks- och regionvårdspatienter. Överskottet innehåller: utfall på sjukskrivningsmiljarden 4 mkr, avsatta medel för oförutsett/stimulansmedel 6 mkr, återbetalning från AFA 46,7 mkr, överskott från LÖF och internpension 4 mkr, kostnader för pensioner - 19,4 mkr, dyra riks- och regionsjukvårdspatienter -15 mkr.
- Centrum för diagnostik, teknik och service räknar med större volymer än budgeterat och därmed högre intäkter. Prognos +11 miljoner kronor.
- Centrum för lednings- och verksamhetsstöd prognostiserar ett överskott på 9,0 miljoner kronor. Samtliga enheter har sparkrav för året och vakanshåller en eller flera tjänster. Det råder restriktivitet för resor och utvecklingsinsatser.
- Centrum för barn, kvinna, psykiatri prognostiserar underskott utifrån ökade kostnader för stafettläkare och Riks- och regionvård samt Rättspsykiatri. Prognos -2,0 miljoner kronor.
- Centrum för Folktandvården prognostiserade underskott med 1,7 miljoner kronor. Underskottet beror främst på ökad bemanning som inte i motsvarande grad mötts av ökade intäkter.
- Landstingsövergripande verksamhet prognostiserar underskott för bland annat utomlänsvård och länstrafiken. Obalansen år 2012 var 15 miljoner kronor. Prognos för år 2013 är -9,7 miljoner kronor.
- Centrum för primärvårds prognostiserar -15,0 miljoner kronor, vilket ställer stora krav på resultatförbättring under resterande del av året, främst sänkta stafettläkarkostnader.
- Centrum för opererande specialiteter prognostiserar -29,7 miljoner kronor utifrån en ingående obalans samt att centrumet under året haft viss produktionsökning och samtidigt ökade kostnader för läkare, köpt vård och medicinsk service.
- Centrum för medicinska specialiteter har en prognosen på -32 miljoner kronor. De största avvikelserna jämfört med budget är personalkostnader (-13 mkr), sjukresor inkl. flygambulans (-5 mkr), riks- och regionvård (-4 mkr) och läkemedel (-4 mkr).
- Finansieringen prognostiserar +5,6 miljoner kronor, vilket är en försämring med 3,5 mkr jämfört med föregående prognos. Försämringen beror på att utbetalningen av statsbidrag till läkemedelsförmånen har sänkts ytterligare. I prognosen bedöms ersättningen för året bli 17,5 miljoner kronor lägre än budgeterat för läkemedelsförmånen. Skatteintäkter och generella statsbidrag bedöms bli 21,7 miljoner kronor högre än budgeterat och finansnettot beräknas bli +1,3 miljoner kronor.

Personalstaben
Eva Olofsson
Tfn: 063- 14 78 25
E-post: eva.olofsson@jll.se

2013-09-24

Dnr LS/761/2013761/2013

Landstingets revisorer

Svar på landstingets revisorers granskning av chefsrollen

Granskningsrapporten

Revisionskontoret har med hjälp av konsultföretaget Capire AB genomfört en granskning av chefsrollen. Syftet har varit att ta reda på om landstingsstyrelsen har en tillfredsställande styrning och kontroll av att det finns tillräckliga förutsättningar för ett ändamålsenligt ledarskap.

Granskningen har utförts genom dokumentstudier, 24 intervjuer med chefer på olika nivåer från tre utvalda centrum samt med bitr. landstingsdirektör, personalstaben och ordförande för det personalpolitiska utskottet. De centrum som valts ut är Opererande specialiteter, Primärvård samt Barn/Kvinna och Psykiatri. En enkätundersökning har ställts till samtliga chefer i landstinget med en svarsfrekvens på 75 procent.

Revisorerna redovisar de förbättringsområden som framkommit i granskning och rekommenderar en översyn och förändringar enligt följande:

- Antalet dokument och mängden krav på chefs rollen är så omfattande att den avsedda styrande effekten riskerar att gå förlorad. Inte heller ges någon vägledning om vilka skyldigheter i chefskapet som ska prioriteras. Det saknas också lättillgängliga former för stöd när den enskilda chefen står inför prioritering och genomförande av det direkta chefskapet. Antalet styrdokument bör därför koncentreras och dokumenten måste bli lättare att hitta, förstå och använda i enlighet med syftet.
- Chefernas arbetssituation är i flera avseenden inte tillfredsställande. Det gäller arbetsinnehållet med en för stor andel administrativa uppgifter på bekostnad av tid för personalen, utveckling och strategiskt- och framtidsinriktat arbete. Det gäller också upplevelsen av brist på stabsstöd och tekniska stödsystem som inte är användarvänliga. Regelverket bör därför ses över i syfte att förenkla den administration som ska genomföras av chefer i linjen. Likaså bör de administrativa stödsystemen göras användarvänliga och lättillgängliga.
- Det finns tillräckligt välfungerade rutiner för avslutningssamtal. I granskningen har emellertid framkommit att hälften av de som besvarat enkäten inte anser att erfarenheter från avgående chef behöver tas tillvara. Därför behövs det genomföras en kommunikationsinsats om värdet med tillvaratagande av chefers erfarenheter för att dessa rutiner ska få genomslag bland cheferna.

- Uppföljningen av chefsrollen är inte systematisk. Den uppföljning av cheferna som sker är ur ett individuellt perspektiv, främst genom det årliga utvecklingssamtalet. Däremot saknas en helhetsbild av förutsättningarna för chefskapet i organisationen. Det manifesteras bland annat i det faktum att endast var fjärde chef i organisationen har uppfattningen att uppmärksammade brister i chefskapet åtgärdas. En mer samlad och självkritisk uppföljning är en grundförutsättning för en bättre kontroll över förutsättningarna för ett gott chefskap.
- Ur ett politiskt perspektiv har ansvaret för chefsrollen delegerats till landstingsdirektören. Bedömningen är det ansvar som åvilar landstingsstyrelsen därmed utövas på ett otydligt sätt.

Landstingets revisorer emotser en redovisning av vilka åtgärder som landstingsstyrelsen vidtar eller avser vidta med anledning av granskningsresultatet.

Landstingsstyrelsens svar

Med anledning av landstingets revisorers granskning av chefsrollen lämnar landstingsstyrelsen följande svar. Det har påbörjats ett arbete med att ta fram en handlingsplan med åtgärder för att förbättra styrning och kontroll av att det finns tillräckliga förutsättningar för ett ändamålsenligt ledarskap inom Jämtlands läns landsting. Av handlingsplanen ska även framgå ansvarig och tidpunkt för åtgärdens genomförande. Handlingsplanen kommer att innehålla både redan påbörjade åtgärder (se punkt 1 och 2 nedan) samt resultat av planerade dialoger (se punkt 3 nedan). Handlingsplanen kommer att kommuniceras med landstingets samtliga chefer.

1. Åtgärder som redan påbörjats är,

- Administrativ översyn med bland annat utredning om Personalstabens uppdrag, organisation, arbetssätt, bemanning mm med syfte att utveckla och förbättra det administrativa stödet till cheferna.
- Beslut om nya rutiner för ledningsinformation, framarbetade av Kommunikationsstaben. I nya rutinerna ingår en ny chefsportal på Insidan, ett veckobrev med det samlade nyhetsflödet till chefer under veckan som gått samt en rutin för akut, brådskande information.
I chefsportalen samlas, via länkar, den information som berör chefer – det kan gälla allt från personalfrågor, avtal och kommunikationsfrågor till arbetsmiljö och samverkan.
På chefsportalen finns även ett nyhetsflöde med information till cheferna.
- Integrering av Insidan, Ledningssystemet och dokumenthanteringssystemet
- Översyn av befintliga styrdokument
- Uppdatering av samtliga styrdokument som finns på Insidan och i Centuri
- Anpassa Kunskapstorgets utbud utifrån de behov som finns
- Fortsätta att årligen, vid Personalpolitiska utskottets sammanträde i februari, följa upp chef- och ledarskapet i Jämtlands läns landsting

2. Åtgärder som planeras

- Inköp av ny sökfunktion för Insidan
- Upprätta kartotek över de styrdokument som finns
- Bilda en arbetsgrupp för att se över behörigheter i personalsystemet samt hitta former för vilka uppgifter som kan delegeras samt hur delegationen ska gå till
- Införa följande stående punkter på dagordningen för Personalpolitiska utskottets sammanträden; Arbetsmiljö, Arbetsorganisation och arbetstider, Jämställdhet och mångfald, Personal- och kompetensförsörjning, Lönepolitik samt Chef- och Ledarskap

3. För att komma fram till vilka ytterligare åtgärder som behöver vidtas med anledning av revisorsrapporten har,

- resultatet och tänkbara åtgärder diskuterats i följande olika chefsfora; Landstingsdirektörens ledningsgrupp, i särskild träff med centrumcheferna för Opererande specialiteter och Medicinska specialiteter samt vid Folktandvårdens ledningsgrupp.
- Dessutom planeras under hösten ett "Öppet hus" dit landstingets samtliga chefer bjuds in för dialog kring frågan.

JÄMTLANDS LÄNS LANDSTINGSSTYRELSE

Harriet Jorderud
Landstingsstyrelsens ordförande

Björn Eriksson
Landstingsdirektör

Landstingsstyrelsen

Granskning av chefsrollen

På vårt uppdrag har Revisionskontoret med hjälp av konsultföretaget Capire AB genomfört en granskning av chefsrollen. Syftet har varit att ta reda på om landstingsstyrelsen har en tillfredställande styrning och kontroll av att det finns tillräckliga förutsättningar för ett ändamålsenligt ledarskap.

Granskningen har utförts genom dokumentstudier, 24 intervjuer med chefer på olika nivåer från tre utvalda centrum samt med bitr. landstingsdirektör, personalstaben och ordförande för det personalpolitiska utskottet. De centrum som valts ut är Opererande specialiteter, Primärvård samt Barn/Kvinna och Psykiatri. En enkätundersökning har ställts till samtliga chefer i landstinget med en svarsfrekvens på 75 procent.

Resultatet av granskningen redovisas i bifogad rapport.

Den sammanfattande bedömningen är att den nuvarande situationen för en stor del av organisationens chefer inte är långsiktigt hållbar. Landstingsstyrelsen har därmed brustit i sin styrning och kontroll av att det finns tillfredställande förutsättningar för ett väl fungerande chefskap i organisationen. Vi anser det därför angeläget att landstingsstyrelsen och landstingsdirektör värderar vilka förändringar som kan skapa mer gynnsamma förutsättningarna för de personer som iklär chefsrollen på olika nivåer.

Nedan redovisas de förbättringsområden som framkommit i granskning:

- Antalet dokument och mängden krav på chefsrollen är så omfattande att den avsedda styrande effekten riskerar att gå förlorad. Inte heller ges någon vägledning om vilka skyldigheter i chefskapet som ska prioriteras. Det saknas också lättillgängliga former för stöd när den enskilda chefen står inför prioritering och genomförande av det direkta chefskapet. Antalet styrdokument bör därför koncentreras och dokumenten måste bli lättare att hitta, förstå och använda i enlighet med syftet.
- Chefernas arbetssituation är i flera avseenden inte tillfredställande. Det gäller arbetsinnehållet med en för stor andel administrativa uppgifter på bekostnad av tid för personalen, utveckling och strategiskt- och framtidsinriktat arbete. Det gäller också upplevelsen av brist på stabsstöd och tekniska stödsystem som inte är användarvänliga. Regelverket bör därför ses över i syfte att förenkla den administra-

tion som ska genomföras av chefer i linjen. Likaså bör de administrativa stödsystemen göras användarvänliga och lättillgängliga.

- Det finns tillräckligt välfungerade rutiner för avslutningssamtal. I granskningen har emellertid framkommit att hälften av de som besvarat enkäten inte anser att erfarenheter från avgående chef behöver tas tillvara. Därför behövs det genomföras en kommunikationsinsats om värdet med tillvaratagande av chefers erfarenheter för att dessa rutiner ska få genomslag bland cheferna.
- Uppföljningen av chefsrollen är inte systematisk. Den uppföljning av cheferna som sker är ur ett individuellt perspektiv, främst genom det årliga utvecklingssamtalet. Däremot saknas en helhetsbild av förutsättningarna för chefskapet i organisationen. Det manifesteras bland annat i det faktum att endast var fjärde chef i organisationen har uppfattningen att uppmärksammade brister i chefskapet åtgärdas. En mer samlad och självkritisk uppföljning är en grundförutsättning för en bättre kontroll över förutsättningarna för ett gott chefskap.
- Ur ett politiskt perspektiv har ansvaret för chefsrollen delegerats till landstingsdirektören. Vår bedömning är att det ansvar som åvilar landstingsstyrelsen därmed utövas på ett otydligt sätt.

Vi emotser senast den 9 september 2013 en redovisning av vilka åtgärder som landstingsstyrelsen vidtar eller avser vidta med anledning av granskningsresultatet.

För Jämtlands läns landstings revisorer


Mona Nyberg
Ordförande


Annelie Bengtsson
V ordförande

Bilaga

Rapporten Granskning av Chefsrollen

Kopia till

Fullmäktiges presidium
Personalpolitiska utskottet
Landstingsdirektören
Bitr. landstingsdirektören
Chefen för Personalstaben
Samtliga centrumchefer

Granskning av Chefsrollen inom Jämtlands läns landsting

Dnr: Rev/28/1212

Capire

Maj 2013

Dag Boman

Pia Lidwall

Carin Magnusson

Mari Månsson

Innehåll

1	<u>SAMMANFATTNING</u>	3
2	<u>GRANSKNINGENS SYFTE OCH GENOMFÖRANDE</u>	5
2.1	BAKGRUND OCH SYFTE	5
2.2	LANDSTINGETS VÄRDEGRUND OCH KRAV PÅ CHEFSKAPET	5
2.3	ORGANISATORISKA FÖRÄNDRINGAR I LANDSTINGET	6
2.4	UPPDRAGETS GENOMFÖRANDE	6
3	<u>GRANSKNINGENS FRÅGESTÄLLNINGAR</u>	7
3.1	UPPDRAGSBESKRIVNINGAR OCH STYRDOKUMENT FÖR CHEFSUPPDRAGET	7
3.1.1	IAKTTAGELSER OM UPPDRAGSBESKRIVNINGAR OCH STYRDOKUMENT	7
3.1.1.1	Centrala styrdokument	7
3.1.1.2	Vad tycker cheferna?	8
3.1.2	BEDÖMNING OCH SLUTSATSER OM UPPDRAGSBESKRIVNINGAR OCH STYRDOKUMENT	9
3.2	BEFOGENHETER, STÖD MM TILL CHEFERNA	10
3.2.1	IAKTTAGELSER OM BEFOGENHETER MM	10
3.2.1.1	Styrande dokument	10
3.2.1.2	Vad tycker cheferna	11
3.2.2	BEDÖMNING OCH SLUTSATSER OM BEFOGENHETER MM	16
3.3	ERFARENHETER FRÅN AVGÅENDE CHEF VID CHEFSBYTEN	18
3.3.1	IAKTTAGELSER OM ERFARENHETER FRÅN AVGÅENDE CHEF	18
3.3.1.1	Styrande dokument	18
3.3.1.2	Vad tycker cheferna?	18
3.3.2	BEDÖMNING OCH SLUTSATSER OM ERFARENHETER FRÅN AVGÅENDE CHEF	18
3.4	UPPFÖLJNING AV CHEFSROLLEN	19
3.4.1	IAKTTAGELSER OM UPPFÖLJNING AV CHEFSROLLEN	19
3.4.1.1	Styrande dokument	19
3.4.1.2	Uppföljning från landstingsstyrelsens sida	19
3.4.1.3	Vad tycker cheferna?	20
3.4.2	BEDÖMNING OCH SLUTSATSER OM UPPFÖLJNING AV CHEFERNA	21
4	<u>ÖVERGRIPANDE REVISIONSFRÅGA</u>	22
	<u>BILAGA 1. INTERVJUPERSONER</u>	24
	<u>BILAGA 2 – REDOVISNING AV ENKÄT</u>	25

1 Sammanfattning

Uppdrag och genomförande

Revisorerna i Jämtlands läns landsting har uppdragit åt Capire att göra en granskning av chefsrollen. Genomförandet av granskningen har omfattat analys av relevanta dokument, djupintervjuer med representanter för landstingets ledning på samtliga nivåer och personalstaben samt en särskild enkät till alla chefer i landstinget. Arbetet med granskningen har bedrivits under perioden februari till maj 2013.

Sammanfattande bedömning

Vi bedömer att nuvarande situation för en stor del av organisationens chefer inte är långsiktigt hållbar. Det är därför angeläget att landstingsstyrelsen och landstingsdirektör värderar vilka förändringar som kan skapa mer gynnsamma förutsättningar för de personer som iklär chefsrollen på olika nivåer.

Vår sammanfattande bedömning är att landstingsstyrelsen har bristande kontroll av förutsättningarna för ett fungerande chefskap i organisationen och inte har sett till att det finns tillräckliga förutsättningar för ett ändamålsenligt ledarskap.

Bedömningar av delfrågor i granskningen

Får cheferna en tillfredställande styrning av sitt chefsuppdrag i form av uppdragsbeskrivningar, styrdokument etc?

Vår bedömning är att krav och ansvar på chefsrollen är väl beskrivna i de olika styrdokumenterna. Tillsammans kan de i stort sägas utgöra en helhet som är möjlig att förstå. Däremot är antalet dokument och mängden krav på chefsrollen så omfattande att den avsedda styrande effekten riskerar att gå förlorad. Inte heller ges någon vägledning om vilka skyldigheter i chefskapet som ska prioriteras. Det saknas också lättillgängliga former för stöd när den enskilda chefen står inför prioritering och genomförande av det direkta chefskapet.

- *Ges cheferna förutsättningar för att kunna fungera i sin chefsroll på ett tillfredställande sätt i form av tillräckliga befogenheter, hanterbar organisation, kompetensutveckling, stödsamtal, administrativt stöd etc?*

Vår bedömning är att chefernas arbetssituation i flera avseenden inte är tillfredställande. Det gäller arbetsinnehållet med en för stor andel administrativa uppgifter på bekostnad av tid för personalen, utveckling och strategiskt- och framtidsinriktat arbete. Det gäller också upplevelsen av brist på stabsstöd och tekniska stödsystem som inte är användarvänliga.

- *Tillvaratas erfarenheter från avgående chef vid chefsbyten?*

Det finns, enligt vår bedömning, tillräckligt välfungerade rutiner för avslutnings-samtal. Om rutinerna ska få genomslag bland cheferna behövs en kommunikationsinsats om värdet av tillvaratagande av chefers erfarenheter.

- *Sker en systematisk uppföljning och utvärdering av chefsrollen och vidtas adekvata åtgärder med anledning av detta?*

Vår bedömning är att uppföljningen av chefsrollen inte är systematisk. Uppföljningen sker ur ett individuellt perspektiv, främst genom det årliga utvecklingssamtalet och det fyller en viktig funktion för cheferna. Däremot saknas en helhetsbild av förutsättningarna för chefskapet i organisationen. Det manifesteras bland annat i det

faktum att endast var fjärde chef i organisationen har uppfattningen att uppmärksammade brister åtgärdas.

Ur ett politiskt perspektiv har ansvaret för chefsrollen delegerats till landstingsdirektören. Vår bedömning är att det ansvar som åvilar landstingsstyrelsen utövas på ett otydligt sätt. Landstingsstyrelsens kontroll över området brister.

Förbättringsområden

Sammanfattningsvis har granskningen gett anledning att uppmärksamma följande förbättringsområden när det gäller chefskapet:

- Uppföljningen av chefskapet behöver bli mer systematisk och sikta mot att skapa en bättre helhetsbild över de verkliga förhållandena. En mer samlad och självkritisk uppföljning är en grundförutsättning för en bättre kontroll av ett gott chefskap.
- Nya uppgifter till cheferna bör inte läggas ut för genomförande i linjeorganisationen innan det säkerställts att det finns tillräckliga resurser i form av tid och kompetens. Strategiska frågor och utvecklingsfrågor ingår i chefskapet men är svårt att hinna med.
- Regelverket bör ses över i syfte att förenkla den administration som ska genomföras av chefer i linjen. Antalet styrdokument bör koncentreras och dokumenten vara lätta att hitta, förstå och använda i enlighet med syftet. Likaså bör de administrativa stödsystemen göras användarvänliga och lättillgängliga.

2 Granskningens syfte och genomförande

2.1 Bakgrund och syfte

Enligt landstingets personalpolitiska policy ska landstingets chefer vara tydliga representanter för arbetsgivaren och goda ledare som tar ansvar såväl för sin egen verksamhet som för landstinget i sin helhet. Enligt landstingsplanen fanns 2012 knappt cirka 160 chefer inom landstinget. Omsättningen bland dem har varit cirka 10 procent per år. Enligt landstingsplanen för 2013 är ett tydligt chefskap med klara befogenheter på alla nivåer en framgångsfaktor för att uppnå en god vård.

Under 2012 har ytterligare en nivå - Centrumnivån - i förvaltningsorganisationen tillförts.

Mot denna bakgrund har landstingets revisorer beslutat att granska chefsrollen och gett Capire i uppdrag att genomföra granskningen. Ansvarig projektledare vid är revisionsdirektör Majvor Enström, certifierad revisor i landstingets revisionskontor. Projektledare från Capire är Dag Boman.

Den övergripande revisionsfrågan är:

Har landstingsstyrelsen en tillfredställande styrning och kontroll av att det finns tillräckliga förutsättningar för ett ändamålsenligt ledarskap?

Revisionsfrågan omfattar följande delfrågor:

- Får cheferna en tillfredställande styrning av sitt chefsuppdrag i form av uppdragsbeskrivningar, styrdokument etc?
- Ges cheferna förutsättningar för att kunna fungera i sin chefsroll på ett tillfredställande sätt i form av tillräckliga befogenheter, hanterbar organisation, kompetensutveckling, stödsamtal, administrativt stöd etc?
 - Tillvaratas erfarenheter från avgående chef vid chefsbyten?
- Sker en systematisk uppföljning och utvärdering av chefsrollen och vidtas adekvata åtgärder med anledning av detta.

Avgränsning

Granskningen är avgränsad till centrumen opererande Specialiteter, Primärvård och Barn/Kvinna och psykiatri. En enkät har även skickats till samtliga chefer i landstinget.

Revisionskriterier

Revisionskriterierna baseras på kraven i följande styrande dokument:

- Landstingsplanen 2012 och 2013
- Ledarförsörjningsprocessen LS/594/2007
- Personal politisk policy LS/685/2010
 - Hälso- och sjukvårdslagen 29 §

2.2 Landstingets värdegrund och krav på chefskapet

Granskningen prövas mot de krav som landstinget fastställt ska gälla för chefer i landstinget. En utgångspunkt är kopplingen mellan landstingets värdegrund och de krav som

varje chef förväntas uppfylla. De krav på kunskap och färdigheter¹ som ställs på chefer/ledare utgår från landstingets värdegrund. Denna lyder:

- "Landstingets 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 landstinget och dem landstinget är till för".
 - Denna värdegrund ska cheferna dela och förverkliga genom att visa vägen och vara en förebild.
 - Chefskapet innebär att ta personal-, besluts- och resultatansvar för verksamheten och skapa tydliga samband mellan resursåtgång, prestationer, resultat och effekter för att säkerställa en kostnadseffektiv och ändamålsenlig verksamhet.

Chefsrollen så som den beskrivs i landstingets olika dokument består av två delar. Den ena rör styrning av verksamhet och ekonomi, strategier, uppdrag och krav, det vill säga det som vanligen benämns som en arbetsgivar- eller chefsroll. Den andra delen innehåller personalfrågor, god arbetsmiljö, att skapa utrymme för delaktighet, engagemang och utveckling vilket brukar definieras som en ledarroll. När dessa två delar kopplas till den för landstinget gemensamma värdegrunden kan det ses som en definition av chefskapet i Jämtlands läns landsting. En scanning av chefs- och ledarskapslitteraturen indikerar att synen på vad en chefs- och ledarroll i JLL innebär ligger väl i linje med gängse definitioner.

2.3 Organisatoriska förändringar i landstinget

Under 2012 genomfördes en ny förvaltningsorganisation och samtidigt en ny stabsorganisation. Sjukvården samlades i fem centrum, vart och ett med en centrumchef. Därigenom skapades ett nytt chefsled och en mindre ledningsgrupp. Ekonomer och vårdutvecklare ingår numera i centrumledningen. Ekonomerna är underställda ekonomichefen och vårdutvecklarna en centrumchef.

De personalkonsulter som dithittills tillhört respektive verksamhetsområde samlades i en gemensam personalstab. Den är indelad i tre team: Arbetsmiljö och hälsa, Lönebildning samt Kompetensförsörjning. Varje centrum har en kontaktperson i form av en personalkonsult. En personalkonsult ingår i centrumens ledningsgrupper och samverkanskommittéer och vid behov deltar andra personalspecialister under "sina" punkter.

För att öka tillgängligheten har en helpdesk och en funktionsbrevlåda till personalstaben skapats.

2.4 Uppdragets genomförande

Granskningen har utförts genom dokumentstudier, 24 intervjuer med chefer på olika nivåer från tre utvalda centrum, ordföranden i personalpolitiska utskottet, med bitr. landstingsdirektören och personalstaben. De centrum som valts ut är Opererande specialiteter, Primärvård samt Barn/Kvinna och Psykiatri.

En enkätundersökning har ställts till samtliga chefer i landstinget. Enkäten skickades till 145 personer, varav 104 personer har besvarat den. Sex personer som inte besvarat enkäten var inte chefer vid tidpunkten för utskicket och skulle således inte delta i enkäten. Underlaget blir därmed 139 personer och svarsfrekvensen 75 procent.

¹ Ledarförsörjningsprocessen LS/594/2007, version 1.0, Krav på kunskaper och färdigheter för chefer/ledare

Substansgranskning utförs för att i erforderlig omfattning verifiera gjorda utsagor samt att system och rutiner fungerar på avsett sätt.

Ansvariga projektledare är revisionsdirektör Majvor Engström tillsammans Jan-Olov Undvall, båda certifierade kommunala revisorer i landstingets revisionskontor. Granskningen har genomförts av Dag Boman, uppdragsledare, Carin Magnusson, specialist och kvalitetsansvarig, Pia Lidwall, specialist, samt Mari Månsson, specialist och koordinator. Projektet har genomförts i nära samråd med uppdragsgivarens ovan nämnda projektledare.

Tjänstemän inom berörda verksamheter har fått möjlighet att faktagranska texter om iakttagelser i rapporten.

Arbetet med granskningen har bedrivits under perioden februari till maj 2013.

3 Granskningens frågeställningar

3.1 Uppdragsbeskrivningar och styrdokument för chefsuppdraget

Den revisionsfråga som behandlas i detta avsnitt är: *Får cheferna en tillfredsställande styrning av sitt chefsuppdrag i form av uppdragsbeskrivningar, styrdokument etc?*

3.1.1 Iakttagelser om uppdragsbeskrivningar och styrdokument

3.1.1.1 Centrala styrdokument

Det finns ett flertal uppdragsbeskrivningar och styrdokument som behandlar kraven på chefer/ledare i landstinget. De mest centrala är:

- Landstingsplan 2012 samt reviderad Landstingsplan 2013
- Personalpolitisk policy, LS/685/2010
- Landstingsdirektörens verksamhetsplan 2013, Dnr 1326/2012
- Landstingsdirektörens befogenhetsplan, LS/341/2010
- Landstingsdirektörens delegationsbestämmelser, LS/341/2010
- Reviderade delegationsbestämmelser, LS/1855/2011
 - Krav på kunskap och färdigheter för chefer/ledare, LS/594/2007

I den reviderade *Landstingsplanen*² anges att ett tydligt ledarskap är en av framgångsfaktorerna för att nå det övergripande målet "Hälsofrämjande arbetsmiljö". Befogenheter och ansvar ska följas åt och vara tydliga på alla nivåer och präglas av grundläggande värderingar. Vidare ska landstingets chefer vara tydliga representanter för arbetsgivaren samt goda ledare som tar ansvar både för sin egen verksamhet och för landstinget som helhet. Ledarskapets huvuduppgift är att stödja medarbetaren som resurs för att uppnå verksamhetens mål.

I *landstingsdirektörens verksamhetsplan 2013* redovisas övergripande verksamhetsprioritering utifrån landstingsplanen när det gäller områdena patient, medarbetare, samhälle och verksamhetsresultat. I målområde "Medarbetare/Hälsofrämjande arbetsmiljö och utveckling genom lärande och förnyelse" är *ledarskap* ett fokusområde. Till det

² Reviderad Landstingsplan 2013, Sidan 24

kopplas en aktivitet: *Utveckla former för att stärka ledarskapet i personalstrategiska frågor.*

I den *Personalpolitiska policyn*³ står bl a att chefen ska:

- *tydliggöra verksamhetens mål och vad som förväntas av medarbetarna för att förverkliga målen*
- *skapa förutsättningar för delaktighet, trygghet och öppenhet både i det dagliga arbetet och i förändringar*
- *skapa engagemang för landstingets uppgift, utveckling och resultat*
- *tillvara ta medarbetarnas kompetens, stimulera till nytänkande och utveckling*
- *värdesätta och ta tillvara olikheter bland medarbetarna*
- *ta ansvar för verksamhet, kvalitet, personal och ekonomi inom sin enhet*
- *vara öppen för att åta sig en annan roll och andra arbetsuppgifter inom organisationen och ha rätt till stöd för detta*
- *vara öppen för att åta sig en ändrad roll och andra arbetsuppgifter för ett väl fungerande chefs- och ledarskap genom att tydliggöra uppdrag, ansvar och befogenheter.*

I chefsansvaret ingår vidare att ha kunskaper och färdigheter om:

- *Ledning/Styrning/Uppföljning:* den politiska organisationen, tjänstemannaorganisationen, ansvar och befogenheter, landstingsplanen, chefsuppdraget, verksamhetsplanering samt JLLs modell för ledning/styrning och uppföljning inklusive övriga ledningssystem
- *Personal:* arbetsrätt, arbetsmiljö, rekryteringsprocessen, regler för bemanning samt Palett
- *Verksamhetsutveckling:* processutveckling, omvärldsbevakning, avvikelshantering, verksamhetsuppföljningsverktyg och FoU.

*Befogenhetsplanen*⁴ anger den lägsta nivå som beslut får fattas på. Det gäller olika typer av beslut inom ekonomi; lokaler, lägenheter och parkeringsplatser; personalpolitik och övriga personalärenden.

*Delegationsbestämmelserna*⁵ reglerar vilka befattningshavare som uppdras att fatta beslut i vissa ärenden rörande finansiering och placering mm; fastigheter; personalpolitik; utdelning från stiftelser; yttranden samt övrigt.

3.1.1.2 Vad tycker cheferna?

Relativt enhetlig bild om vilka dokument som är viktiga

Av den genomförda enkäten⁶ framgår att svarsbilden är tämligen likartad för centrumchefer, områdeschefer och enhetschefer beträffande vilka dokument och policys som är *mest centrala* för dem. Dessa dokument är

- *Hälso- och sjukvårdslagen,*
- *Landstingsplanen,*

³ Landstingsstyrelsen: Personalpolitisk policy LS/685/2010, version 4, 2010-06-02, sidan 7

⁴ Landstingsdirektörens befogenhetsplan, version 5, 2012-09-27

⁵ Landstingsdirektörens delegationsbestämmelser, version 4, 2012-06-19

⁶ Enkätresultatet har analyserats på två ledder. Redovisningen görs både genom uppdelning mellan primärvård och sjukhusvård och genom uppdelning mellan centrumchefer och områdeschefer å ena sidan och enhetschefer å andra sidan.

- Uppdragen till centrumen från landstingsdirektören,
- Centrumens verksamhetsplaner,
- Personalpolitiska policyn.

Chefer inom sjukhusvården och primärvården har en samsyn om att *Hälso- och sjukvårdslagen* är den viktigaste utgångspunkten i arbetet. Därutöver har de delvis olika uppfattning. Inom sjukhusvården framhålls *Uppdrag till centrumen från landstingsdirektören* följt av *Landstingsplanen* och *Centrumens verksamhetsplaner*. Cheferna i primärvården lyfter å sin sida fram den *Personalpolitiska policyn* och *Landstingsplanen*.

De dokument och policys som *underlättar chefskapet* är främst Hälso- och sjukvårdslagen, Centrumens verksamhetsplaner och den personalpolitiska policyn.

Mängden dokument ett problem för cheferna

Intervjupersonerna betonar att det är en stor spännvidd av styrdokument som reglerar chefskapet. Ett flertal har synpunkter att mängden styrande dokument är för stort. De menar också att dokumenten är svåra att hitta samt att det är svårt att veta vilka dokument som gäller eftersom de ofta ändras. Det beskrivs som "en djungel." Osäkerheten gör det svårt att använda dem till det de är avsedda för, nämligen styrning och uppföljning.

Ansvar och befogenheter

Synen på resultatkraven kopplat till ansvar och befogenheter skiljer sig åt mellan chefer på olika nivåer. Från centrumchefsnivån sägs att både ansvaret och befogenheterna är stora och att det är få frågor som landstingets chefer inte får besluta om. Områdescheferna delar endast delvis denna syn. De menar att ansvaret är omfattande men inte alltid går hand i hand med befogenheterna. De anser även att befogenheterna har tenderat att variera över tid.

Bland enhetscheferna skiftar synpunkterna om ansvar och befogenheter. Vissa menar att de följs åt på ett rimligt sätt. Andra säger att det råder *kraftig obalans* mellan ansvar och befogenheter. Citat: "JLL har svårt att prioritera frågor. Man jobbar inte klart med något. Allt ska vara klart samtidigt".

Implementering av *strategiska frågor och utvecklingsfrågor* anses inte fungera väl i linjeorganisationen. Samma gäller för lokala problem som *rekryteringssvårigheter, kompetensbrist, ekonomisk obalans, personalfrågor och information uppåt*. Svarsbilden är delvis likartad för hela chefsgruppen.

3.1.2 Bedömning och slutsatser om uppdragsbeskrivningar och styrdokument

Vår övergripande bedömning är att krav och ansvar på chefsuppdraget återkommer i ett flertal styrdokument och följer en tydlig linje som rymmer ett chefskap såväl som ett ledarskap.

Kraven är emellertid många, omfattande och av olika art; alltifrån budgethållning till att främja tvärprofessionellt samarbete eller planera in tid för reflektion. Ingenstans framkommer någon prioritering mellan uppdragets olika delar. Det är svårt att hitta rätt på dokumenten - både att känna till vilka som finns och veta om de fortfarande är aktuella. Vi ser en risk att de inte används som avsetts och därmed förlorar i värde när det gäller styrning av verksamheten.

Det finns olika uppfattningar om huruvida krav, ansvar och befogenheter är balanserade eller inte. När chefer, framförallt enhetschefer, påtalar att ansvaret är större än befogenheterna så är det en indikation på att chefsuppdraget är svårt att genomföra. Det

kan vara en faktor som bidrar till den 10 procentiga omsättningen bland landstingets chefer. I mallen för chefsuppdraget specificeras, som redan nämnts, chefernas ansvarsområden. Däremot saknas i mallen skrivningar om hur de chefsuppgifterna ska prioriteras i förhållande till givna resurser.

Enkätsvaren pekar på att Hälso- och sjukvårdslagen bedöms vara det viktigaste styrdokumentet. Det kan enligt vår bedömning ses som en bekräftelse på ett djupt engagemang bland cheferna för landstingets mål och verksamhet.

Våra bedömningar i sammanfattning är att:

- Krav och ansvar för chefsrollen är väl beskriven i de olika styrdokumenterna. Till sammans kan de i stort sägas utgöra en helhet som är möjlig att förstå.
- Däremot är antalet dokument och mängden krav på chefsrollen så omfattande att den avsedda styrande effekten riskerar att gå förlorad. Inte heller ges någon vägledning om vilka skyldigheter i chefskapet som ska prioriteras. Det saknas också lättillgängliga former för stöd när den enskilda chefen står inför prioritering och genomförande av det direkta chefskapet.
- För att få grepp om helheten av krav och ansvar bör det stora antalet dokument struktureras så att chefer i den praktiska, dagliga verksamheten lätt kan hitta vad som behövs.
- Om det är så att styrdokumenterna ofta ändras kan det vara på sin plats att analysera hur de kan göras *hållbara* över längre tidshorisonter.

3.2 Befogenheter, stöd mm till cheferna

Den revisionsfråga som behandlas i detta avsnitt är: *Ges cheferna förutsättningar för att kunna fungera i sin chefsroll på ett tillfredsställande sätt i form av tillräckliga befogenheter, hanterbar organisation, kompetensutveckling, administrativt stöd etc?*

3.2.1 Iakttagelser om befogenheter mm

3.2.1.1 Styrande dokument

Ett dokument om *ledarförsörjning*⁷ från 2008 ger vägledning om hur möjligheterna att bedriva ett chefskap kan förbättras. De kritiska framgångsfaktorer i chefskapet som identifierats i landstinget är tydliga uppdrag, tydlig chefsroll, fungerande chefsutveckling, kompetensutveckling samt att vara en attraktiv arbetsgivare. Målet är att skapa en leda-försörjningsprocess som möjliggör för landstingets chefer:

- att ta ansvar för både sin egen verksamhet och landstinget som helhet
- att ta ansvar för den egna verksamhetens resultat och uppdrag
- att tydligt utöva sin arbetsgivarroll
- att utöva ett hälsofrämjande ledarskap

Åtgärder för möjliggöra detta är chefsintroduktionsprogram med tillhörande checklistor, administrativt stöd och olika typer av kompetensutveckling. Alla chefer ska ha ett tidsbegränsat förordnande. Enligt leda-försörjningsdokumentet ska även ett chefsaspirantprogram tillskapas.

⁷ Verksamhetsplan Ledarförsörjningsprocessen, LS/595/2007, version 2, 2008-01-08

Ytterligare styrdokument som behandlar chefers förutsättningar att fungera tillfredsställande är *Personalpolitiska policyn* samt bilagor inom *Ledarförsörjningsprocessen*. Dit hör även *Chefsaspirantutbildning*, *Chefsintroduktion inom landstinget* med tillhörande rutin för introduktionen, *Ny som chef*, *Kunskapstorg*, *Krav på kunskap och färdigheter för chefer/ledare*. Chefsintroduktionen är uppbyggd på olika moduler där varje moment, när det är avklarat, skall signeras av den nya chefen och närmast överordnad chef.

Chefsuppdraget

Landstingets chefer och respektive centrumchef ska årligen underteckna ett skriftligt avtal om chefsuppdraget med specificerade fokusområden och aktiviteter. Mall⁸ för uppdragsbeskrivningen finns. Nedan presenteras några exempel i en uppdragsbeskrivning med sammanlagt 19 uppdrag för en chef på områdesnivå inför 2013:

- *Andel remisser skickade inom 3 dagar skall uppgå till 95 procent*
- *Utveckla handlingsplan för eHälsa*
- *Andel sjukfrånvaro i förhållande till arbetad tid, skillnad i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män (<5 procent, kvinnors värde ska närma sig männens)*
- *Nyttjande av inhyrd personal skall minska med 50 procent jämfört med året innan*
- *Genomföra aktiviteter utifrån framtagna handlingsplaner avseende medarbetarenkäten*
- *Bidra till att utveckla landstingets medverkan i sociala medier*
- *Medverka i framtagande av en långsiktig handlingsplan för landstingets miljöarbete*
- *Förbättra styrning och uppföljning i syfte att få en ekonomi i balans.*

Det optimala antalet anställda i landstinget rekommenderas vara 25-35 medarbetare per heltidschef⁹. Genom detta är avsikten att ge rimliga förutsättningar för att klara ett fungerande och föredömligt ledarskap. I en rapport¹⁰ från Socialstyrelsen har beräkningar gjorts av tidsåtgången för normalt förekommande chefsuppgifter kopplat till kontrollspannets storlek. Den visar att med 45 medarbetare måste en chef arbeta mer än 2 350 timmar per år.

3.2.1.2 Vad tycker cheferna

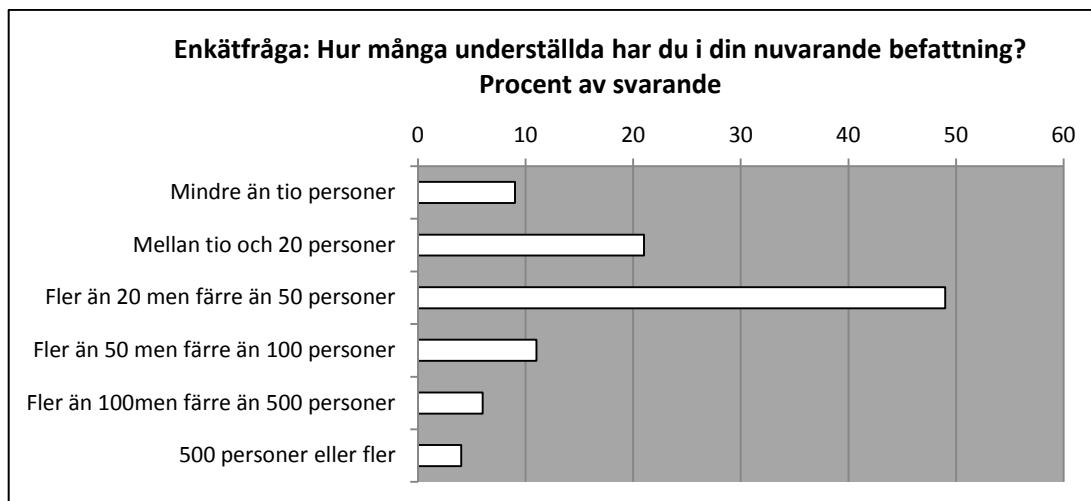
I enkäten till samtliga chefer framgår att hälften av cheferna har spannen mellan 20 och 50 personer och 10 procent har mellan 50 och 100 underställda. Störst skillnader i *det direkta antalet* medarbetare per chef har enhetscheferna och minst har centrumcheferna. Se vidare nedanstående diagram¹¹.

⁸ Ledarförsörjningsprocessen LS/594/2007. Mall chefsuppdrag, version 1.0 2007-09-04

⁹ Landstingsstyrelsen: Personalpolitisk policy LS/685/2010, version 4, 2010-06-02

¹⁰ Socialstyrelsen, Hur många direkt underställda kan en chef ha? 2003

¹¹ Diagrammet omfattar alla svarande. Se även Bilaga 2 diagram 1.4 för ytterligare information.



Ökat stöd bland medarbetarna för närmaste chef

Av medarbetarenkäten framgår att förtroendet för närmsta chef ökat från 69 procent till 72 procent mellan åren 2010 till 2012. Medarbetarna uppskattar 2012 mest (69 procent och däröver) att cheferna är mottagliga för nya idéer, att utvecklingssamtalen genomförs på ett bra sätt, att det sker ett aktivt arbete för ickediskriminering, att cheferna ger stöd och hjälp, att kompetensen tas tillvara samt att cheferna lämnar tillräcklig information.

Enligt medarbetarna fungerar faktorer såsom konflikthantering, att ge feedback och att sätta upp tydliga mål något sämre. Dessa får ett omdöme på mellan 56 och 63 procent av medarbetarna.

Olika uppfattningar om den nya centrumorganisationen

På frågan om vilka skillnader intervjupersonerna upplevt med den nya centrumorganisationen så menar ett flertal att de inte märkt några egentliga skillnader. Några pekar på att informationen silas genom ytterligare ett led och att samverkan med de fackliga organisationerna lyfts längre bort från enheterna genom att äga rum på centrumnivå.

Resultatet i enkäten motsäger dock intervjupersonernas uppfattning genom att 72 procent av cheferna inom sjukhusvården har noterat skillnader i och med den nya organisationen. Inom primärvården är det endast en svarande (6 procent) procent som menar att hon eller han har märkt någon skillnad. Detta kan ha en naturlig förklaring i att primärvården egentligen inte påverkades av förändringen.

I enkätkommentarerna¹² anges till exempel att:

- *Det har blivit krångligare att rekrytera.*
- *Insynen i den högsta ledningen minskat.*
- *Det administrativa trycket ökat och befogenheterna minskat.*
- *Det blivit sämre information från staberna och ökad otydlighet om vad som ingår i uppdraget.*

Samtidigt lyfts fram att:

- *Fler enheter gör lika nu.*
- *Det har blivit mer hanterbar och funktionell ledningsstruktur.*

¹² För ytterligare kommentarer se Bilaga 2, Fråga 4.4.

Från centrumcheferns horisont framgår att den nya organisationen har tydligare fokus på strategiskt arbete. Verksamheten är nu mer samlad än tidigare och därmed är det lättare att upprätthålla en enhetlig linje i hela organisationen. Centrumchefer poängte- rar också vikten av att värna en nära kontakt med linjeorganisationen.

Cheferna upplever brist på stöd

Ett flertal intervjupersoner menar att det administrativa arbetet ökat avsevärt. Som orsaker nämns bland annat personalstabens nya organisation, den stora mängden ruti- ner som ska följas, de tungrodda administrativa systemen (särskilt nämns Heroma) samt bristen på administrativa resurser.

Citat som illustrerar detta är följande:

- *"Man fastnar i administration".*
- *"Lönesättningen tar hutlöst mycket tid för litet utfall".*
- *Verktygen går inte att använda till verksamhetsutveckling".*
- *"Även om det är bra stöd av ekonomen, så går det inte att få ut rätt data. Vid ekono- miska analyser får man plocka ut all data för hand".*
- *"Stämpelklockan - för att kontrollera att varje medarbetare får rätt lön - tar mycket tid".*
"Det dimper ner uppdrag som vi ska besvara med kort varsel och som rycker undan planeringen".
- *"Vi skulle behöva assistenter så att vi hinner vara chefer".*

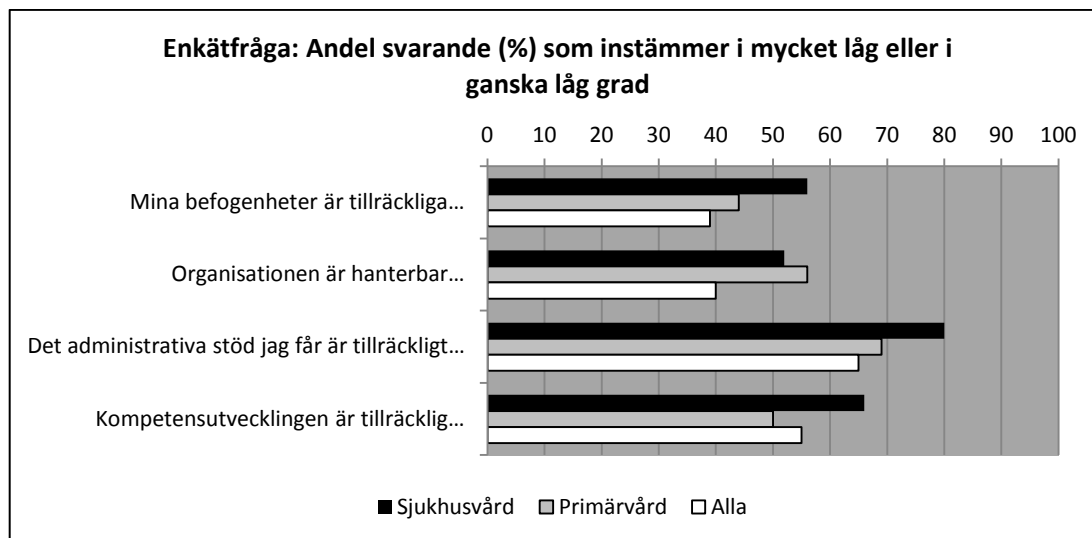
Intervjuade chefer uppger att de saknar det stöd de tidigare hade när personalkonsul- ter var destinerade till verksamheten. Det var smidigt att få hjälp och det underlättade vardagen. Det har blivit svårare att få kontakt med personalkonsulterna efter omorga- nisationen samtidigt som kraven ökat och rutiner blivit krångligare. Denna bild åter- kommer i enkäten. Två av tre centrum-, områdes- och enhetschefer menar att de inte får ett tillräckligt administrativt stöd. Mer än hälften anser att de inte får tillräcklig kompetensutveckling.

Cheferna har även särskilda uppdrag eller uppgifter utöver det omedelbara chefsupp- draget. Mycket tid åtgår till möten och arenor, bl a för "externa frågor". Sammantaget gör arbetssituationen att det är svårt att hinna med långsiktig verksamhetsutveckling, t ex om framtidens sjukvård.

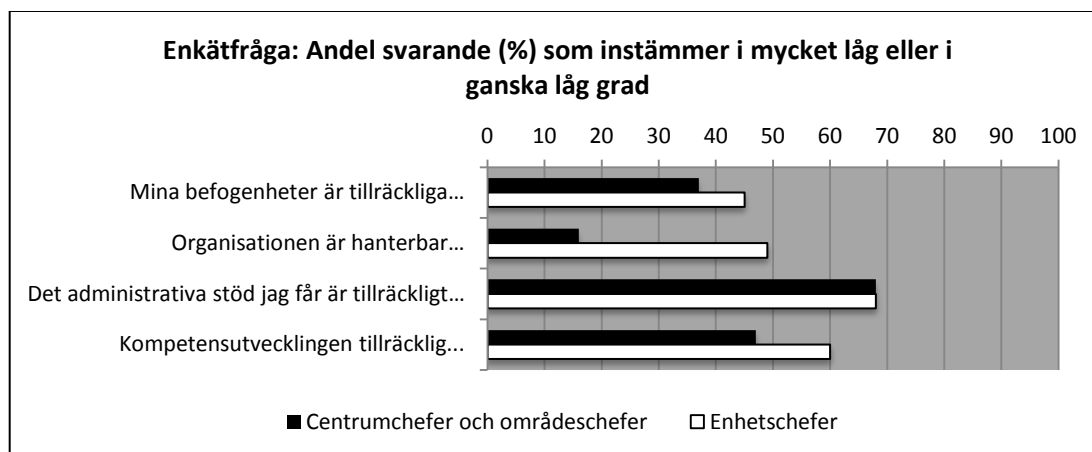
En särskild komplikation är att landstingets dåliga ekonomi som lägger sordin på såda- na arbetsuppgifter som ligger utöver det omedelbara operativa arbetet. Ett flertal in- tervjuade chefer på enhetsnivå tycker sig sakna befogenheter och resurser att utföra sitt chefsuppdrag på ett bra sätt. En gemensam upplevelse hos cheferna är ständig tids- brist.

Det finns också en upplevelse av bristande tillit till och respekt för chefsyrket. Denna brist på tillit kommer från både den politiska nivån och medarbetare.

Enligt enkäten är befogenheterna tillräckliga och på en lagom nivå för 44 procent av chefer inom sjukhusvården och 56 procent inom primärvården. Det innebär att *cirka hälften* av cheferna inte håller med eller inte vet. En likartad svarsbild gäller om organi- sationen är hanterbar utifrån chefsrollen (se nedanstående diagram). Bland cheferna i sjukhusvården är det färre än hälften som anser att organisationen är hanterbar.



När enkätresultatet analyseras utifrån *chefs nivå* märks tydliga skillnader mellan centrum- och områdeschefernas och enhetschefernas uppfattningar. Enhetscheferna tycker i mindre utsträckning än centrum- och områdescheferna att befogenheterna och kompetensutvecklingen är tillräckliga. Skillnaderna mellan chefsnivåerna är störst avseende frågan om organisationen är hanterbar utifrån den egna chefsrollen. Däremot enas cheferna på dessa nivåer i sin syn på det administrativa stöd de får som chefer. Nära 70 procent anser att det inte är tillräckligt (se nedanstående diagram).



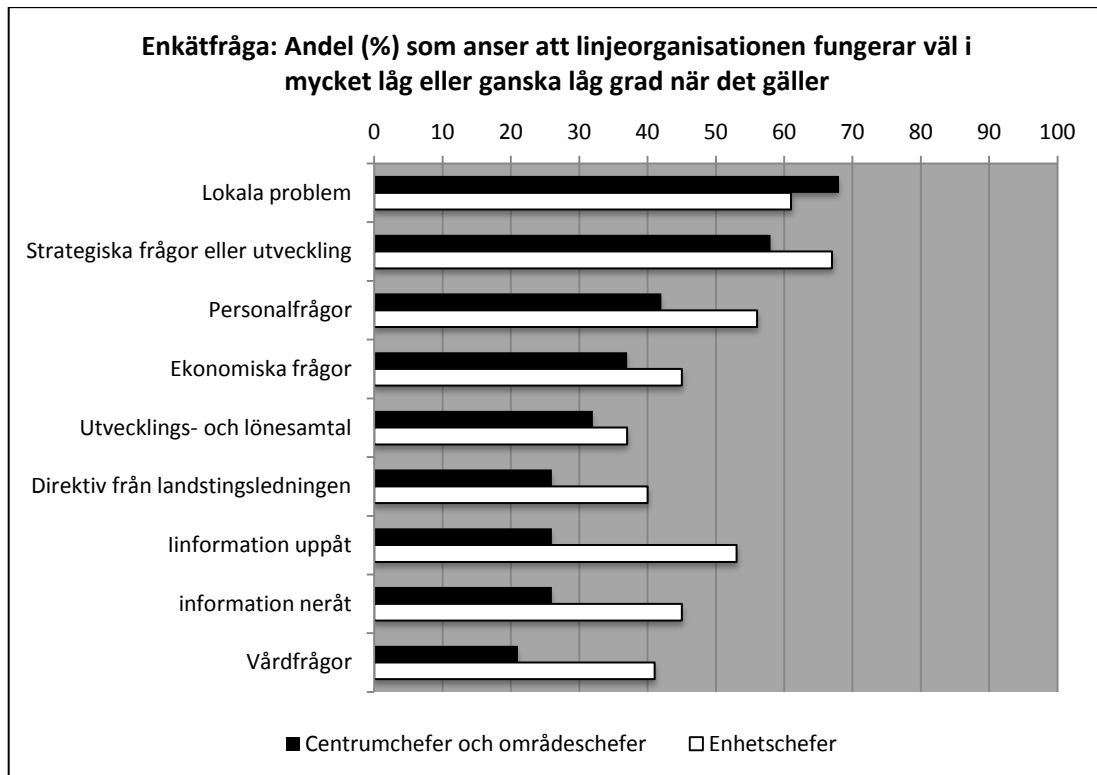
Av enkäten framgår vidare att *mer än hälften* anser att linjeorganisationen fungerar väl när det gäller

- *vårdfrågor*
- *utvecklings- och lönesamtal*
- *direktiv från landstingsledningen*
- *informationen uppåt och neråt*
- *ekonomiska frågor*

Mindre väl fungerar:

- *lokala problem som rekryteringssvårigheter, kompetensbrist eller ekonomisk obalans*
- *implementering av strategiska frågor*
- *personalfrågor*

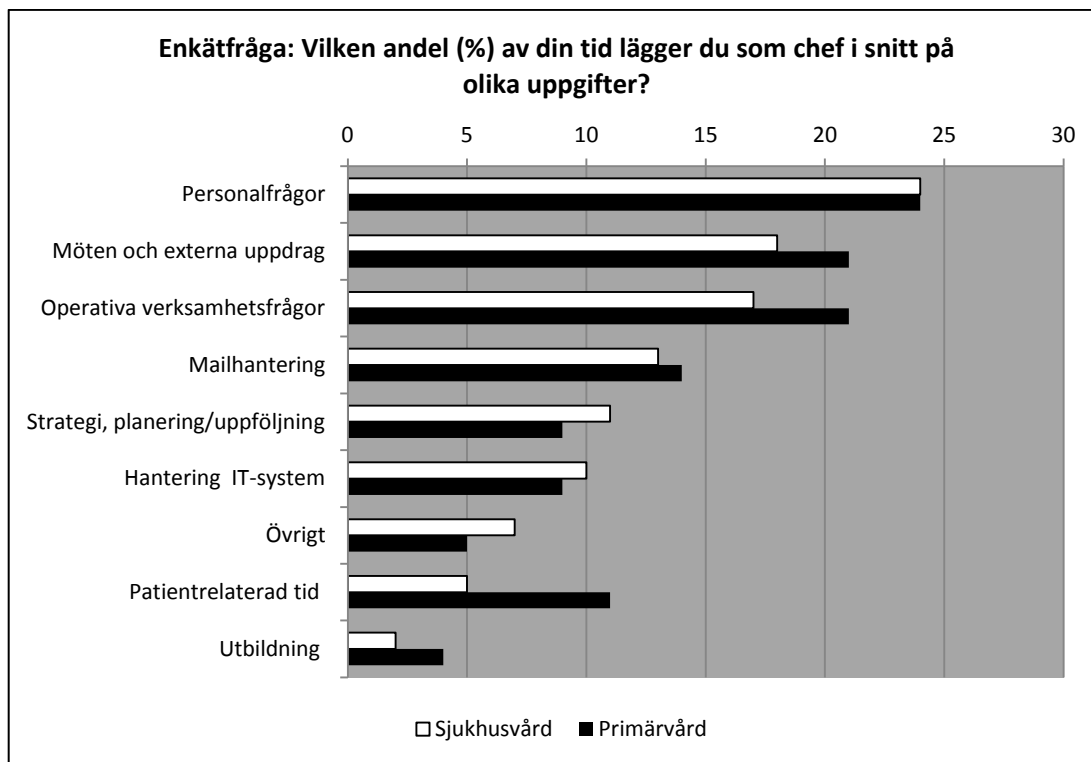
Enhetscheferna är mindre nöjda än centrum- och områdescheferna på ett flertal av dessa punkter. Se nedanstående diagram.



Fördelning av tid på olika arbetsuppgifter

På frågan om hur cheferna använder sin tid svarar centrumchefer och områdeschefer att de framförallt lägger tid på möten och externa uppdrag (23 procent), operativa verksamhetsfrågor (19 procent) och operativa personalfrågor, till exempel rekrytering, konflikter, medarbetarsamtal (16 procent). Enhetschefer använder mest tid till operativa personalfrågor (23 procent), operativa verksamhetsfrågor (18 procent) samt till möten och externa uppdrag (17 procent).

Värt att notera är att hantering av mail och IT-system upptar cirka 23 procent av sjukhusvårdens och primärvårdens chefer tid. Det motsvarar drygt två timmar per dag (se nedanstående diagram).



3.2.2 Bedömning och slutsatser om befogenheter mm

Landstinget har gjort en stor satsning i sitt Ledarförsörjningsprogram (2008) för att förbättra möjligheterna till ett gott chefskap. Så vitt vi kan bedöma har programmet genomförts. Det är uppbyggt kring aktiviteter och där så är tillämpligt signerar chef och överordnad chef att olika moment genomförts. Årligen undertecknar varje chef och centrumchef ett specificerat uppdrag som består av de krav som ska genomföras nästkommande år. Vår bedömning är att satsningen både är väl genomtänkt och väl genomarbetad.

Vår bedömning är dock att chefernas arbetssituation i flera avseenden inte är tillfredsställande. Det gäller arbetsinnehållet med en för stor andel administrativa uppgifter på bekostnad av tid för personalen, utveckling och strategiskt- och framtidsinriktat arbete. Det gäller också upplevelsen av brist på stabsstöd och tekniska stödsystem som inte är användarvänliga. En första förutsättning för en¹³ effektiv ledning är en *adekvat relation mellan organisationens övergripande uppgift och dess administrativa struktur*. Uppgiften måste vara meningsfull och genomförbar med de resurser som står till buds.

I enkäten synliggörs att det finns skillnader mellan chefsnivåerna när det gäller upplevelsen av befogenheter och om organisationen är rimlig. Enhetscheferna svarar i högre utsträckning att befogenheterna inte är tillräckliga och organisationen inte hanterbar.

Kommentarerna i enkäten visar även att det som cheferna anser vara de viktigaste uppgifterna i chefskapet i flera fall inte överensstämmer med de uppgifter som cheferna uppgett att de faktiskt utför (se ovanstående diagram).

Drygt 70 procent av chefer inom sjukhusvården svarade i enkäten att de anser sig ha upplevt skillnader efter den nya organisationen i form av ökad administration, ökade

¹³ Ingela Thylefors, Ledarskap i human service organisationer, Natur & Kultur 2007/Otto Kernberg 1980.

svårigheter att rekrytera mm. För centrumchefer har den nya organisationen medfört en ökad tydlighet i det strategiska uppdraget.

Många har påpekat att stödet från personalstaben minskat. Innan definitiva slutsatser an denna förändring kan dras av detta bör en utvärdering göras, för att säkra att det inte rör sig om inkörningsproblem för den nya organisationen.

Det framkommer att det finns ett en upplevelse av bristande tillit i landstinget som påverkar chefers trivsel. Även detta bör analyseras vidare. Om det visar sig vara en omfattande problematik kan man anta att det finns ett grundläggande misstroende i verksamhetskulturen, något som kan ge negativa effekter på trivsel, personalomsättning, effektivitet och måluppfyllelse och som i så fall är angeläget att arbeta med att förändra.

Ett antal chefer, både enhetschefer och områdeschefer har ett större antal medarbetare än vad som föreslagits vara rimligt i den Personalpolitiska policyn. Det är särskilt påfrestande för första linjens chefer som har *direkt ansvar* för alla sina medarbetare. Mot bakgrund av socialstyrelsens rapport finns anledning att särskilt undersöka konsekvenserna av detta. En del chefer jagas av ständig tidsbrist. Det som blir gjort är det som mest pockar på både uppifrån och underifrån och som tenderar styra sig själv. Drygt 60 procent svarade dock i enkäten att befogenheterna är tillräckliga och medarbetarenkäten visar att många är nöjda med cheferna.

Våra bedömningar i sammanfattning är att:

- Chefernas arbetssituation är i flera avseenden inte är tillfredställande. Det gäller arbetsinnehållet med en för stor andel administrativa uppgifter på bekostnad av tid för personalen, utvecklings- och framtidsinriktat arbete. Det gäller också upplevelsen av brist på stabsstöd och tekniska stödsystem som inte är användarvänliga
- Landstinget gjort en stor satsning för att förbättra möjligheterna till ett gott chefskap. Det har framkommit att chefer, särskilt *enhetschefer*, i stor utsträckning saknar stöd. Om dokumenten koncentreras och kopplas till prioriteringar och stöd kan de bli ett värdefullt verktyg i styrningen.
- Det finns en frustration hos många chefer över att inte hinna vara en god ledare för sin personal i tillräcklig omfattning.
- Vissa brister även finns i förhållandet mellan ansvar och befogenheter, storleken på chefsspannet, tid för utvecklingsfrågor och långsiktig planering samt kompetensutveckling.

3.3 Erfarenheter från avgående chef vid chefsbyten

Revisionsfrågan som behandlas i detta avsnitt är: *Tillvaratas erfarenheter från avgående chef vid chefsbyten?*

3.3.1 Iakttagelser om erfarenheter från avgående chef

3.3.1.1 Styrande dokument

Frågor som rör chefsväxling¹⁴ - och i förlängningen om tidigare erfarenheter tas tillvara - redovisas i Verksamhetsplanen, Ledarförsörjningsprocessen och Checklista chefsväxlingsprocess¹⁵.

Samtliga chefsförordnanden är tidsbegränsade. Årligen ska ett utvecklingssamtal äga rum och oftare vid behov. I god tid, cirka ett halvt år uppdraget upphör, ska över- och underordnad chef ha ett samtal som resulterar i att uppdraget antingen avslutas eller förlängs.

I dokumenten anges vidare att överordnad chef i direkt anslutning till att ett chefsförordnande har upphört ska genomföra ett avslutningssamtal. Syftet är att ta vara på och lära av de synpunkter och erfarenheter som framkommer. Samtalet ska dokumenteras och dokumentationen förvaras hos överordnad chef. Svaren avses komma till nytta vid den kontinuerliga verksamhetsuppföljningen och planeringen.

Behov av åtgärder formuleras i enhetens/centrumets arbetsmiljöplan. Vidare ska en sammanställning av genomförda avslutningssamtal redovisas till centrumen till sista november varje år. Redovisning och diskussion om eventuella åtgärder görs i centrumledning och centrumkommitté. Motsvarande sker på landstingsnivå.

Om chefsförordnandet avbrutits på grund av förtroendebrist kan samtalet delegeras till personalhandläggare. Det finns en färdigställd mall på Insidan för dessa samtal.

3.3.1.2 Vad tycker cheferna?

Tillämpning i praktiken

I enkäten utläses att knappt hälften av respondenterna anser att avgående chefers erfarenheter tas tillvara. Var fjärde svarar att de inte vet. Kommentarer i enkäten ger vid handen att flera ändå haft kort eller lång överlämning, upp till två veckor, med avgående chef i samband med att de tillträtt sin nya befattning. Däremot har det inte alltid varit genomförbart eftersom det kan uppstå ett tidsmässigt gap mellan avgående och tillträdande chefer. Flera anser att avgående chefers erfarenhet kunde tas tillvara exempelvis som mentor.

I enkäten framgår att ungefär hälften av respondenterna inte anser att erfarenheter från avgående chef behöver tas tillvara vid chefsbyten. Några menar att de vill starta sitt nya uppdrag utan att alltför mycket förförståelse om det som varit.

3.3.2 Bedömning och slutsatser om erfarenheter från avgående chef

Det finns rutiner såväl för att avslutningssamtal ska föras som hur de sedan ska tas omhand. Hos många av de chefer som besvarat enkäten är detta dock ingen angelägen fråga.

¹⁴ Verksamhetsplan Ledarförsörjningsprocessen LS/594/2007, version 2, 2008-01-18

¹⁵ Checklista chefsväxlingsprocess, Version1, Bilaga 12a

Vår bedömning i sammanfattning är att:

- Det finns tillräckligt välfungerade rutiner för avslutningssamtal. Dessa samtal genomförs dock inte vid alla chefsavgångar. Cheferna ser inte alltid värdet av de erfarenheter som avgående chef kan förmedla. Om rutinerna ska få genomslag bland cheferna behövs en kommunikationsinsats om värdet med tillvaratagande av chefers erfarenheter

3.4 Uppföljning av chefsrollen

Revisionsfrågan som behandlas i detta avsnitt är: *Sker en systematisk uppföljning och utvärdering av chefsrollen och vidtas adekvata åtgärder med anledning av detta?*

3.4.1 Iakttagelser om uppföljning av chefsrollen

3.4.1.1 Styrande dokument

De dokument som berör uppföljning av chefsrollen är framförallt *Chefsaspirantutbildning, Introduktionsprogram, krav på kunskap och färdigheter, kollektivavtal angående tidsbegränsade avtal för chefer* samt *Checklistan för chefsväxlingsprocessen*. De syftar alla till att definiera rollen som chef så att något inte lämnas åt slumpen:

- *Utvärderings- och avslutningssamtal ska ske efter chefsaspirantutbildningen.*
- *Efter genomfört chefsintroduktionsprogram ska cheferna besvara en enkät om utbildningen.*
- *Uppföljningssamtal ska ske efter chefsväxlingsprocessen. Vid den processen görs även besök av överordnad chef på arbetsplatsen för att få synpunkter av medarbetarna om dennes chef.*

När det gäller vårduppdraget som cheferna är ålagda att genomföra sker uppföljning av detta enligt de krav som finns i verksamhetsplanen. Månatliga uppföljningar sker av kvalitets- och patientsäkerheten samt av ekonomin och tillgängligheten som följs upp veckovis av närmast överordnad chef.

3.4.1.2 Uppföljning från landstingsstyrelsens sida

Landstinget har ett personalpolitiskt utskott (PPU) som bereder ärenden till landstingsstyrelsen. Utskottet skall särskilt bevaka och följa upp områden inom den personalpolitiska policyn som:

- *Arbetsmiljö, arbetsorganisation och arbetstider.*
- *Jämställdhet- personal- och kompetensförsörjning.*
- *Lönepolitik.*
- *Chefs- och ledarskap.*

Tillblivelsen och utformningen av de policys och regler som ska ligga till grund för chefsrollen i landstinget är en central uppgift för PPU. Utskottet är dock inte operativt i enskilda chefspolitiska frågor. Det framgår vidare att i den styrmodell som tillämpas är utgångspunkten att det är landstingsdirektören som ansvarar för att de mål och policys som slagits fast ska tillämpas.

Från handlingar och protokoll går inte att utläsa att vare sig personalpolitiska utskottet eller landstingsstyrelsen på ett tydligt sätt beaktat de verkliga förhållandena för cheferna. I landstingsstyrelsens protokoll från 2012 berörs chefsfrågor i explicit följande

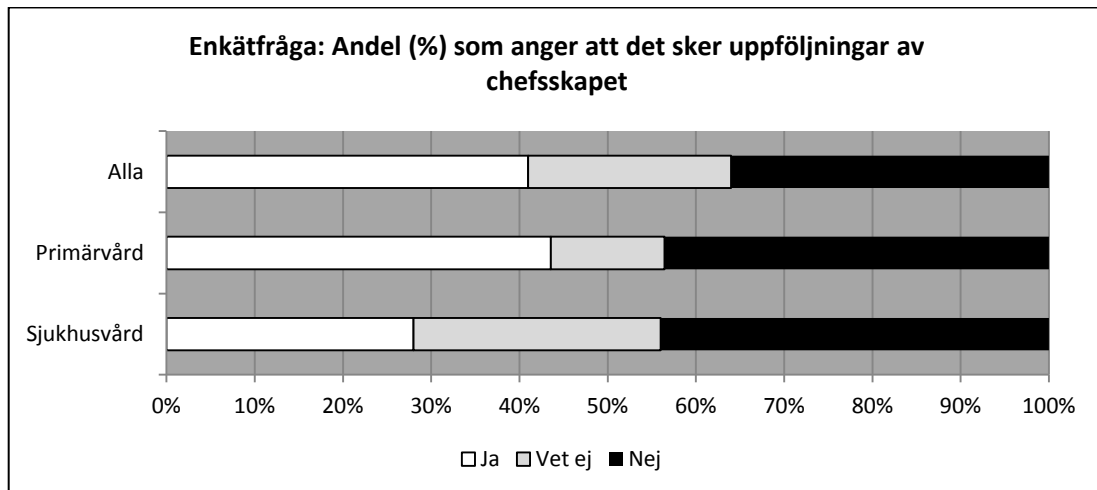
fall: motion om nytt chefsavtal, landstingsdirektörens rapport med anledning av att delar av landstingsledningen uttalat sig negativt i media om tjänstemannaledningen, information från personalpolitiska utskottet om chefslöneavtalet samt motion om frysning av chefers löner. Personalpolitiska utskottets protokoll från 2012 innehåller samma frågor som ovan exklusive negativt uttalande i media.

Av intervjuer framgår att PPU kontinuerligt följer läget inom organisationen genom bland annat föredragningar av tjänstemännen samt genom att ta del av personalenkäten. Av intervjuer framgår även att det finns en medvetenhet att organisationens chefer är pressade. Detta är ett resultat av landstingets trängda ekonomiska läge och neddragning av administrativa resurser.

Av de handlingar som studerats från utskottets sammanträden under det senaste året framgår att inga beslut eller initiativ tagits som direkt rör chefsrollens förutsättningar.

3.4.1.3 Vad tycker cheferna?

I enkäten anger 28 procent av chefer inom sjukhusvården och 44 procent från primärvården att det sker en *uppföljning av chefskapet*. Det sker vanligen i det årliga utvecklingssamtalet. Övriga svarar nej, eller vet ej på denna fråga (se nedanstående diagram).



På frågan om det förekommer någon *systematisk* uppföljning blir svarsbilden annorlunda. 58 procent av cheferna i *sjukhusvården* och 36 procent i *primärvården* bekräftar att så sker. Oftast tar chefs chef initiativ till mötet och över 70 procent tycker att samtalen är värdefulla. Däremot *vet inte* var fjärde chef inom sjukhusvården och 63 procent inom primärvården om det förekommer någon systematisk uppföljning eller inte.

När man studerar enkätsvaren utifrån *chefsrollerna* så fördelar sig svarsbilden på följande sätt. Att *det sker* uppföljning av chefsrollen bekräftas av 58 procent av centrum- och områdescheferna. Motsvarande för enhetscheferna är 39 procent. Ungefär var tredje chef tycker *inte* att det förekommer någon uppföljning av deras chefskap.

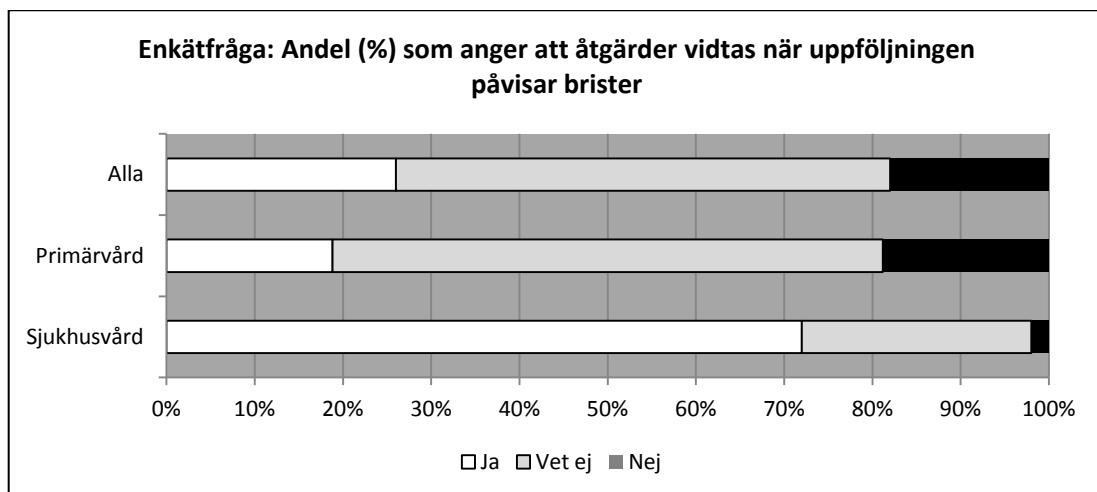
I enkäten finner vi vidare att de systematiska uppföljningarna och utvärderingarna av chefsrollen bedrivs i många olika former, exempelvis:

- i uppföljning av uppdraget och genom resultatet
- i genomgångar på ledningsmöten
- i Hälsovalskontorets uppföljning
- i kvartalsvisa uppföljningar av verksamheten och vid bokslutet

- på utvecklingssamtalet och lönesamtalet
- i medarbetarenkäten
- i måltavlorna
- i verksamhetsrapporter samt årsrapporter
- när förordnandet tar slut - då ska även besök av överordnad chef göras på arbetsplatsen för att få synpunkter av medarbetarna om dennes chef.

Många tycker att utvecklingssamtalet och medarbetarenkäten är viktiga instrument för uppföljningen. Endast fyra personer svarar att uppföljning är det viktigaste att hantera i sitt chefskap men samtidigt det svåraste att hinna med.

Så mycket som 72 procent av cheferna inom sjukhusvården anger att brister som härör ur chefskapet åtgärdas. Motsvarigheten inom primärvården är det endast 19 procent (se nedanstående diagram).



När uppföljningen visat på brister åtgärdas den i dubbelt så stor omfattning bland centrum- och områdeschefer jämfört med enhetschefer.

På frågan om cheferna *fått hjälp* i sitt chefskap när de så behövt anger drygt hälften av centrum- och områdescheferna och var tredje enhetschef "Ja, i ganska hög grad", vanligen av överordnad chef. 32% vänder sig till annan person, vanligtvis en kollega.

3.4.2 Bedömning och slutsatser om uppföljning av cheferna

Underlagen om uppföljning av chefskapet ger en otydlig bild. I landstinget finns många olika former för uppföljning men de är enligt vår bedömning inte är synkroniserade eller används på ett systematiskt sätt.

Vår bedömning i sammanfattning är att:

- Uppföljningen av chefsrollen är inte systematisk. Det avspeglas bland annat i att många inte känner till att uppföljning ingår i chefsuppdraget. Det märks också i att uppföljning av chefsrollen inte görs på ett enhetligt sätt. De som följs upp i minst utsträckning är enhetscheferna.
- Den uppföljning av cheferna som sker ur ett individuellt perspektiv, främst genom det årliga utvecklingssamtalet, fyller en viktig funktion för cheferna. Däremot sak-

nas en helhetsbild av förutsättningarna för chefskapet i organisationen. Det manifesteras bland annat i det faktum att endast var fjärde chef i organisationen har uppfattningen att uppmärksammade brister åtgärdas.

- Ur ett politiskt perspektiv har ansvaret för chefsrollen delegerats till landstingsdirektören. Vår bedömning är att det ansvar som åvilar landstingsstyrelsen utövas på ett otydligt sätt. Landstingsstyrelsens kontroll över området brister.

4 Övergripande revisionsfråga

I detta avsnitt behandlas den övergripande revisionsfrågan *huruvida landstingsstyrelsen har en tillfredställande styrning och kontroll av att det finns tillräckliga förutsättningar för ett ändamålsenligt ledarskap*.

I den reviderade *Landstingsplanen*¹⁶ anges att ett tydligt ledarskap är en av framgångsfaktorerna för att nå det övergripande målet "Hälsofrämjande arbetsmiljö". Befogenheter och ansvar ska följas åt och vara tydliga på alla nivåer och präglas av grundläggande värderingar. Vidare ska landstingets chefer vara tydliga representanter för arbetsgivaren samt goda ledare som tar ansvar både för sin egen verksamhet och för landstinget som helhet. Ledarskapets huvuduppgift är att stödja medarbetaren som resurs för att uppnå verksamhetens mål.

Våra iakttagelser är att landstinget formellt sett har en tydlig styrning av chefsrollen:

- Ansvaret och dess fördelning mellan de politiska organen och tjänstemannaorganisationen är tydlig
- Det finns styrdokument som täcker in flertalet aspekter på chefsrollen. Styrdokumentet är generellt uttömmande och tydliga. Bland annat definieras vilka uppgifter och förväntningar som ingår i chefsrollen på olika nivåer
- Det finns utformade system för chefsutbildning och chefsutveckling

Formellt sett är chefernas ansvar och befogenheter tydliga. Landstinget har däremot svårt att i praktiken realisera den tänkta styrningen av chefskapet. Uppföljning genomförs bland annat genom personalenkäter.

Det förekommer även flera avvikelser från de tänkta principerna. Några exempel är:

- Erfarenheter från tidigare chefer tas tillvara i begränsad omfattning och sker inte systematiskt.
- En betydande andel av cheferna har ansvar för fler än de 35 anställda som varit tänkt att vara ett tak.
- Många chefer saknar tid eller andra förutsättningar att arbeta med strategiska frågor och utveckling.

Vår bedömning är vidare att särskilt enhetscheferna har ett otillräckligt administrativt stöd. En betydande del av cheferna anser sig inte få den hjälp de behöver i sitt chefskap. Återkommande neddragningar av personal har medfört att det endast finns ett fåtal personer som kan erbjuda administrativ assistans i den dagliga verksamheten. Även den centrala staben har successivt reducerats, varför utvecklingsprojekt och initiativ av olika slag "ramlar rakt ner" på cheferna i första linjen.

¹⁶ Sidan 24

Många chefer uttrycker frustration över brist på tid och möjlighet att genomföra de utvecklingsuppgifter som de är ålagda. Två av fem chefer anser att deras befogenheter i mycket låg eller i ganska låg grad är tillräckliga. Vår bedömning är att befogenheterna inte är otydliga i sig utan att problemet är förutsättningarna inte är tillräckliga.

Den nya organisationen som infördes 2012 har vissa nackdelar. Dessa, som var förutsedda redan vid införandet, är sämre kommunikationsspridning uppåt och nedåt i organisationen. Detta märks mest inom sjukhuscentrumen. Primärvården har påverkats i begränsad omfattning vilket kan hänga samman med att själva förändringarna inte omfattat dem.

Uppföljningar sker i relativt stor omfattning. Trots detta är det endast cirka 40 procent av cheferna som uppfattar att det sker någon uppföljning. Vår bedömning är att den uppföljning som sker inte ger en samlad bild av förutsättningarna för ett gott chefskap. Den är inte systematisk och därför är inte heller åtgärdsrelevant.

Sammanfattande bedömning

Vi bedömer att nuvarande situation för en stor del av organisationens chefer inte är långsiktigt hållbar. Det är därför angeläget att landstingsstyrelsen och landstingsdirektör värderar vilka förändringar som kan skapa mer gynnsamma förutsättningarna för de personer som iklär chefsrollen på olika nivåer.

Vår sammanfattande bedömning är att landstingsstyrelsen har bristande kontroll för förutsättningarna för ett fungerande chefskap i organisationen och inte har sett till att det finns tillräckliga och långsiktiga förutsättningar för ett ändamålsenligt ledarskap.

Förbättringsområden

Sammanfattningsvis har granskningen gett anledning att uppmärksamma följande förbättringsområden:

- Uppföljningen av chefskapet behöver bli mer systematisk och sikta mot att skapa en bättre helhetsbild av de verkliga förhållandena. En mer samlad och självkritisk uppföljning är en grundförutsättning för en bättre kontroll över förutsättningarna för ett gott chefskap.
- Nya uppgifter bör inte läggas på cheferna för att genomföras i linjeorganisationen innan det säkerställts att det finns tillräckliga resurser i form av tid och kompetens.
- Regelverket bör ses över i syfte att förenkla den administration som ska genomföras av chefer i linjen. Antalet styrdokument bör koncentreras och dokumenten vara lätta att hitta, förstå och använda i enlighet med syftet. Likaså bör de administrativa stödsystemen göras användarvänliga och lättillgängliga.

Stockholm 8 maj 2013

Dag Boman

Capire Consulting AB

Bilaga 1. Intervjupersoner

Följande personer har medverkat vid intervjuer som genomförts inom ramen för granskningen:

Björn Ahlnäs, personaldirektör
Anna Andersson, områdeschef
Malin Andersson, områdeschef
Ulla-Britt Barcheus, områdeschef
Bengt Bergqvist, ordförande Personalpolitiska utskottet
Nina Fållbäck-Svensson, biträdande landstingsdirektör
Håkan Gadd, centrumchef
Monica Holmström, enhetschef
Ulla Ledin, enhetschef
Ewa Lundgren, områdeschef
Håkan Löfvenberg, enhetschef
Åsa Mattsson, enhetschef
Eva Olofsson, HR, ledarförsörjning
Ingalill Persson, centrumchef
Inger Persson, enhetschef
Ulla Schill, områdeschef
Kerstin Silver, enhetschef
Eva Spetz, enhetschef
Annica Sörensdotter, personalchef
Åsa Torbjörnsson, enhetschef
Märit Wiklund, enhetschef

Bilaga 2 – Redovisning av enkät

Om enkäten och dess resultat

Som en del av granskningen genomfördes en enkätundersökning om Chefsrollen i Jämtlands läns landsting. Undersökningen bestod av en enkät som riktat sig till samtliga chefer i Jämtlands läns landsting. Enkäten genomfördes som web-enkät och tre påminnelser har skickats till respondenterna.

Enkäten skickade ut till 145 respondenter, varav 104 personer besvarat enkäten och 110 personer påbörjat enkäten. En bortfallsanalys visar att sex personer som inte besvarat enkäten inte är chefer vid tidpunkten för utskicket och skulle således inte deltagit i enkäten. Detta innebär att underlaget blir 139 personer och svarsfrekvensen blir 75 procent.

Enkäten är huvudsakligen indelad i fyra frågeområden för att mäta och förstå hur chefer inom Jämtlands läns landsting ser på sin chefsroll utifrån styrning och kontroll, organisation och administrativt stöd, chefsbyten samt uppföljning och utvärdering av chefsrollen.

Frågorna framgår av nedanstående redovisning av enkätens resultat.

Om filtreringen

Med sjukhusvård avses chefer inom centrum för opererande specialiteter, centrum för medicinska specialiteter samt centrum för barn, kvinna och psykiatri.

1. BAKGRUNDSFAKTA

Fråga 1.1 Vilken befattning har du?

	Antal
Centrumchef	4
Områdeschef	15
Enhetschef	75
Annan befattning	10
Totalt	104
<i>Svarsfrekvens</i>	<i>75</i>

Fråga 1.2 Vilket centrum tillhör du?

	Antal	%
Centrum för opererande specialiteter	20	19
Centrum för medicinska specialiteter	13	13
Centrum för barn, kvinna och psykiatri	17	16
Centrum för medicinsk diagnostik och teknik	12	12
Centrum för primärvård	16	15
Annan organisatorisk tillhörighet	26	25

Fråga 1.3 Hur lång tid har du haft din nuvarande befattning?

	Antal	%
Mindre än ett år	23	22
Mellan ett och två år	20	19
Längre än två år men kortare än fem år	23	22
Under fem år eller längre men kortare än tio år	29	28
Mer än 10 år	9	9

Fråga 1.4 Hur många underställda har du i din nuvarande befattning?

	Antal	%
Mindre än tio personer	10	9
Mellan tio och 20 personer	22	21
Mer än 20 personer eller fler men färre än 50 personer	51	49
50 personer eller fler men färre än 100 personer	11	11
100 personer eller fler men färre än 500 personer	6	6
500 personer eller fler	4	4

Redovisning av svar från primärvård och sjukhusvård

2. STYRNING OCH KONTROLL

Fråga 2.1 Följande dokument och policys är centrala för chefskapet i Jämtlands läns landsting:

Svarsalternativ	I mycket låg grad	I ganska låg grad	I ganska hög grad	I mycket hög grad	Vet ej/ har ej tillgång	Dokument saknas
Svarande som anger i ganska hög eller i mycket hög grad						
	Sjukhusvård		Primärvård		Alla ¹⁷	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Landstingsplanen	42	84	11	69	88	85
Uppdrag till centrumen från landstingsdirektören	46	90	10	63	88	85
Ledarförsörjningsprocessen	23	46	8	50	47	45
Personalpolitisk policy	39	78	12	75	78	75
Hälsö- och sjukvårdslagen	48	96	15	94	95	91
Centrumens verksamhetsplaner	43	86	8	50	82	79
Annat:	25	50	9	56	52	50

Svar som givits beträffande "annat" fråga 2.1:

- Handlingsplaner
- Områdsspecifika dokument
- Områdets verksamhetsplan
- Enhetens verksamhetsplan
- Landstingsdirektörens verksamhetsplan
- Förfrågningsunderlag hälsoval
- Enhetens måldokument
- Samverkansavtal
- Den faktiska budgeten
- SKL överenskommelser
- Föreskrifter från Socialstyrelsen
- Vårdplaner och rutiner kopplade till verksamheten
- Personalförsörjningsprocessen
- Delegationsordning och befogenhetsplan
- Styrelse/fullmäktigebeslut

Fråga 2.2 I vilken utsträckning underlättar dessa dokument och policys ditt chefskap?

Svarsalternativ	I mycket låg grad	I ganska låg grad	I ganska hög grad	I mycket hög grad	Vet ej/ har ej tillgång	Dokument saknas
Svarande som anger i mycket låg eller i ganska låg grad						
	Sjukhusvård		Primärvård		Alla	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Landstingsplanen	31	62	9	56	54	52
Uppdrag till centrumen från landstingsdirektören	20	40	7	44	37	36
Ledarförsörjningsprocessen	33	66	10	63	65	63
Personalpolitisk policy	15	30	9	56	35	34
Hälsö- och sjukvårdslagen	6	12	2	13	21	20
Centrumens verksamhetsplaner	12	24	7	44	24	23
Annat:	4	8	2	8	6	6

Svar som givits beträffande "annat" fråga 2.2:

¹⁷ "Alla" omfattar förutom sjukhusvård och primärvård även medicinsk service och de centrala staberna

- Områdesspecifika dokument
- Områdets verksamhetsplan
- Enhetens verksamhetsplan
- Förfrågningsunderlag hälsoval
- Enhetens måldokument
- Den faktiska budgeten
- SKL överenskommelser
- Föreskrifter från Socialstyrelsen
- Vårdplaner och rutiner kopplade till verksamheten
- Personalförsörjningsprocessen
- Delegationsordning och befogenhetsplan
- Styrelse/fullmäktigebeslut
- Samverkansavtal
- Enhetschefsuppdraget
- Budgetuppföljning
- Tillgänglighetssiffror
- Avtal bemanningsfirmor läkare

Fråga 2.3 Chefer i Jämtlands läns landsting har tidigare haft ett avtal som innebär en tillsvidareanställning som grund och därutöver ett tidsbegränsat förordnande som chef. Avtalen har nu sagts upp för omförhandling. Vad anser du om tidsbestämda chefskontrakt?

Sammanfattning av fritext svar:

- Bra för alla parter.
- De ska vara tidsbestämda hos högsta chefer och då utan tillsvidareanställning. Hos enhets chefer kan det vara en tillsvidareanställning om deras yrke kan användas i organisationen och med ett tidsbegränsat chefsförordnande exv 3 år.
- Bra då chefen kan planera sin tillvaro. Ett mindre lyckat chefskap behöver inte avslutas abrupt. Fungerar det bra finns det inget som hindrar en förlängning.
- Bra, men även viktigt att det finns en plan för återgång i ett "vanligt" jobb efter chefsförordnandets utgång.
- Ibland är det en fördel att chefer byter uppdrag både för sin egen utveckling men även för utveckling av organisationen.
- Bra, dock skulle jag hellre se 5 års avtal med en utvecklingsplan. Tidigare var avtalen på 3 år och nu 4 år. Efter perioden skall det förhandlas om förlängning. Blir perioden 5-10 år är risken att engagemanget avtar. I utvecklingssamtalen med chefer bör det kontinuerligt tas upp vad som skall ske efter chefsförordnandets avslut. 2 år innan bör en plan stämmas av med möjligheter.
- Generellt har de varit 3 år i taget vilket har varit för kort i förhållande till att man får räkna med att det tar ca 1,5 år att komma in i en verksamhet.
- På enhetsnivå anser jag absolut att det ska vara en tillsvidareanställning i grunden och sen ett tidsbegränsat förordnande som chef utifrån hur uppdrag och befogenheter/möjlighet att utöva sitt chefskap inom JLL ser ut. Jag tycker också att det är rimligt att man får behålla del av eller hela chefslönen då skillnaden mellan ex ssk (inkl OB) och chefs lön efter skatt inte är särskilt stor.
- Risk för färre interna intressenter till chefstjänster.
- Innebär en väldig otrygghet då man som chef inte själv kan besluta hur länge man vill/får jobba som chef. Svårt också att kunna vidareutbildas som chef och ha en tydlig plan för utveckling då det finns en tidsbegränsning. Det finns heller ingen (mig verkar tydligt) tydlig plan för vad man ska göra om chefsuppdraget upphör.
- Bra att man har kvar sin grundanställning i landstinget så att man vågar prova på detta med ett chefsförordnande. Gäller ffa de chefer som har någon form av vårdutbildning i botten. Det har också varit bra som EC att man bibehåller den lön man har när chefskontraktet löper ut för andra gången (6 år) eftersom man annars hamnar långt efter i den normala löneutvecklingen inom sin grundprofession. Det kan annars vara en hindrande faktor att söka sig till ett chefsuppdrag.
- Det är i grunden bra med tidsbestämda chefsuppdrag. JLL borde mer titta på en förbättrad chefsförsörjningsprocess där individer planeras för andra uppdrag, i syfte att rotera och utveckla både organisation och individ. Här skulle också organisationen kunna vitaliseras mer.
- En chefsroll på tre år innebär att första året går åt till att lära sig verksamheten år två är produktion och sista halvåret börjar produktionen sjunka eftersom man inte vet om det blir en förlängning. Dessutom skulle det stärka chefsrollen om det räknades som ett yrke.
- Chefskapet måste respekteras i större utsträckning. Tidsbegränsning medför låg respekt för chefs roll och de viktiga arbete som måste pågå oförbrutet.
- Fast anställning i JLL bra, tidsbestämda kontrakt tveksamt om det är bra.
- Bra, men saknar en kompetensplan och utvecklingsplan som ger en trygghet om tidsbegränsade förordnandet inte förlängs. Som chef tappar man kompetens inom sin grundprofession (vilka karriärvägar finns?)
- Det är bra. Tillsvidareanställning som chef kan leda till mycket stora problem vid LAS där en fungerande chef kan petas ut om en annan chef med längre tids anställning blir övertalig. Detta oavsett om den övertaliga chefen fungerar eller ej. Personalen kan då bli påtvingade en ny chef vilket aldrig är bra.

- Det är ok men anställningen i JLL måste finnas kvar efter man har slutat som chef. Annars får ni inga som kan
- Är rimligt på nivåer upp till områdeschef.
- En så stor organisation som landstinget måste kunna nyttja kompetenta f d chefer i t ex förbättringsarbeten och kvalitetsutveckling, projektledning. Inom dessa områden råder en mycket stor brist på kvalificerade resurspersoner.
- Risken är att det blir ännu svårare att rekrytera chefer. Redan idag är det svårt och det är en alldeles för hög omsättning. Mycket tuffa förutsättningar och utmaningar för chefer på alla nivåer i JLL
- Bra, bidrar till rörlighet och därmed utveckling.
- Att chefsuppdraget/kontraktet är tidsbestämt är bra då det framtvingar ett aktivt ställningstagande

3. CHEFSROLLEN UTIFRÅN BEFOGENHETER, ORGANISATION, ADMINISTRATIVT STÖD ETC.

Fråga 3.1 Hur väl anser du att nedanstående påstående stämmer?

Svarsalternativ	I mycket låg grad	I ganska låg grad	I ganska hög grad	I mycket hög grad	Vet ej
-----------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	--------

Svarande som anger i mycket låg eller i ganska låg grad	Sjukhusvård		Primärvård		Alla	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Mina befogenheter är tillräckliga och på lagom nivå relaterat till mitt uppdrag	28	56	7	44	42	39
Organisationen är hanterbar utifrån min chefsroll	26	52	9	56	43	40
Det administrativa stöd jag får är tillräckligt för att hantera mitt uppdrag	40	80	11	69	69	65
Den kompetensutveckling som jag erhåller är tillräcklig för att jag fortlöpande kan hantera mitt uppdrag	33	66	8	50	59	55

Fråga 3.2 Anser du att linjeorganisationen fungerar väl i följande anseenden?

Svarsalternativ	I mycket låg grad	I ganska låg grad	I ganska hög grad	I mycket hög grad	Vet ej
-----------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	--------

Svarande som anger i mycket låg eller i ganska låg grad	Sjukhusvård		Primärvård		Alla	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
När det gäller direktiv från landstingsledningen	20	40	8	50	38	36
När det gäller information uppåt	31	62	9	56	47	44
När det gäller information neråt	22	44	9	56	41	39
När det gäller implementering av strategiska frågor eller utvecklingsfrågor	35	60	12	75	66	62
När det gäller personalfrågor	29	58	9	50	53	51
När det gäller vårdfrågor	26	52	5	31	37	35
När det gäller ekonomiska frågor	27	54	7	44	45	42
När det gäller utvecklings- och lönesamtal	19	38	8	50	35	33
När det gäller lokala problem så som rekryteringssvårigheter, kompetensbrist eller ekonomisk obalans	35	70	13	81	62	58

Fråga 3.3 Vilken andel av din tid lägger du som chef i snitt på olika uppgifter enligt nedan – baserat på din egen bedömning?

Respondenternas summa adderar till 100 %	Sjukhusvård	Primärvård	Alla
	%	%	%
Ledningsarbete – strategiska frågor, planering/uppföljning	11	9	13
Ledningsarbete – operativa verksamhetsfrågor	17	21	18
Ledningsarbete – operativa personalfrågor (t.ex. rekrytering, konflikter, medarbetarsamtal)	24	24	20
Hantering av olika IT-system	10	9	10
Mailhantering	13	14	14
Möten och externa uppdrag	18	21	19
Utbildning (på betald arbetstid)	2	4	3
Patientrelaterad tid (t.ex. diagnos, ronder, remisser)	5	11	5
Övrigt	7	5	8

Fråga 3.4 Vilka frågor anser du är viktigast att hantera i ditt chefskap

Sammanfattning av fritext svar:

Viktigast:

- Personalomsorg/Personalfrågor(rekrytering, bemanning, rehabilitering, medarbetar samtal etc)
- Kommunikation, information i linjeorganisation
- Att klara verksamhetens uppdrag/behov i förhållande till ekonomisk ram
- Planering av produktion mot målen
- Operativa verksamhetsfrågor
- Verksamhetsstyrning
- Utvecklingsfrågor
- Verksamhetsnära frågor, daglig drift och motivera personalen till en positiv arbetsplats då patienterna känner sig välkomna och trygga.
- Lagar o avtal, följa beslut
- Engagemang från den medicinska professionen
- Forskningssamverkan
- Samspelet med politikerna
- Patientsäkerhet
- Personalfrågor som syftar till att personalen kan/orkar utföra sina patientnära arbetsuppgifter på ett patientsäkert sätt.
- Bemötande
- Långsiktiga, strategiska frågor, framtida bemanning - vem/vilka vill jobba på en vårdavdelning i framtiden med nuvarande förutsättningar?
- Arbetsmiljön och omvårdnaden är viktigast.
- Ledarskap och uppföljningar mot mål.
- Viktigt att få tiden av närvaro/synlighet till medarbetarna och samtidigt finnas med på alla möten och företräda verksamheten
- Verksamhetsfrågor som rör personal samt de operativa utvecklingsfrågorna dvs göra verkstad av de handlingsplaner vi tar fram vid ex. planeringsdagarna. Ge förutsättningar för att lösa uppgiften samt hantera det ökade inflödet av remisser och hålla väntetiderna korta..
- Vidare är arbetet med egen ledningsgrupp mycket viktigt. Vi jobbar med införande av flödestänk och jämförelser mellan enheter och områden. Viktigt att stimulera medarbetarna till delaktighet i arbetet och vara aktiva i förändringsarbetet.

Svårast att hantera:

- Den organisatoriska otydligheten
- Styrgrupper, politik
- Alla direktiv uppifrån
- Prioriteringar mellan yttre och inre verksamhetskrav
- Balans mellan "brandkårsutryckning" kontra långsiktig arbete
- Signaler/information från ledningen som inte är förankrade = topsstyrning
- Driva utveckling i en svag ekonomisk situation
- Kommande låga läkarbemannning samt brist på kontinuitet
- Strategiska frågor kopplat till verksamhet och bemanning.
- Otydlighet i organisationen på alla nivåer
- Hantera alla konflikter inom personalgruppen
- Styrning av medarbetare
- Att inte erhålla stabs stöd
- Uppföljning av olika uppdrag och given vård.
- Strategiska frågor - de operativa uppdragen ingen annan hinner ta hand om tar för mycket tid.
- Svårast är allt motstånd man möter när det gäller att utveckla verksamheten.
- Bemanning och förändringsarbete
- Att vi i omorganisation saknar områdeschef/byter områdeschef. Viktigast är nämligen att ha en linje i förändringsarbetet
- Alla neddimpande måsten och deadlines som alltid tar tid från det som är viktigast. Hinner sällan lyfta blicken. Dåliga stödsystem och för mycket personaladministrativt arbete. Centrum avkrävs t.ex handlingsplaner var för sig, dessa blir sällan synkroniserade med varandra.
- Att få tid till eftertanke och planering, strategi när det operativa arbetet pockar på, trögheten i systemet att få saker ur händerna för att frågor skall gå i så många led, överprövas och ibland försvinner någonstans på vägen. Tex rekrytering av personal som är MYCKET tidskrävande. Också otydlighet i vad som gäller (uppifrån), dvs styrning. Vilka beslut är egentligen fattade? Och vart kan man finna det? Och vad händer om man inte följer fattade beslut? Något som ofta händer, tror/tycker jag.
- Personalfrågor(rekrytering, bemanning, rehabilitering, medarbet samtal etc)
- Den mängd av olika uppdrag som hela tiden kommer både i linjen och från "sidan" och ska hanteras/ administreras/ delas ut av ec ute i verksamheten, en blandning av mer eller mindre viktig för patientsäkerheten tex miljöfarligt avfall, apoteksutbildning, röda tråden, arbetslivscenter, sopsortering, LEAN, livsmedelstillsyn, nya system för behörigheter, brandutbildning, det känns som någon annan äger och styr min tid och försvårar/ omöjliggör egen planering för verksamheten
- Ekonomiska besparingskrav från styrelsen som ska vara politiskt gångbara och egentligen inte ge några negativa effekter i verksamheten. Det är svårt att spara ex vis 10 mkr utan att det märks.

4. CHEFSBYTEN OCH TILLVARATAGANDE AV ERFARENHETER

Fråga 4.1 Anser du att erfarenheter från avgående chef tas tillvara vid chefsbyten?

Svarsalternativ	I mycket låg grad		I ganska låg grad		I ganska hög grad		I mycket hög grad		Vet ej	
	Sjukhusvård				Primärvård				Alla	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
I mycket låg grad	7	14	6	38	19	18				
I ganska låg grad	15	30	3	19	29	28				
I ganska hög grad	10	20	2	13	20	19				
I mycket hög grad	6	12	1	6	11	11				
Vet ej	12	24	4	25	26	25				

Fråga 4.2 Beskriv gärna på vilket sätt erfarenheter från avgående chef tas tillvara vid chefsbyten:

Sammanfattning av fritext svar:

- Jag fick en två veckor grundlig introduktion av avgående chef
- Rapporterar det som är aktuellt vid skiftet och möjligheter till "mentorfunktion".
- Ingen erfarenhet av detta
- Tas inte alls tillvara
- Förekommer det?
- I mitt fall så gick jag bredvid den chef som skulle efterträda mig i 2 v detsamma gällde då jag själv gick på som chef i ny organisation där jag fick förmånen att gå tillsammans med avgående chef innan han lämnade uppdraget.
- I introduktionen till chefsrollen ingår ett överlämningsarbete från avgående chef. Är inte den avgående chefen på plats, genomföres detta av mig och stabspersonal.
- Uppdragets utformning ska baseras på enhetens situation och anpassas. Detta skapar tydlighet och förankring bland medarbetare och då tas föregående chefs erfarenheter tillvara.
- Tidigare chefer, ges möjlighet att kunna fungera som mentorer för nya chefer (ej inom samma område), för att tillvarata värdefull kunskap, erfarenhet och stöd."
- Intervju enligt mall samt personliga medskick.
- Dubbelbemanning
- Individuellt baserat
- Finns ingen tid för att överlämna arbetet, ingen överlappningstid (introduktion).
- "Överlämningarna är generellt ganska dåliga. En fördel kan dock vara att "gamla" sanningar inte behöver leva vidare med automatik.
- Det som är viktigt är planeringsmässiga åtgärder som behöver föras vidare för smidig övergång. Det är inte alltid som det fungerar."
- Diskutera vad tidigare chef inriktat sig på för att ta vid inte för att göra samma saker utan för att se vad som behöver tas tag i nu.
- I bästa fall en till två veckors överlämning, i värsta fall är rekryteringen inte klar innan avgående chef har lämnat sin post.
- Samtal om medarbetare och svårigheter i verksamheten, överlämning av pärmar och elektroniska dokument. Men en hel del som lagras elektroniskt glöms också bort eller försvinner.
- 2 korta avstämningsmöten i huvudsak kring personalsituation.
- Samtal, demonstration av administrativa program, löpande dialog när man arbetar dubbelt i början, genomgång av dokument m.m.
- Utvecklingsarbete och verksamhetsplanering, mkt beroende på tidigare chefs starka sidor
- Erfarenheter om specialfunktioner överlämnas
- Hanteras vid ledningsgrupp möten, tankar och ideer som man vill arbeta vidare med
- Det varierar stort, i en del verksamheter inte alls och i andra till stor del.
- Då jag slutade min tidigare position gick min efterträdare "dubbelt" på deltid under några månader. Vi gick också igenom alla IT-stöd och rutiner som fanns.
- De chefsbyten jag varit med om har skett utan någon som helst erfarenhetsöverföring.

Fråga 4.3 Har du noterat några skillnader i ditt chefskap före respektive efter den nya organisationen (med bl.a. införande av ytterligare ett chefsled) som genomfördes under 2012?

		Ja		Nej		Vet ej	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%
Jag har noterat skillnader i mitt chefskap	Sjukhusvård	36	72	1	2	13	26
	Primärvård	1	6	9	56	6	38
	Alla	50	48	25	24	30	29

Fråga 4.4 Om du i föregående fråga angivit Ja, beskriv i så fall gärna vilka skillnader i ditt chefskap som du noterat:

Sammanfattning av fritext svar:

- Jag fick en två veckor grundlig introduktion av avgående chef Ett extra led vilket innebär ökade problem när befogenheter beroende av ffa ekonomi flyttas upp och ner i linjeorg/ chefshierarki. Längre från diskussion och beslut. Mer av utförande chef än medarbetande chef.
- Längre väg till beslut.
- Stabstödet har i princip upphört. Beslut ska passera ytterligare en chef vilket skapar längre tid till beslut. Ej acceptabelt på områdeschefs nivå att känna det enorma tryck som blivit efter omorganisationen.
- Minskad befogenhet
- I tidigare organisation, närmare kontakt med områdeschef (i dag centrumchef)"
- Det är mer omständigt att tex rekrytera. Mycket extra pappershantering innan jag har klartecken att anställa. Jag personligen uppfattar det som ett misstroende mot mitt uppdrag.
- Ett chefsled till märks i beslutsprocessen, den blir långsammare. Dock har syftet, att likrikta verksamheterna och föra ut samma budskap lyckats. Dvs det spretar inte på samma sätt i förutsättningar etc som det gjorde tidigare.
- Mindre insyn i, och möjlighet att tidigt påverka, beslut i högsta ledningen.
- Områdeschefen har blivit lite av en budbärare mellan EC samt centrumchef istället för att jag som EC diskuterar ärendet direkt med den som fattar beslut. En dyrbar budbärare.
- Högre administrativt tryck men minskade befogenheter.
- Till det positiva hör dock att vi är fler enheter som gör lika (flexavtal, friskvård etc) i och med att vi samordnar oss inom centrumet."
- Får sämre information från stabsfunktioner. Personalenhetens organisation tar oerhört mycket tid. Det kommer en rad direktiv uppifrån som ska åtgärdas utan att man får information om hur man ska åtgärda ärendet och hur man ska få tiden att räcka till
- Vi enhetschefer har fått fler uppgifter, mindre mandat.
- Tidigare tydligare och närmare koppling till landstingsledning. Otydligt med centrum och områdesnivån (vem gör vad och när?). Enhetschefskapet har avlövsats, urvattnats.
- Chefskapet har blivit tydligare då det har inneburit en bättre uppdelning mellan operativa frågor och strategiska frågor i och med centrumorganisationen. Nu kan jag tillsammans med andra verksamhetschefer diskutera centrumövergripande frågor på ett annat sätt än tidigare. Centrumen har inneburit att vi förbättrar möjligheterna till att samma bedömning görs i olika områden av samma frågor
- Mer uppstyrt, mindre befogenhet ffa vad gäller personal.
- Det är ett större spann att kommunicera i.
- Sämre stabsstöd och mer tungjobbat - och mycket tristare. Tidigare en känsla av att vara del av landstingets ledning - ej så numera."
- Mindre befogenheter, mer tydligt att frågor ska gå i linjen, ej delaktig i bakgrund till beslut på landstingsnivå
- Mycket sämre stöd från personalstab och ledning. Kraftigt försämrad arbetsmiljö när uppdrags slängs på en utan tydliga förutsättningar och utan att tid för uppdragen frigörs. Dessutom uppdrag som upplevs främmande och lågt prioriterade. Den högre ledningen förstår inte dom akuta problemen på enheten och hur mycket tid det tar.
- Ökad otydlighet i vad som ingår i mitt uppdrag och främst i nästa chefs uppdrag. Chefsuppdrag är inte tydliga utåt, vad de innebär osv.
- Svårare eftersom viktiga stöd som ekonom, personalkonsult och vårdutvecklare har försvunnit längre bort. Även svårare med kommunikation då i princip ingen direktkontakt med centrumchef finns.
- Mer hanterlig och funktionell ledningsstruktur utifrån stora och viktiga processer i landstinget

5. UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING AV CHEFSROLLEN

Fråga 5.1 Om du har varit i behov av hjälp i ditt chefskap, anser du att du har fått den hjälp du behövt?

Svarsalternativ	I mycket låg grad		I ganska låg grad		I ganska hög grad		I mycket hög grad		Vet ej	
	Sjukhusvård		Primärvård		Alla					
	Antal	%	Antal	%	Antal	%				
I mycket låg grad	2	4	2	13	8	8				
I ganska låg grad	18	36	6	38	33	31				
I ganska hög grad	19	38	6	38	42	40				
I mycket hög grad	8	16	2	13	15	14				
Vet ej	3	6	0	0	7	7				

Fråga 5.2 Om du har varit i behov av hjälp i ditt chefskap, var har du vänt dig?

	Sjukhusvård		Primärvård		Alla	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Överordnad chef	2	4	2	13	83	49
Underordnad chef	18	36	6	38	3	2
Landstingsledningen	19	38	6	38	10	6
Mentor	8	16	2	13	9	5
Person som inte arbetar inom landstinget	3	6	0	0	9	5
Annat					55	33

Svar som givits beträffande "annat" fråga 5.2:

- Kollega
- Personalstab
- Resurspersoner i stab och hus 2+3
- Ekonom
- Nätverk/kollegor
- Strateger i organisationen
- Inte haft någon som lyssnat inom JLL
- Företagsläkare på LTH
- Handledning samt kolleger
- Olika expertfunktioner inom JLL
- Tidigare chef
- Enhetschefskollegor
- Chefskollegors mest då överordnad chef nästan alltid är upptagen med annat
- Andra EC-kollegor är till stor hjälp
- Personalkonsulterna
- Lönekontoret är väldigt hjälpsamma
- Landstingshälsan/psykolog
- Ledningsstab personal
- Chefskollegor
- Har ingen att vända mig till

Fråga 5.3 Sker det systematiska uppföljningar och utvärderingar av chefsrollen?

		Ja		Nej		Vet ej	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%
Det sker uppföljningar av chefskapet	Sjukhusvård	14	28	22	44	14	28
	Primärvård	7	44	7	44	2	13
	Alla	43	41	38	36	24	23

Åtgärder vidtas när uppföljningen pekar på brister	Sjukhusvård	36	72	1	2	13	26
	Primärvård	3	19	3	19	10	63
	Alla	27	26	19	18	59	56

Fråga 5.4 Om du i föregående fråga angivit Ja, beskriv hur chefens uppdrag och resultat följs upp:

Sammanfattning av fritext svar:

- Bokslut, Årsrapporter, verksamhetsrapporter
- Månadsuppföljningar, uppföljning av utlagda uppdrag
- Utvecklingssamtal en gång per år
- Medarbetarenkäten
- Uppföljning av uppdrag samt uppföljning från Hälsovalskontoret årligen, dvs de resultat som chefens enheter uppnått.
- Vid lönesamtal
- Vid kvartalsvis uppföljning av verksamheten
- Måltavlor, uppföljningsträffar/genomgång
- Vid utvecklingssamtal samt vid aktuella ärenden
- Påkallade samtal utifrån situation
- Med samtal
- Uppföljning sker i samband med att förordnanden går ut
- Vid separata uppföljningar minst två ofta tre ggr per år följs enhetschefens resultat upp via samtal och genomgång av mål och mått
- Det följs upp via samtal som inte resulterar i åtgärder.
- Uppföljning på ledningsgrupp
- Facklig samverkan

Fråga 5.5 Får du återkoppling/feedback på ditt chefskap från din närmaste chef?

	Sjukhusvård		Primärvård		Alla	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Ja, regelbundet, minst 10 gånger per år	4	6	1	5	13	10
Ja, i det årliga utvecklingssamtalet	32	51	11	55	63	48
Ja, när jag gjort något bra	13	21	6	30	29	22
Ja, när jag gjort något dåligt	4	6	0	0	5	4
Nej, aldrig	10	16	2	10	20	15

Fråga 5.6 Om du svarat Ja på en eller flera frågor: Vem tar oftast initiativ till feedback?

	Sjukhusvård		Primärvård		Alla	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Din chef	30	75	11	79	67	79
Du själv	10	25	3	21	18	21

Fråga 5.7 Hur bedömer du generellt värdet av feedbacken när det gäller utveckling av ditt chefskap?

	Sjukhusvård		Primärvård		Alla	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Alltid värdefullt	30	75	10	71	65	76
Värdefullt ibland	7	18	3	21	14	16
Sällan värdefullt	3	8	1	7	6	7
Aldrig värdefullt	0	0	0	0	0	0

6. HÄR HAR DU MÖJLIGHET ATT SKRIVA OM DU HAR SYNPUNKTER UTÖVER ELLER OM DU VILL FÖRTYDLIGA DE SVAR DU LÄMNAT PÅ FÖREGÅENDE FRÅGOR.

Du kan exv. ge förbättringsförslag avseende chefsrollen i landstinget:

- Bättre tillgång till administrativt stöd
- Tydliggöra uppdraget
- Korta vägen till beslut som rör egna området tex minska antal personer som vi skall ha dialog med innan tillsättning av tjänst eller vik.
- Tydliga beslutade underlag som leder till att det är lättare att föra dialog kring löner både till egna och nya personal
- I enlighet med LEAN bör allt som varken direkt eller indirekt skapar värde för patienten tas bort. Ett konkret exempel är behovsanalyser som områdeschefen ska skriva på och sedan levereras till personalenheten. Vi anställer/anlitar inte personal i onödan!
- En mer samordnad tjänstemanna ledning skulle ge bättre resultat inom landstinget.
- Det bör vara ett tätare arbete mellan Lst styrelse och tjänstemannaledning och se det som en "koncernledning"
- Vi chefer måste vara synliga i organisationen. För att kunna vara det bör vi se över våra agendor och forum. Lean får inte bli något vi kräver av enhetsnivå, vi måste börja med oss själva och vara "leading"
- Krav: Stabstöd i direkt närhet. Konsekvensen har blivit att jag nu allvarligt funderar på att avsluta mitt chefs uppdrag pga tröghet i organisationen och att jag kämpar i motvind samt att jag känner aldrig av att jag får vila. Måste jobba på min ledighet för att klara av att sköta exheroma, fakturaportal etc.
- Som chef måste man få förtroende och förutsättningar att utföra sitt uppdrag, så är det inte idag. Förväntas jag hinna tänka framåt, planera, se nya möjligheter, driva en bra personalpolitik där mina anställda mår bra i en patientsäker vård behöver jag andra förutsättningar eller annat stöd. Det går inte att på 40 timmar/vecka göra allt detta tillräckligt bra utan det blir ständigt prioriteringar och då blir det alltid till dagliga verksamhetens fördel"
- Den högsta landstingsledningen med styrelsen inräknad måste bestämma sig för vad man vill att en chef i 1:a linjen skall uppnå och därefter tilldela tillräckliga resurser, skapa en långsiktig och trygg anställningsform med därtill hörande personalplan.
- Återkommande utbildningstillfällen med något års intervall i tex kommunikation, konflikthantering. Om det finns enheter/ chefer som inte följer upp och sköter sina åtaganden följ upp ta tag i och åtgärda bristerna.
- Chefsrollen för enhetschefer bör se över. Över tid har utvecklingen varit att enhetschefer fått en allt mer ökande arbetsbörda med dessutom ökat ansvar men befogenheterna har minskat. En i längden ohållbar utveckling
- Förbättringsområde för chefer är att jobba med chefsutveckling, arbetsmiljö i chefsfunktionen och rimliga uppdrag. "
- Otydligheten är ett stort problem. Kontakten uppåt ett annat. Jag har aldrig känt mig så lite insatt och delaktig i JLL som helhet, vilket är något jag saknar mycket.

- Stödet till chefer i landstinget bör utvecklas, framförallt när det gäller verksamhetsstyrning och uppföljning.
- Chefernas tidsdisponering bör ses över och mer tid frigöras för ledning och styrning på bekostnad av administration och bemanning som i ökad utsträckning bör kunna utföras av exempelvis assistenter.
- Vi saknar våra uppdragsgivares stöd - ett tydligare ansvar för vad den politiska ledningen vill åstadkomma och hur vore på önskvärt. "
- Det är väldigt speciellt att som jag inte ha någon närmaste chef. Tanken att utvecklingssamtal o liknande ska skötas av
- Bättre möjlighet till utbildning/utveckling inom chefsrollen. Ny som chef var mer en organisationsmedvetenhet och det borde vara en mer kontinuerlig utbildningsplan som uppföljning
- "Vi behöver mentorer som kan stötta oss nya chefer. Mentorprogram som stöttar istället för att utbilda fler genom chefsaspiranten. Ta vara på de chefer som finns istället för att skapa nya.
- Vi behöver också mer utbildning inom ekonomistyrning på enhetsnivå.
- Vi som EC behöver mer hjälp och stöd och avlastning när det gäller schemaplanering, personalärenden, IT stöd etc. Känner mig alltför ensam med för stor arbetsbörda!
- Upplever mig få dåligt stöd i olika frågor ärenden från vad jag uppfattat som stödfunktioner till kärnverksamheten-vården. Vad jag menar med stödfunktioner är personalavd, fastighet, IT -avdelning. Upplever inte att de hjälper till och tar tag i frågor inom sina respektive områden. Upplever att jag som chef får lägga för mycket tid på att lösa praktiska problem.
- Underlätta den administrativa delen för chefer tillsammans med kompetensförsörjning. Stora svårigheter idag att samarbeta och hinna med den arbetsbörda det kräver. Utveckla systemet för mätningar via prodiver/diveport så att rätt siffror lätt kan inhämtas och analyseras i återkommande rapporter för varje enhet.
- Större mandat, tydligare och mer konkreta uppdrag. kontinuerlig feedback. bättre samarbete, att se till helheten och inte bara till sin egen enhet inom kliniken.

Redovisning av svar från enhetschefer, områdeschefer samt centrumchefer

2. STYRNING OCH KONTROLL

Fråga 2.1 Följande dokument och policys är centrala för chefskapet i Jämtlands läns landsting:

Svarsalternativ	I mycket låg grad	I ganska låg grad	I ganska hög grad	I mycket hög grad	Vet ej/ har ej tillgång	Dokument saknas
-----------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------------	-----------------

Svarande som anger i ganska hög eller i mycket hög grad

	Centrumchefer och områdeschefer		Enhetschefer		Alla	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Landstingsplanen	16	84	62	83	88	85
Uppdrag till centrumen från landstingsdirektören	18	84	65	87	88	85
Ledarförsörjningsprocessen	9	47	33	44	47	45
Personalpolitisk policy	11	58	62	83	78	75
Hälso- och sjukvårdslagen	17	89	70	93	95	91
Centrumens verksamhetsplaner	14	74	62	83	82	79
Annat:	15	79	44	56	52	50

Svar som givits beträffande "annat" fråga 2.1 har redan redovisats

Fråga 2.2 I vilken utsträckning underlättar dessa dokument och policys ditt chefskap?

Svarsalternativ	I mycket låg grad	I ganska låg grad	I ganska hög grad	I mycket hög grad	Vet ej/ har ej tillgång	Dokument saknas
-----------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------------	-----------------

Svarande som anger i mycket låg eller i ganska låg gradCentrumchefer
och områdeschefer

Enhetschefer

Alla

	Centrumchefer och områdeschefer		Enhetschefer		Alla	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Landstingsplanen	12	63	39	53	54	52
Uppdrag till centrumen från landstingsdirektören	7	37	28	37	37	36
Ledarförsörjningsprocessen	14	74	46	61	65	63
Personalpolitisk policy	9	47	21	28	35	34
Hälso- och sjukvårdslagen	3	16	14	19	21	20
Centrumens verksamhetsplaner	3	16	19	25	24	23
Annat:	1	5	5	7	6	6

Svar som givits beträffande "annat" fråga 2.2 har redan redovisats.

Fråga 2.3 Chefer i Jämtlands läns landsting har tidigare haft ett avtal som innebär en tillsvidareanställning som grund och därutöver ett tidsbegränsat förordnande som chef. Avtalen har nu sagts upp för omförhandling. Vad anser du om tidsbestämda chefskontrakt?

Svar på frågan har redovisats/se sammanställning i tidigare avsnitt

3. CHEFSROLLEN UTIFRÅN BEFOGENHETER, ORGANISATION, ADMINISTRATIVT STÖD ETC.

Fråga 3.1 Hur väl anser du att nedanstående påstående stämmer?

Svarsalternativ	I mycket låg grad	I ganska låg grad	I ganska hög grad	I mycket hög grad	Vet ej	
Svarande som anger i mycket låg eller i ganska låg grad	Centrumchefer och områdeschefer		Enhetschefer		Alla	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Mina befogenheter är tillräckliga och på lagom nivå relaterat till mitt uppdrag	7	37	34	45	42	39
Organisationen är hanterbar utifrån min chefsroll	3	16	37	49	43	40
Det administrativa stöd jag får är tillräckligt för att hantera mitt uppdrag	13	68	51	68	69	65
Den kompetensutveckling som jag erhåller är tillräcklig för att jag fortlöpande kan hantera mitt uppdrag	9	47	45	60	59	55

Fråga 3.2 Anser du att linjeorganisationen fungerar väl i följande anseenden?

Svarsalternativ	I mycket låg grad	I ganska låg grad	I ganska hög grad	I mycket hög grad	Vet ej	
Svarande som anger i mycket låg eller i ganska låg grad	Centrumchefer och områdeschefer		Enhetschefer		Alla	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
När det gäller direktiv från landstingsledningen	5	26	30	40	38	36
När det gäller information uppåt	5	26	40	53	47	44
När det gäller information neråt	5	26	34	45	41	39
När det gäller implementering av strategiska frågor eller utvecklingsfrågor	11	58	50	67	66	62
När det gäller personalfrågor	8	42	42	56	53	51
När det gäller vårdfrågor	4	21	31	41	37	35

När det gäller ekonomiska frågor	7	37	34	45	45	42
När det gäller utvecklings- och lönesamtal	6	32	28	37	35	33
När det gäller lokala problem så som rekryteringssvårigheter, kompetensbrist eller ekonomisk obalans	13	68	46	61	62	58

Fråga 3.3 Vilken andel av din tid lägger du som chef i snitt på olika uppgifter enligt nedan – baserat på din egen bedömning?

Respondenternas summa adderar till 100 %	Centrumchefer och områdes- chefer	Enhetschefer	Alla
	%	%	%
Ledningsarbete – strategiska frågor, planering/uppföljning	13	11	13
Ledningsarbete – operativa verksamhetsfrågor	19	18	18
Ledningsarbete – operativa personalfrågor (t.ex. rekrytering, konflikter, medarbetarsamtal)	16	23	20
Hantering av olika IT-system	7	11	10
Mailhantering	14	14	14
Möten och externa uppdrag	23	17	19
Utbildning (på betald arbetstid)	2	3	3
Patientrelaterad tid (t.ex. diagnos, ronder, remisser)	4	5	5
Övrigt	8	8	8

Fråga 3.4 Vilka frågor anser du är viktigast att hantera i ditt chefskap

Svar på frågan har redovisats/se sammanställning i tidigare avsnitt

4. CHEFSBYTEN OCH TILLVARATAGANDE AV ERFARENHETER

Fråga 4.1 Anser du att erfarenheter från avgående chef tas tillvara vid chefsbyten?

Svarsalternativ	I mycket låg grad	I ganska låg grad	I ganska hög grad	I mycket hög grad	Vet ej	
	Centrumchefer och områdeschefer		Enhetschefer		Alla	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%

I mycket låg grad	5	26	14	19	19	18
I ganska låg grad	5	26	19	25	29	28
I ganska hög grad	6	32	12	16	20	19
I mycket hög grad	1	5	10	13	11	11
Vet ej	2	11	20	27	26	25

Fråga 4.2 Beskriv gärna på vilket sätt erfarenheter från avgående chef tas tillvara vid chefsbyten:

Svar på frågan har redovisats/se sammanställning i tidigare avsnitt

Fråga 4.3 Har du noterat några skillnader i ditt chefskap före respektive efter den nya organisationen (med bl.a. införande av ytterligare ett chefsled) som genomfördes under 2012?

		Ja		Nej		Vet ej	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%
Jag har noterat skillnader i mitt chefskap	Centrumchefer och områdeschefer	7	37	6	32	6	32
	Enhetschefer	38	51	16	21	21	28
	Alla	50	48	25	24	30	29

Fråga 4.4 Om du i föregående fråga angivit Ja, beskriv i så fall gärna vilka skillnader i ditt chefskap som du noterat:

Svar på frågan har redovisats/se sammanställning i tidigare avsnitt

5. UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING AV CHEFSROLLEN

Fråga 5.1 Om du har varit i behov av hjälp i ditt chefskap, anser du att du har fått den hjälp du behövt?

Svarsalternativ	I mycket låg grad	I ganska låg grad	I ganska hög grad	I mycket hög grad	Vet ej
-----------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	--------

	Centrumchefer och områdeschefer		Enhetschefer		Alla	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
I mycket låg grad	1	5	7	9	8	8
I ganska låg grad	6	32	25	33	33	31
I ganska hög grad	10	53	25	33	42	40
I mycket hög grad	0	0	15	20	15	14

Vet ej

2

2

3

4

7

7

Fråga 5.2 Om du har varit i behov av hjälp i ditt chefskap, var har du vänt dig?

	Centrumchefer och områdeschefer		Enhetschefer		Alla	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Överordnad chef	15	48	61	50	83	49
Underordnad chef	1	3	1	1	3	2
Landstingsledningen	2	6	7	6	10	6
Mentor	2	6	6	5	9	5
Person som inte arbetar inom landstinget	3	10	5	4	9	5
Annat	8	26	42	34	55	33

Svar på frågan har redovisats/se sammanställning i tidigare avsnitt

Fråga 5.3 Sker det systematiska uppföljningar och utvärderingar av chefsrollen?

		Ja		Nej		Vet ej	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%
Det sker uppföljningar av chefskapet	Centrumchefer och områdeschefer	11	58	6	32	2	11
	Enhetschefer	29	39	27	36	19	25
	Alla	43	41	38	36	24	23

Åtgärder vidtas när uppföljningen pekar på brister	Centrumchefer och områdeschefer	8	42	4	21	7	37
	Enhetschefer	17	23	14	19	44	59
	Alla	27	26	19	18	59	56

Fråga 5.4 Om du i föregående fråga angivit Ja, beskriv hur chefens uppdrag och resultat följs upp:

Svar på frågan har redovisats/se sammanställning i tidigare avsnitt

Fråga 5.5 Får du återkoppling/feedback på ditt chefskap från din närmaste chef?

	Områdeschefer och centrumchefer		Enhetschefer		Alla	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Ja, regelbundet, minst 10 gånger per år	2	8	11	12	13	10
Ja, i det årliga utvecklingssamtalet	15	60	45	48	63	48
Ja, när jag gjort något bra	5	5	21	23	29	22
Ja, när jag gjort något dåligt	1	1	3	3	5	4
Nej, aldrig	2	2	13	14	20	15

Fråga 5.6 Om du svarat Ja på en eller flera frågor: Vem tar oftast initiativ till feedback?

	Områdeschefer och centrumchefer		Enhetschefer		Alla	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Din chef	14	82	48	77	67	79
Du själv	3	18	14	23	18	21

Fråga 5.7 Hur bedömer du generellt värdet av feedbacken när det gäller utveckling av ditt chefskap?

	Områdeschefer och centrumchefer		Enhetschefer		Alla	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Alltid värdefullt	12	71	49	79	65	76
Värdefullt ibland	4	24	9	15	14	16
Sällan värdefullt	1	6	4	6	6	7
Aldrig värdefullt	0	0	0	0	0	0

6. HÄR HAR DU MÖJLIGHET ATT SKRIVA OM DU HAR SYNPUNKTER UTÖVER ELLER OM DU VILL FÖRTYDLIGA DE SVAR DU LÄMNAT PÅ FÖREGÅENDE FRÅGOR.

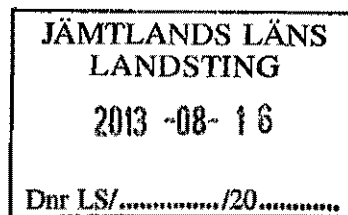
Du kan exv. ge förbättringsförslag avseende cheffrollen i landstinget:

Svar på frågan har redovisats/se sammanställning i tidigare avsnitt



Socialdepartementet

Enheten för folkhälsa och sjukvård



Remiss av slutbetänkandet Ansvarsfull hälso- och sjukvård (SOU 2013:44)

Remissinstanser:

1. Riksdagens ombudsmän (JO)
2. Riksrevisionen
3. Kammarrätten i Göteborg
4. Justitiekanslern (JK)
5. Datainspektionen
6. Konkurrensverket
7. Försäkringskassan
8. Socialstyrelsen
9. Läkemedelsverket
10. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)
11. Myndigheten för vårdanalys
12. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)
13. Statens folkhälsoinstitut (FHI)
14. Smittskyddsinstitutet
15. Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
16. Utredningen om inrättande av ny myndighet för hälso- och vårdinfrastruktur (S2013:03)
17. Utredningen om inrättande av Folkhälsomyndigheten (S2013:06)
18. Handisam
19. Barnombudsmannen (BO)
20. Statskontoret
21. Karolinska institutet
22. Uppsala universitet (efter hörande med Juridiska institutionen)
23. Lunds universitet (efter hörande med Juridiska institutionen)
24. Göteborg universitet
25. Umeå universitet
26. Diskrimineringsombudsmannen (DO)
27. Ungdomsstyrelsen
28. Konsumentverket
29. Alvesta kommun

30. Bollnäs kommun
31. Borlänge kommun
32. Båstads kommun
33. Enköpings kommun
34. Eskilstuna kommun
35. Finspångs kommun
36. Gotlands kommun
37. Grums kommun
38. Göteborgs kommun
39. Höörs kommun
40. Knivsta kommun
41. Lidköpings kommun
42. Luleå kommun
43. Malmö kommun
44. Motala kommun
45. Mölndals kommun
46. Orsa kommun
47. Pajala kommun
48. Piteå kommun
49. Rättviks kommun
50. Sandvikens kommun
51. Stockholms kommun
52. Strängnäs kommun
53. Strömsunds kommun
54. Tibro kommun
55. Timrå kommun
56. Vallentuna kommun
57. Vansbro kommun
58. Vetlanda kommun
59. Örebro kommun
60. Stockholms läns landsting
61. Uppsala läns landsting
62. Södermanlands läns landsting
63. Östergötlands läns landsting
64. Jönköpings läns landsting
65. Kronobergs läns landsting
66. Kalmar läns landsting
67. Blekinge läns landsting
68. Skåne läns landsting
69. Hallands läns landsting
70. Västra Götalands läns landsting
71. Värmlands läns landsting
72. Örebro läns landsting
73. Västmanlands läns landsting
74. Dalarnas läns landsting
75. Gävleborgs läns landsting
76. Västernorrlands läns landsting
77. Jämtlands läns landsting

78. Västerbottens läns landsting
79. Norrbottens läns landsting
80. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
81. Sveriges läkarförbund
82. Svenska läkaresällskapet
83. Svenska Barnläkarföreningen
84. Sveriges Tandläkarförbund
85. Privattandläkarna
86. Tjänstetandläkarna
87. Sveriges Psykologförbund
88. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter
89. Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (LSR)
90. Vårdförbundet
91. Svensk Sjuksköterskeförening (SSF)
92. Distriktssköterskeföreningen
93. Svenska Barnmorskeförbundet
94. Landsorganisationen i Sverige (LO)
95. Tjänstemännens centralorganisation (TCO)
96. Sveriges akademikers centralorganisation (SACO)
97. Akademikerförbundet (SSR)
98. Vision
99. Pensionärernas Riksorganisation (PRO)
100. Sveriges Pensionärsförbund (SPF)
101. Sveriges Pensionärs Riksförbund (SPRF)
102. Astma- och Allergiförbundet
103. Bröstcancerföreningarnas riksorganisation (BRO)
104. Demensförbundet
105. Handikappförbunden (HSO)
106. Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund
107. Prostatacancerförbundet
108. Reumatikerförbundet
109. Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH)
110. Riksförbundet Sällsynta diagnoser
111. Ung Cancer
112. Lika unika
113. Famna
114. Svenskt Näringsliv
115. Vårdföretagarna
116. Företagarna
117. Praktikertjänst
118. Capio AB
119. Läkemedelsindustriföreningen (LIF)
120. Arbetsgivarföreningen KFO
121. Arbetsgivaralliansen

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet senast **den 15 november 2013**. Vi ser helst 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 S2013/4872/FS åberopas.

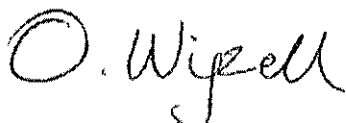
Remissbehandlingen innebär att regeringen vill ha synpunkter på förslag, avvägningar och motiveringar i betänkandet.

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.

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 och synpunkter under remisstiden tas emot av Sara S Johansson, tel. 08-405 14 63 eller e-post sara.s.johansson@regeringskansliet.se.



Olivia Wigzell
Departementsråd

Kopia till
Fritzes kundservice, 106 47 Stockholm

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

2013-10-28

LS/1116/2013

Sammanfattning av Remiss av slutbetänkandet Ansvarsfull hälso- och sjukvård (SOU 2013:44)

[Länk till hela remissen](#)

Sammanfattning

Patientmaktsutredningen har i uppdrag att föreslå hur patientens ställning inom och inflytande över hälso- och sjukvården ska stärkas. Utredningen har dessutom i uppdrag att föreslå en ny lag om hälso- och sjukvårdens organisation som ska ersätta hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Utredningen lämnade i januari 2013 delbetänkandet *Patientlag* (SOU 2013:2). I detta slutbetänkande behandlar utredningen i enlighet med direktiven frågor om hur vården kan ges på mer likvärdiga villkor, hur patientberättelser i klagomåls- och anmälningsärenden systematiskt kan samlas in och bearbetas samt föreslår en ny lag om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Jämlik vård

Utredningen konstaterar att det finns skillnader i den hälso- och sjukvård som ges. Det är viktigt att sätta ljuset på dessa skillnader och fortsätta med det arbete som redan har påbörjats. Utredningen har sett på frågan ur tre olika perspektiv – regionalt-, system- och individperspektiv. Utredningens överväganden syftar till att tydligt konkretisera och lyfta möjliga vägar framåt inom ramen för de olika perspektiven.

Ojämlikhet ur ett regionalt perspektiv

Det förekommer betydande regionala skillnader vad gäller medicinska resultat och kvalitet. Det är t.ex. inte acceptabelt att relativ 5-årsöverlevnad för kvinnor med ändtarmscancer varierar mellan cirka 40 procent till drygt 70 procent beroende på i vilket landsting vården ges.

Utredningen gör bedömningen att uppvisade brister och skillnader i medicinska resultat som framgår i Öppna jämförelser eller nationella utvärderingar i högre grad än i dag bör utgöra underlag för statliga tillsynsinsatser.

Utredningen gör vidare bedömningen att patienter bör få bättre möjlighet att tillgodogöra sig den information som bl.a. finns i Öppna jämförelser och i nationella utvärderingar. Bättre tillgång till data om vården bör påskyndas för att öka transparensen. Det är patienterna som i slutändan får ta konsekvenserna av eventuella brister i vården. Patienterna bör därför få tillgång till så god information som möjligt. För att ytterligare koppla patienternas egna upplevelser av vården till de medicinska

resultaten bör även förekomsten av patientklagomål till patientnämnder och Inspektionen för vård och omsorg kunna visas och jämföras, nedbrutet på enhetsnivå.

Utredningen har i delbetänkandet *Patientlag* föreslagit ett lagreglerat fritt val av utförare i öppen vård. Förslaget innebär att patienter under vissa förutsättningar kan välja primärvård och öppen specialiserad vård över landstingsgränserna. Förslaget kan skynda på en viss utjämning av oacceptabla skillnader mellan landstingen.

Ojämlighet ur ett systemperspektiv

Under de senaste decennierna har hälso- och sjukvården – liksom många andra samhällsinstitutioner – utvecklat gränssnitt mot medborgare och patienter som ofta ställer krav och förväntningar på de som använder dem. Enligt utredningens uppfattning har vårdens processer m.m. blivit allt mer likriktade. Systemen kan många gånger ses som konstruerade för att främja effektivitet inom organisationen men inte alltid för att möta de mångfacetterade behov och förutsättningar som finns i patientkollektivet. Som exempel förutsätts många gånger att patienter kan boka och boka om mottagningstider via olika webbsidor med hjälp av dator och elegitimation. Vid telefonkontakt med en vårdcentral etc. händer det alltmer sällan att samtalet besvaras av en ”riktig” människa. Istället ska patienten knappa in personnummer och sedan vänta vid telefonen för att bli uppringd.

Utredningen beskriver också ett antal exempel som visar på att ”göra jämligt är att göra skillnad”. Ett exempel som redovisas är arbetet med doulor i Västra Götalandsregionen, vilket har ökat tillgängligheten till vård för vissa grupper. Doulor är kvinnor med invandrarbakgrund och goda svenskkunskaper som ger stöd till gravida kvinnor med samma bakgrund.

Enligt utredningens bedömning bör ett tydligare fokus ligga på kompletterande vägar in i hälso- och sjukvården. Ett mer personligt och patientcentrerat synsätt på organisatoriska lösningar bör enligt utredningen ge förutsättningar för en mer jämlik tillgång till hälso och sjukvård.

Vidare anser utredningen att det bör ges utrymme och möjlighet till ersättning även för sådana kompletterande lösningar vid upphandling enligt lagen om offentlig upphandling samt i de regelböcker som styr godkännande av leverantörer i valfrihetssystem enligt lagen om valfrihetssystem.

Ojämlighet i det personliga mötet

En övervägande del av de beslut om vård och behandling som varje dag fattas i sjukvården, är resultat av ett personligt möte mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal. Studier visar att resultaten av dessa möten kan gestalta sig olika beroende på underliggande faktorer som utbildningsnivå, kön och födelseland.

Enligt utredningens bedömning bör vårdgivare genom ökad egenuppföljning granska vidtagna behandlingsinsatser utifrån bl.a. genus och socioekonomiska faktorer. Vidare bör verktyg för att underlätta kommunikation mellan patient och personal användas för patientgrupper som annars riskerar att förfördelas. I grundläggande vårdutbildningar bör utbildning om diskriminering och likvärdig vård ingå.

Patientklagomål

För att hälso- och sjukvården ska kunna utvecklas, både vad gäller kvalitet och effektivitet, måste patienten få möjlighet att göra sin röst hörd. Det finns många olika sätt genom vilka man kan fånga in patienternas synpunkter på vården. Ett vanligt sätt är patientenkäter av olika slag. Vid sidan av detta har patienterna möjlighet att framföra sina synpunkter på vården genom klagomål. Det är viktigt att komplettera olika patientundersökningar med en systematisk klagomålshantering.

Den första instans en patient bör vända sig till om man inte är nöjd med eller har frågor om vården är den mottagning/verksamhet där han eller hon har fått sin vård eller behandling. Många gånger kan de frågor eller motsättningar som uppkommit bäst hanteras i direkt anslutning till vårdtillfället, antingen av behandlande personal eller av t.ex. verksamhetschefen vid enheten. Patienterna kan även vända sig med frågor eller klagomål till patientnämnderna och till tillsynsmyndigheten. De har också möjlighet att begära ersättning från patient- eller läkemedelsförsäkringen.

Det finns en hel del erfarenheter att ta del av i olika former av patientklagomål. Det är samtidigt viktigt att understryka att patientklagomålen förmodligen är toppen på ett isberg. Socialstyrelsens vårdskademätning visar att det kan vara så många som drygt 100 000 patienter som skadas varje år i vården och så många som 3 000 som dör till följd av en vårdskada. Siffrorna kan exempelvis jämföras med att hälso- och sjukvården endast gör ca 2 100 lex Maria-anmälningar per år och att det 2012 anmäldes 12 900 skador till Patientförsäkringen LÖF. Mot denna bakgrund är det angeläget att ta alla tillfällen i akt att ta tillvara patienternas synpunkter från de olika instanser de kan vända sig till med sina klagomål. Patienternas anmälningar behövs för att få en mer komplett bild av verkligheten.

Förutom att den enskilda vårdenheten tar till sig och arbetar med patientklagomål är det angeläget att denna stora kunskapsmassa systematiskt ställs samman och analyseras. På regional nivå kan underlaget t.ex. användas för styrning och uppföljning, bl.a. för uppföljning av ingångna avtal där hälso- och sjukvård upphandlats från privata vårdgivare.

I ett nationellt perspektiv kan systematiska sammanställningar och analyser exempelvis visa på problem inom något specialistområde som förekommer på många olika håll i landet eller uppmärksamma helt nya företeelser eller riskområden.

Enligt utredningens bedömning bör regeringen ge Inspektionen för vård och omsorg i uppdrag att utveckla system för att aggregera, analysera, sammanställa och återföra erfarenheter från bl.a. anmälnings- och klagomålsärenden.

Patientnämnderna arbetar aktivt med att återföra händelser till de vårdgivare som har fått klagomål på sin verksamhet. Enligt utredningens bedömning bör Patientnämndernas erfarenheter emellertid tas till vara i större utsträckning i ett styrnings- och ledningsperspektiv i landsting och kommuner. Inspektionen för vård och omsorg bör, i samverkan med patientnämnderna, arbeta fram en modell så att man systematiskt kan tillvarata den information som patientnämnderna lämnar.

Lag och förordning om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet

Sedan hälso- och sjukvårdslagen (HSL) trädde i kraft har den ändrats ett 70-tal gånger. Den grundläggande strukturen i lagen har dock behållits oförändrad. Lagen är närmast ett ”lapptäcke” där bestämmelser av olika dignitet ligger samlade i paragrafer som i många fall följs av bokstäver. Ett antal paragrafer har också upphävts genom åren. Lagen innehåller inga kapitel och det är svårt att hitta specifika paragrafer eftersom de inte grupperats efter ämnen eller annat. Utredningen föreslår att HSL upphävs och ersätts av en ny lag – lagen om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet (organisationslagen).

Utredningens förslag innebär att vissa bestämmelser från HSL förs över i stort sett oförändrade till organisationslagen, medan andra bestämmelser endast har omarbetats språkligt och/eller redaktionellt. I begränsad utsträckning föreslås nyskrivna bestämmelser i organisationslagen. Dessa har i huvudsak tillkommit i förtydligande syfte eller som en konsekvens av utredningens förslag i delbetänkandet *Patientlag*.

Hälso- och sjukvården har genomgått stora förändringar under de tre decennier som har gått sedan HSL:s införande. De regler om krav och skyldigheter för huvudmän och vårdgivare som ursprungligen fanns i lagen utgick från en situation då i princip all vård i landet gavs av landsting. I dag ansvarar kommunerna för en del av hälso- och sjukvården och delar av den offentligt finansierade vården utförs av företag eller organisationer. Det har därmed blivit mer angeläget att det tydligt framgår vilket ansvar som vilar på de olika huvudmännen eller beställarna och vilket ansvar som de olika vårdgivarna eller utförarna har. I den nya organisationslagen föreslås definitioner av begreppen huvudman och vårdgivare. Dessutom utgår organisationslagens struktur från de olika aktörerna inom hälso- och sjukvårdsområdet och deras ansvar. Bestämmelser av liknande karaktär har samlats och sammanförts med ansvarsfördelningen som grund.

I likhet med utredningens förslag till patientlag har utredningen även vad gäller organisationslagen valt att strukturera lagen på ett sätt som ska underlätta senare utveckling och införandet av nya bestämmelser. På grund av lagens omfattning har utredningen valt att dela in lagen i avdelningar. Under varje avdelning finns kapitel med egen paragrafnumrering. Den i jämförelse med HSL mer omfattande uppdelningen av lagens olika bestämmelser avser att underlätta läsning och åstadkomma en mer pedagogisk och överblickbar reglering.

Någon samlande förordning på hälso- och sjukvårdens område har hitintills inte funnits. Utredningen anser att en samlande förordning skulle vara värdefull och ge en bättre överblick över regleringen på området. Utredningen föreslår därför att en ny förordning ska införas som samlar bestämmelser i nu gällande förordningar som innehåller detaljreglering avseende organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet. Utredningen föreslår också att vissa detaljbestämmelser som i dag regleras i HSL i stället förs över till förordningen.

Utredningen föreslår även att lagen om vissa anställningar som läkare vid upplåtta enheter, m.m. upphävs. Innehållet i lagen förs över till annan författning, utom

beträffande den särskilda regleringen avseende möjlighet till visstidsanställning av läkare med specialistkompetens som utgår helt.

Utredningen föreslår att lagförslagen ska träda i kraft den 1 januari 2015. Utredningen föreslår vidare en övergångsbestämmelse som är kopplad till förslaget om upphävande av lagen om vissa anställningar som läkare vid upplåtna enheter, m.m.

Planerings- och betällarstaben
Lena Weinstock Svedh
Tfn: 063-14 24 74
E-post: lena.weinstock-svedh@jll.se

2013-10-08

Kompletteringar/justeringar förfrågningsunderlag Hälsoval 2014 (Dnr LS 680/2013)

Tillägg

Punkt 2.2.2.1 Hälsoundersökningar för asylsökande med flera

I enlighet med regional överenskommelse där Regionförbundet, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Länsstyrelsen, Migrationsverket samt Jämtlands läns landsting ska vårdgivaren erbjuda hälsoundersökningar snarast till asylsökande, kvotflyktingar, och individer med familjeanknytning, i enlighet med gällande anvisningar från landstinget enligt lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m fl och lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlännningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

Punkt 2.2.3.5 Sjukskrivningsprocessen och rehabiliteringsgarantin

Alla läkarintyg ska skickas elektroniskt till Försäkringskassan. Från hösten 2013 kommer intygstjänsten i "Mina vårdkontakter" att vara mottagare av intygen. Patienten kan där själv välja att skicka intyget till Försäkringskassan. Kvaliteten på intyg måste förbättras och bli tydligare, då eventuella kompletteringar försvårar patientens möjlighet att få ersättning

Punkt 2.2.4 Kris och katastrofberedskap

Vårdgivaren ska följa gällande författningar inom krisberedskapsområdet. Därutöver ska vårdgivaren följa ~~policy för riskhantering och krisberedskap i Jämtlands läns landsting och den Regionala kris- och katastrofmedicinska beredskapsplanen för Jämtlands läns landsting.~~

Varje vårdenhets ska kunna sända ut sjukvårdsgrupper till en skadeplats vid allvarlig händelse. Vårdgivaren ska samverka med övriga vårdenheter inom sin kommun för planering samt införskaffande av utrustning och läkemedel för sjukvårdsgrupper i enlighet med den Regionala kris- och katastrofmedicinska beredskapsplanen

~~Vårdgivaren ska svara för att förnya och bekosta läkemedel i det katastrofförråd som finns i lokalerna i enlighet med landstingets riktlinjer.~~

Uppföljning av den katastrofmedicinska förmågan sker årligen i dialogform mellan vårdgivaren och ~~Enheten för krisberedskap, säkerhet och miljö. på Ledningsstab~~ kvalitet.

Punkt 2.2.9 It-tjänster/system

Landstinget erbjuder vårdgivaren att använda landstingets vårdadministrativa system enligt givna rutiner. Under 2014 kommer landstinget att byta vårdadministrativt system.

Punkt 2.2.12.5 E-tjänster och utveckling av informationstjänster

De beslutade e-tjänster som vårdgivarna här minst ska erbjuda är: *Förnya recept, av-/omboka tid, ~~önska~~ beställa tid, förnya preventivmedel, förnya hjälpmedel, hjälp oss att bli bättre samt. kontakta mig.*

Justeringar**Punkt 1.19 Avtalstid**

Avtalstiden är till och med ~~2104-12-31~~ 2014-12-31

Punkt 2.2.3.1 Kömiljarden

Från 2013 kan primärvårdens åtagande komma att ingå i satsningen.

Punkt 2.2.15.9 Ambulansverksamhet i Gäddede

För att starta vårdenhet i det geografiska närområdet för Gäddede kan uppdraget att bedriva ambulanssjukvård ingå. ~~Utredning kommer att ske avseende organisationstillhörigheten för ambulansverksamheten i Gäddede. Detta kan från 1 juli 2013 komma att påverka gällande tilläggsuppdrag.~~

Punkt 3.1 Ersättning för listade personer

Totalt fördelas preliminärt ~~529 933~~ 537 856 tkr som ersättning per individ.

Punkt 3.1.1 Ersättning per listad person

Ersättningen grundar sig på föregående års besöksmönster i olika åldersgrupper i länet. Totalt fördelas preliminärt ~~240 768~~ 246 428 tkr som ersättning per listad person. Ersättningen för vikt 1,00 är ~~4 940~~ 1 955 kr. Ersättningen kan variera något utifrån förändringar i antalet invånare i länet.

Ersättningen viktas inom fem åldersgrupper.

Vikterna nedan avser ~~2013~~ 2014

Åldersklass	Vikt
0-6	1,02 0,98
7-19	0,38 0,36
20-64	0,77
65-74	1,41
75-w	2,66 2,69

Punkt 3.1.2 Socioekonomisk faktor

~~2013~~ 2014 är den preliminära genomsnittliga ersättningen per invånare i Jämtlands län ~~472 489~~kr, totalt ~~59 444~~ 61 607 tkr.

Punkt 3.1.3 Glesbygdsfaktor

Totalt fördelas 68 000 tkr som glesbygdsfaktor. Ersättningen baseras på avståndet från vårdenheten till Östersund och är indelad i fem avståndsintervaller. Ersättningen för vikt 1,00 är ~~803~~ 779 kr per listad invånare. Ersättningen kan variera något utifrån förändringar i antalet invånare i länet.

Punkt 3.1.4 Läkemedel

Den preliminära ersättningen för allmänläkemedel med vikt 1,0 är ~~1 247~~ 1 248 kr under ~~2013~~ 2014, totalt 157 321 tkr.

Vikterna nedan avser ~~2013~~ 2014.

Ålder	Vikt
0-4	0,19 0,26
5-9	0,14 0,14
10-14	0,28 0,28
15-19	0,21 0,19
20-24	0,20 0,20
25-29	0,32 0,31
30-34	0,31 0,36
35-39	0,39 0,43
40-44	0,45 0,49
45-49	0,72 0,74
50-54	0,94 0,98
55-59	1,17 1,22
60-64	1,52 1,54
65-69	1,96 1,94
70-74	2,50 2,37
75-79	2,76 2,71
80-84	3,13 2,92
85-89	3,12 2,92
90-94	3,48 3,17
95-99	3,08 2,98
100-104	3,40 1,46

Punkt 3.2.2 Patienter från andra landsting och andra länder

Följande belopp gäller för 2013 men är ej fastställda för 2014. Till detta kommer patientavgift enligt landstingets fastställda vårdavgifter.

Läkarbesök utomlänspatient	1 757 1 808 kr
Sjukvårdande behandling utomlänspatient	702 723 kr

Punkt 3.2.3 Asylsökande kvotflyktingar

Ersättning ges med samma ersättningsbelopp per besök eller vård dag/vårdtillfälle, med avdrag för eventuella patientavgifter, som gäller för utomlänspatienter.

Hälsoundersökning av asylsökande, inklusive hälsosamtal och tolkkostnader, ersätts år ~~2012 med 2020~~ 2013 med 2 070 kr. Beloppet justeras årligen med förändringen av konsumentprisindex.

Punkt 3.2.6 Grundersättning för folkhälsoinsatser

~~4 400~~ 4 500 tkr avsätts år ~~2013~~ 2014 för folkhälsoinsatser som fördelas enligt ”ersättning per listad person”, punkt 3.1.1.

Punkt 3.2.7 Ersättning för utbildning och handledning

Ersättning för studenter från Mittuniversitet var för år 2012 2013 1410 1418 kr per student och vecka. Avdrag görs för praktikplatssamordning med 200 kr och samordnande funktion för handledning av sjuksköterskestudenter med 440 150 kr per student och vecka.

För övriga studenter från Umeå Universitet var ersättningen för år 2012 2013 1410 1418 kr per student och vecka. Avdrag görs i förekommande fall för praktikplatssamordning med 310 kr per student och vecka.

3.2.9 Utveckling 2013

~~Landstinget kommer successivt att utveckla ersättningsmodellen för Hälsoval Jämtlands län.~~

~~Under 2013 kommer bland annat följande att ses över:~~

- ~~• ACG~~
- ~~• Glesbygdsersättningen~~
- ~~• Täckningsgrad~~
- ~~• Kostnadsansvar för besök utanför Jämtlands län~~
- ~~• Målrelaterad ersättning~~

~~Landstinget kan under 2013 komma att få statliga stimulansmedel för att utveckla vårdvalssystem.~~

Punkt 3.3.8 Ambulansverksamhet i Gäddede

Landstinget ersätter uppdraget att bedriva ambulansverksamhet i Gäddede 2013 med 4 323 000 4 414 000 kr för år 2014.

Hälso- och sjukvårdsstaben
Nina Fållbäck Svensson
Tfn: 063-14 24 74
E-post: nina.fallback-svensson@jll.se

2013-10-11

Dnr LS 1337/2013

Sjukvårdens utveckling i Hede Vemdalen ek förening
Box 163
Råndalsvägen 13
840 93 Hede

Landstingets beslut om filial till Svegs hälsocentral på Vemdalskalet

Styrelsen för Fjällhälsan har i ett brev till landstingsstyrelsen ställt frågor om beslutet för Svegs hälsocentral att öppna filial på Vemdalskalet.

I brevet framgår att Fjällhälsan själva sökt möjlighet att etablera sig på Vemdalskalet men hyreskostnaden har varit så hög att det inte funnits någon ekonomisk bärighet i projektet och undrar därför hur landstingets kalkyl för denna investering ser ut. Landstingets primärvård har lämnat en ekonomisk kalkyl, men då det kan vara till skada för landstinget om den utlämnas lämnar landstinget inte ut dessa uppgifter.

Vidare ställer sig Fjällhälsan frågan om hur landstingsstyrelsen ser på att landstinget av skattemedel bygger upp ett nytt kostnadsställe för turister. Svegs hälsocentral har, utifrån ett efterfrågat behov, för avsikt att bygga upp en verksamhet som ska gynna alla som befinner sig i området, såväl ortsbefolkning som turister inom- och utomläns.

I det diskussionsunderlag om hälsoval 2015 som alla nuvarande leverantörer fått tagit del av har bland annat filialer avhandlats med för och nackdelar med olika alternativ. Något beslut i frågan är ännu inte fattat.

Den modell som nuvarande regering beslutat om, med obligatoriskt vårdval för primärvård, bygger på konkurrens. I det regelverk som Jämtlands läns landsting skapat för detta finns inga begränsningar i antal vårdenheter eller filialer och samma förutsättningar gäller oavsett driftform. Att utesluta Svegs hälsocentral från att öppna filial på Vemdalskalet strider mot förfrågningsunderlaget i Hälsoval Jämtlands län.

JÄMTLANDS LÄNS LANDSTINGSSTYRELSE

Harriet Jorderud
Landstingsstyrelsens ordförande

Björn Eriksson
Landstingsdirektör

Till
Landstingsstyrelsen i Jämtlands Län

Ärende: Landstingets beslut om filial till Svegs hälsocentral på Vemdalsskalet

Styrelsen för Fjällhälsan har informerats om att Landstinget startar en filial på Vemdalsskalet under Svegs Hälsocentral.

Detta förvånar oss då det ligger inom vårt upptagningsområde, varför det hade varit naturligt att landstinget tagit kontakt med oss i frågan i god tid innan ansökan.

Vi har under de senaste åren sökt möjligheter att etablera oss med filial på Vemdalsskalet men hyreskostnaden har varit så hög att vi inte kunnat se ekonomisk bärighet i projektet.

- **Hur ser landstingets kalkyl ut för denna investering?**

Både vi och landstinget har ju som uppgift att ge våra skattebetalare, som även är de som är listade till våra hälsocentraler, bästa möjliga service. Gästande turister skall därutöver ges den vård som kan uppstå under deras vistelse i vårt område. Att bygga upp ett nytt kostnadsställe enbart för turismen av skattemedel anser vi vara orimligt.

- **Hur ser landstingsstyrelsen på den synpunkten?**

I avtalsförslaget inför 2015 har landstinget föreslagit att man ska få öppna filial i annan kommun än där man har sin huvudhälsocentral samt att förutsättningen för filial är att det finns listade i det området.

- **Hur kan landstinget bevilja sin egen hälsocentral att öppna filial i ett område där de definitivt inte har listade patienter, endast turister?**

Vi kommer att föreslå våra medlemmar och ägare på en extrastämma att starta en filial i Vemdalen. Vår intention är att Härjedalens befolkning ska få närmare till vård.

Hede 2013-09-26

Styrelsen för Sjukvårdens utveckling i Hede Vemdalen ekonomisk förening

Bengt Liljemark
ordförande

Lena Daabach
vice ordförande

Sjukvårdens utveckling i Hede/Vemdalen ekonomiska förening
Box 163

Råndalsvägen 13
840 93 Hede
Org nr 769612-3582
www.fjallhalsan.se

tel nr 0684-160 02
fax nr 0684-160 05

Socialdepartementet

103 33 Stockholm

Hemställan om lagändring av patientdatalagen

Landstingen och regionerna hemställer om att regeringen vidtar åtgärder för att ändra patientdatalagen (2008:355) på så sätt att anvisningen i 9 kap. 3 §, om landstingens ansvar för journalhandlingar avseende elevhälsan hos fristående skolor, övergår till den kommun där skolan var belägen.

Patientdatalagen 9 kap. 1 § och 3 § gäller för all enskild hälso- och sjukvård. Enligt skollagen (2010:800) kan en enskild fristående skola ansöka och godkännas som huvudman. Journalhandlingar inom elevhälsan hos en fristående skola (2 kap. 25-28 §§ skollagen) omfattas av 9 kap. 1 § och 3 § patientdatalagen. Detta innebär att journalhandlingar som finns inom fristående skolor bland annat vid konkurs ska omhändertas och arkiveras av landstingen/regionerna. Ansvaret enligt 9 kap. 3 § patientdatalagen bör ändras så att den kommun där skolan var belägen övertar ansvaret för journalhandlingar avseende elevhälsa hos fristående skolor i konkurs.

Detta skulle bland annat innebära att journalhandlingar från fristående skolor hamnar hos samma arkivmyndighet som betygen (jfr nedan). Det är en logisk koppling till det ansvar som genom ekonomiska bidrag (skolpeng) åvilar kommunerna och kommunernas yttersta ansvar att bereda plats för elever för den händelse en fristående skola - av ekonomiska skäl eller av Skolinspektionen - stängs. Ur allmänhetens synvinkel kan även antas att den som söker efter en elevhälsojournal i första hand vänder sig till den kommun där den fristående skolan var belägen eller hade sitt huvudkontor.

En fristående skola får som huvudman överlåta ansvaret för medicinska insatser inom elevhälsan till en kommun eller ett landsting om de berörda huvudmännen är överens om det. I dessa fall aktualiseras inte denna problematik.

Att arkiv splittras på det sätt att skolhälsojournaler förvaras på ett ställe och resten av skolans arkiv på ett annat ställe strider mot principen att hålla arkiv samlade och får konsekvenser för återsökning och tillgänglighet för skolor, elever, allmänhet och forskare som nu och i framtiden vill ta del av materialet.

Jämförelse med betyg

Fristående skolor omfattas till skillnad från skolor med offentliga huvudmän varken av offentlighetsprincipen eller av skyldigheten att arkivera handlingar enligt arkivlagen (1990:782). Handlingar i fristående skolor är alltså varken allmänna eller offentliga. De fristående skolornas huvudmän omfattas inte heller av bestämmelserna i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). En gemensam paragraf som reglerar tystnadsplikten i all enskilt bedriven verksamhet finns i den nya skollagen (källa: Skolverket).

Huvudmannen för en fristående skola där betyg sätts ska lämna över elevernas slutbetyg eller de betygsdokument som eleven får efter fullföljd gymnasieutbildning till den kommun där skolan är belägen. När det gäller slutbetyg blir den här bestämmelsen tillämplig första gången på betyg som utfärdas läsåret 2011/12. Härigenom får elever på fristående skolor samma möjligheter som elever i offentliga skolor att i efterhand kunna få uppgifter på genomförd skolgång, till exempel om originalbetyget har förkommit och den fristående skolan där eleven gått inte längre finns kvar (källa: Skolverket).

Samtliga landsting/regioner i Sverige

Kopia för kännedom

Sveriges Kommuner och Landsting

Inspektionen för vård och omsorg



Avdelningen för vård och omsorg
Sektionen för hälso-och sjukvård
Bo Claesson

Landstingsstyrelserna/regionstyrelserna

Rekommendation om gemensam enhetlig modell för preventivmedelssubvention

Dnr 12/7264

Förbundsstyrelsens beslut

Styrelsen för Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har vid sammanträde den 14 juni 2013 beslutat

att rekommendera lanstingen och regionerna om en gemensam enhetlig modell för preventivmedelssubvention som innebär

att åldersgräns för subvention är till och med 25 år,

att egen kostnad inte ska överstiga 100 kr vid köp av subventionerade preventivmedel, samt

att preventivmedel ska ingå i läkemedelsförmånerna för att vara aktuella för subvention.

Bakgrund

Den 24 november 2011 fick sjukvårdsdelegationen en muntlig redogörelse om problemen med hur den hormonella preventivmedelssubventionen för unga flickor och kvinnor fungerar för närvarande i landet. Under 2012 fick förbundskansliet ett uppdrag att se över dagens modell för preventivmedelssubvention i syfte att komma med ett förslag som kan antas av alla landsting.

Frågan har diskuterats vid ett antal olika konferenser och möten under 2012 med företrädare för såväl professionen som landstingens läkemedelsenheter och läkemedelskommittéer. Vid dessa möten har framkommit att våra landsting/regioner gärna ser enhetliga regler.

På landstingsledningskonferensen den 25 april diskuterades frågan grundligt. Förbundskansliet uppfattade att flertalet stödde kravet att p-medel ska ingå i läkemedelsförmånerna och att åldersgränsen 25 år uppfattades som okontroversiell. Det fanns en samsyn i att ett gemensamt principiellt ställningstagande var ett mycket önskvärt mål.

Landstingsföreträdare från landsting som idag har inte har någon egen kostnad hade vissa invändningar mot att höja sin avgift till tidigare föreslagna 200 kr per år. Därför föreslås beloppsgränsen nu sänkas till 100 kr, vilket sedan länge varit den rådande gränsen i många landsting.

Sveriges Kommuner och Landsting


Anders Knappe
Ordförande

Brev om genomförandet av nationell upphandling avseende luftburen ambulanssjukvård med flygplan

Nedan följer en kort redogörelse av nuläget och arbetet inför nationell upphandling av ambulanstransport med flygplan där Västerbottens läns landsting (VLL) på nationellt möte den 6:e februari i år utsetts att genomföra upphandlingen. Det finns redan nu möjlighet för er att fatta beslut om att delta i upphandlingen.

Upphandlingen avser en B-tjänst och kommer att genomföras med antingen ett förenklat förfarande eller urvalsförfarande. Båda upphandlingsformerna ger möjlighet till förhandling.

Upphandlingen omfattar enbart flygtjänsten.

Totala volymen flygtimmar beräknas idag till ca 4 400 för hela Sverige, varav norra Sverige ca 2 400 flygtimmar och övriga Sverige beräknas till ca 2 000 flygtimmar.

Upphandlingen omfattar två flygplan i norra Sverige, (ett dygnsplan samt ett dagplan) och två flygplan i mellersta/södra Sverige, (ett dygnsplan samt ett dagplan).

Landstingen avser att överta:

- Drift av nationell koordineringscentral
- Standardisering, inköp, ägande och underhåll av medicinteknisk utrustning
- Bemanning med sjuksköterska i flygplan

Den nationella arbetsgruppen har föreslagit en finansieringsmodell som bygger på en fast kostnad för organisationen, vilken förvaltas av VLL. Flygtimkostnaden i övrigt kommer att vara rörlig.

Enligt nationella arbetsgruppen bärs den fasta kostnaden väsentligen av leverantören idag. Den fasta kostnaden fördelas bland landstingen baserat på två faktorer, yta och befolkning. Den fasta kostnaden utgör en startavgift för varje flyguppdrag. Arbetsgruppens förslag inkluderar ett kostnadstak för startavgiften så att de som har mycket små volymer har möjlighet att delta.

Den nationella arbetsgruppens beslutsunderlag bereddes av den politiska styrgruppen 13 september samt presenteras för Landstingens politiska seminariumdagar på Högberga den 24-25:e oktober.

Landstingen och regioner som redan nu vet med er att ni vill vara med i upphandlingen kan fylla i, underteckna och skicka in bifogad fullmakt till VLL på adress:

Avdelningen för Upphandling

Att: Marcus Lindberg

Västerbottens läns landsting

Norrlands universitetssjukhus

901 85 Umeå

För övriga som önskar ytterligare information kommer en arbetsutgåva av förfrågningsunderlaget att vara tillgänglig i mitten av oktober. Detta förutsätter undertecknande av sekretessavtal.

Anmälan om deltagande i upphandlingen måste göras innan upphandlingen annonseras. Därefter färdigställs slutlig version av förfrågningsunderlaget och upphandlingen annonseras preliminärt under november månad.

Frågor om sekretess, upphandling och förfrågningsunderlag till Marcus Lindberg, VLL, marcus.lindberg@vll.se. Frågor om den ekonomiska fördelningsmodellen till Ingela Jönsson, Planeringschef, Jämtlands läns landsting, ingela.jonsson@jll.se. Andra frågor koordineras via den nationella projektledaren, Mats Friberg, mats.friberg@vgregion.se, 0709-50 41 31. Frågor till politiska styrgruppen via ordförande Erik Weiman, 0706-91 60 26, vxl 018-611 60 26. Ytterligare information kommer att lämnas på Ledningsseminariet på Högborga 24:e oktober.

Kort historik

VLL arrangerade den 25-26:e mars dels studiebesök vid den flygkoordineringscentral som idag används för norra regionen dels ett seminarium på Medlefors Folkhögskola, Skellefteå där framförallt medicintekniska produkter i flygplan men även en framtida nationell koordinering diskuterades.

För att fånga upp signaler från potentiella leverantörer avseende kommande upphandling samt framtiden för luftburen ambulanstransport bjöd landstingen in till en öppen hearing den 16:e maj på Dalarnas hus i Stockholm. Fem nordiska leverantörer deltog.

Den 27-28:e augusti stod VLL som värd för ett möte i Umeå med ansatsen att bygga vidare på resultaten från hearingen och mötet i Skellefteå. Under processen har bilden av vad verksamheten efterfrågar för denna tjänst blivit allt tydligare och arbetsmaterialet utvecklats.

Värmlands läns landsting arrangerade den 3:e oktober seminarium med leverantörer av medicintekniska produkter och medicinsk inredning i ambulansflygplan.

För Styrgruppen för nationell samordning av luftburen ambulanssjukvård.

Erik Weiman

Styrgruppens ordförande
Landstingsråd i Uppsala läns landsting

Bilaga: Mall för fullmakt

BILAGA:**Fullmakt avseende uppdrag för genomförande av upphandling av luftburen ambulanssjukvård med flygplan**

Xxx, organisationsnummer, (nedan kallad uppdragsgivare) ger härmed Marcus Lindberg, upphandlare, Västerbottens läns landsting, eller den han sätter i sitt ställe, i uppdrag att för uppdragsgivarens räkning genomföra upphandling av luftburen ambulanssjukvård med flygplan.

Ort, 2013-mm-dd

Namn

Titel

Organisation

Tilldelningsbeslut fattas av uppdragsgivaren i enlighet med förslag som framställs av den upphandlande myndighetens ansvariga upphandlare. Förslag till tilldelningsbeslut med utvärderingsrapport sänds till uppdragsgivarens affärsmässiga kontaktperson för handläggning och beslut.

AVTAL OM SAMVERKAN RÖRANDE UPPHANDLADE TJÄNSTER AVSEENDE FLYGAMBULANS

Avtalsparter

Parter i detta avtal är nedan angivna landsting och regioner, härnåfter gemensamt benämnda som **Parterna** respektive **Part**.

Västerbottens Läns Landsting (**VLL**)

Landstinget X

Landstinget Y

Landstinget Z

1 Bakgrund och omfattning

Ovan angivna landsting och regioner (Parterna) genomför en samordnad upphandling av nationell tjänst för fixed-wing flygambulans, för såväl patient- som organtransporter. Upphandlingen omfattar själva flygtjänsten.

I landstingsregi övertas:

- Drift av nationell koordineringscentral
- Standardisering, anskaffning, ägande och underhåll av medicinteknisk utrustning
- Bemanning med sjuksköterska i flygplan

Upphandlingen genomförs av VLL med deltagare från övriga Parter.

2 Koordineringscentral

I koordineringscentralens uppgifter ingår följande:

- Mottagning av beställningar av flygtransporter
- Planering av flygschema
- Flight planning
- Planering av marktransporter till och från flygplatser
- Planering av transporter med särskilda vårdbehov; neonatal, ECMO och IVA
- Statistik

3 Medicinteknisk utrustning

VLL svarar för anskaffning och underhåll av den medicintekniska utrustning som ska användas i flygplanen. Utrustningen framgår av bilaga 1. Viss utrustning såsom IVA-bårar, ECMO-utrustning och transportkuvöser som idag ägs av andra Parter kan även fortsättningsvis ägas av dessa. I sådant fall svarar den Part som äger utrustningen för drift och underhåll av denna.

4 Bemanning

VLL svarar för att flygplanen bemannas med sjukvårdspersonal. Vid normaluppdrag är bemanningen en (1) anesthesi/IVA-sjuksköterska per flygplan. VLL är vårdgivare.

Vid vissa transporter såsom neonatal, ECMO och IVA kan även personal ur sådana team från andra Parter användas.

5 Ekonomi

Parterna är överens om att de solidariskt ska finansiera den gemensamma driften av koordineringscentral, anskaffning och underhåll av medicinteknisk utrustning, ordinarie sjuksköterskebemanning i flygplanen samt administration. Kostnaderna ska fördelas mellan Parterna utifrån yta och invånarantal i respektive Part med xx % på vardera kriteriet. Kostnaden utgår som en startavgift per påbörjat flyguppdrag. Startavgiften är dock maximerad till 10 000 kr per flygtimme. Överskjutande del av startavgiften ska fördelas mellan övriga Parter.

Kostnader för organtransporter fördelas helt utifrån antalet faktiska uppdrag och faktureras direkt till beställande Part.

Kostnader för särskilda vård-team (neonatal, ECMO och IVA) fördelas utifrån antalet faktiska uppdrag och faktureras från den Part som tillhandahåller teamet till beställande Part.

Övriga upphandlade kostnader (flygoperatörens kostnader) är rörliga utifrån utnyttjade timmar. Dessa betalas av respektive Part.

6 Prisjustering

Startavgiften fastställs årligen av Västerbottens Läns Landsting. Den maximala avgiften om 10 000 kr ska räknas upp årligen med landstingsprisindex.

7 Organisation

VLL svarar för organisation och praktisk drift av den landstingsdrivna verksamheten som anges i punkterna 1 – 4.

VLL svarar vidare för avtalsförvaltning och uppföljning gentemot flygoperatören i enlighet med villkoren i upphandlingskontraktet. Minnesanteckningar från möten och annan relevant information ska delges alla Parter. Alla deltagande Parter äger rätt att delta vid uppföljningsmöten med flygoperatören.

8 Fakturering

Fakturering sker månadsvis i efterskott.

Överskjutande delar av startavgifter enligt punkt 5 sista meningen faktureras en gång årligen.

9 Uppföljning

Parterna ska gemensamt löpande följa upp utfallet av den verksamhet som bedrivs inom ramen för detta avtal. VLL är sammankallande för uppföljningsmöten som ska hålla minst två gånger per år.

Inom två år från starten av upphandlingskontraktet med flygoperatören startat ska en utvärdering av de verksamhetsmässiga och ekonomiska effekterna av detta avtal utvärderas.

10 Avtalstid

Avtalet gäller från att det har undertecknats av samtliga Parter och under hela den tid som det upphandlade avtalet med flygoperatören är giltigt. Förtida uppsägning, hävning eller förlängning av avtalet med flygoperatören ska även gälla för detta avtal.

-o0o-

Detta avtal har upprättats i x exemplar av vilka vardera Part tagit var sitt.

Bilagor

1. Medicinteknisk utrustning

Medicinteknisk utrustning i flygplan

Västerbottens Läns Landsting ska anskaffa och underhålla följande utrustning för användning i de flygplan som upphandlas i den nationella upphandlingen av flygambulanstjänster, dnr VLL xxx-2013.

Sprutpumpar

Övervakning med def och pacing

Blodvärmare

Blodgasanalysatorer

Koldioxidmätare

Glukosmätare



Kontanthantering i Sjukhusreceptionen

Ansvarig: Jonas Törngren , Centrumchef

1 SYFTE

Utredning för komplettering till landstingsstyrelsen av konsekvenser och kostnader att införa kontanthantering i Sjukhusreceptionen

2 BAKGRUND

Teknikutvecklingen har gått framåt de senaste åren och allt fler funktioner i samhället överger pengahantering till förmån för andra typer av betalningslösningar (betalkort, e-fakturor, pappersfakturor, internet etc). Vinsten är framför allt en säkrare arbetsmiljö för den personal som sitter i olika kassor men även investeringsvinster, inre miljö och administrativa fördelar ses. Man slipper kostsamma och låsta säkerhetslösningar i receptioner och kan istället bygga dem mer öppna, tillgängliga och välkomnande. Inte heller behöver man anlita vaktbolag för att transportera pengar mellan kassorna och banker/bankfack.

När Östersunds sjukhus nya sjukhusreception byggdes var därför utgångspunkten att man inte skulle hantera kontanter. Istället förordades fakturahantering där avgifter för fakturabetalning inte tas ut. Dessa kostnader kvittas istället mot de som uppkommer vid kontanthantering. Syftet med att inte hantera kontanter var att i första hand erbjuda en öppen och välkomnande atmosfär för våra besökare utan säkerhetsåtgärder som förhindrar detta. Men även snabbare och smidigare hantering och på sikt en "självincheckning" där patienten själv meddelar sin ankomst utan kontakt med receptionspersonalen förutsågs (finns idag i full drift i Karlstad). Ambitionen var att mötet med Jämtlands läns landsting och Östersunds sjukhus skulle präglas av ömsesidigt förtroende, tillgänglighet och medmänsklighet.

Beslut i landstingsstyrelsen togs dock om att även kortbetalning skulle tillåtas varför terminaler inköptes och redovisningsrutiner upprättades. Korthantering har inte medfört några problem om vi bortser från att det tar lite längre tid att registrera och betjäna varje besökare. Vi ligger högt i servicenivå och målet med att 75 % av våra besökare ska tas om hand inom 4 minuter har vi kunnat hålla.

I Gävleborg och Värmland har man sedan flera år tillbaka haft en helt kontantfri lösning där man varken betalar med kort eller pengar. Samtliga besök faktureras utan någon faktureringsavgift. För de äldre patienterna är detta en bättre lösning än att kräva exempelvis kortbetalning istället för pengar eftersom alla vuxna människor, oavsett ålder, betalar sina räkningar. Ytterligare en faktura ställer inte till något besvär.

Vinsterna är stora avseende säkerhet. Man slipper kostnader för transport och säkerhetslösningar av pengar. Köbildningen blir mindre eftersom kontanthantering tar tid. Man har också möjlighet att införa en självbetjäningsterminal. Även Östergötland har en kontantfri lösning och flera andra landsting arbetar med frågan.

Beslutet om att kontanter inte ska hanteras i Sjukhusreceptionen överklagades till förvaltningsrätten och vidare till kammarrätten, där avgörande blev att man ska kunna betala med kontanter när man besöker Östersunds sjukhus.

3 ÅTGÄRDER OCH KOSTNADER

- I första hand måste ett tryggt och säkert kassasystem införas och på marknaden finns ett antal. Ett är DepoCash som finns inom andra landsting tex Halland.
 - Kostnad 34 100 kr exkl moms
 - Frakt och inbärning 2 200 kr

Summa: 36 300 kr

- Transport av pengar till ”bankning” måste planeras. Hur frekvent denna ska vara är ju helt beroende av hur många besökare som väljer att betala med kontanter. Idag har vi mellan 600-650 besökare per dag där avgiften ligger allt mellan 100-250 kronor per besökare fram till frikortsgåränsen.
 - Kostnaden har inte hunnit beräknas
- Säkerhetsmässiga åtgärder för personalen kan innebära inglasning av sjukhusreceptionen. På en förfrågan till fastighet kom följande svar ”För att få en exakt kostnad för detta krävs ett jobb som kostar ca 50 – 60 000 kr att utreda”. Andra sjukhus som glasat in uppskattar kostnaden hos oss till någonstans mellan 300 000-500 000 kr

Uppskattad kostnad+Utredningskostnad:

Summa: 350 000 - 560 000 kr

- **Växelkassehantering**
Planering av växelkassehantering måste göras och kassaskåp måste inköpas. På marknaden finns en mängd att välja på i olika prisgrupper.

Summa: ca 10 000 kr

- **Långre väntetider**
Skulle kontanter införas kommer det att påverka betjäningstiderna. I vilken omfattning är svårt att avgöra eftersom det helt beror på i vilken omfattning besökaren väljer detta betalningssätt. Idag tar vi emot mellan 600-650 besökare varje dag som ska registreras.
- **Utökad tjänstgöringstid**
Kassor skall räknas och stämmas av vilket innebär utökad arbetstid pga ökad administration
 - Kostnaden har inte hunnit beräknas

4 KONSEKVENSER / SYNPUNKTER

Östersunds sjukhus har idag en tillgänglig och öppen sjukhusreception utan särskilda säkerhetsinvesteringar vilket ger både bra arbetsmiljö och en välkomnande atmosfär. Att tvingas göra säkerhetslösningar som begränsar och i vis mån förstör detta känns otidsenligt och kan också öka stressen för många patienter och anhöriga som redan känner stort obehag inför undersökningar, behandlingar eller besked om sjukdom.

Samtidigt finns det i anslutning till sjukhusreceptionen en redan etablerad kontanthantering i form av Café Entré. De få patienter som av olika skäl absolut inte kan tänka sig faktura eller att betala med kort kan därför hänvisas dit för kontantbetalning. Avståndet är kort och därmed minimeras obehaget att gå till en annan funktion för kontantbetalning. Samtidigt kan Östersunds sjukhus behålla den numer Sverigebekanta receptionslösningen som många andra sjukhus visat intresse för.

Den mest påtagliga konsekvensen av införande av kontanter är den risk för rån/hot och våld som personalgruppen kan utsättas för. Bara risken kan påverka receptionisterna trygghet på ett sätt att vi förlorar öppenheten mot besökarna. Kassahantering i en reception med sådan genomströmning kan inte jämföras med ett Café varför samma säkerhetsanordningar inte behövs där. Av detta skäl kan betalning i café Entré vara ett bra alternativ. Vi förutsätter att det blir ytterst få som väljer att betala med kontanta medel om man får gå till Café Entré för detta men samtidigt kan de som anser det nödvändigt slippa betala med kort eller faktura. Om receptionen tar emot kontanter krävs alltså fler säkerhetsanordningar eftersom sannolikheten ökar att man betalar med kontanter av gammal vana. Förutom hotbilden ökar väntetiderna och administrationen och med detta personalkostnaderna.

Värt att nämna är att sjukhusets reception har fått många goda vitsord runt hela vårt land och står som en förebild för receptioner och då inte bara på sjukhus. Det är öppenheten, tillgängligheten och servicenivån som imponerar på andra som ska bygga om sina receptioner. Vi får förfrågningar från hela landet om hur vi tänkte och vad som var viktigast för oss i uppbyggnaden. Svaret är bemötande och personalens trygghet. Att ha en inbjudande och välkomnande entré och sjukhusreception med gott mottagande har sin givna del i den fortsatta vårdsituationen. Våra besökare blir sedda direkt vid inträdet på Östersunds sjukhus av personal som gläds åt den service man kan ge och som har insikt om hur viktig roll man har i det ev första mötet med Jämtlands läns landsting.

Skulle vi behöva bygga bort öppenheten och mottagande med olika säkerhetslösningar har vi förlorat mycket av det vi blivit kända för att ha uppnått på Östersunds sjukhus.

Under de två år sjukhusreceptionen har varit i full verksamhet har endast EN besökare krävt att få betala med kontanter och detta skedde i juli 2013 strax efter att överklagandet avslogs. Någon enstaka besökare har kommenterat kontantfriheten tidigare men inte krävt att få betala kontant. Vi bedömer därför att behovet att betala med kontanter är ytterst marginellt även om några säkert skulle föredra detta framför kort eller faktura.

2013-08-28

Landstingsstyrelsen

§ 206 Hantering av betalning i receptionen i entrén på Östersunds sjukhus (LS/1118/2013)**Ärendebeskrivning**

Landstingsstyrelsen beslutade följande den 1 juni 2011, § 177:

1. Betalning i den nya receptionen med centralkassefunktion på Östersunds sjukhus skall ske med fakturering eller betalkort. Faktureringsavgift, sedlar och mynt tas bort.
2. Landstingsdirektören får i uppdrag att till sammanträdet den 13 december 2011 utreda konsekvenserna för landstinget och den enskilde medborgaren om även kortbetalning tas bort.
3. Landstingsdirektören ansvarar för att vederbörlig information tas fram och distribueras.

Första punkten av beslutet överklagades och Förvaltningsrätten i Härnösand upphävde beslutet. Landstingsstyrelsen överklagade förvaltningsrättens dom av till Kammarrätten i Sundsvall, men kammarrätten avslag överklagandet.

Det upphävda beslutet innehöll en reglering av faktureringsavgift som byggde på den reglering som fanns i fakturakredit- och kravpolicyn. Fakturakredit och kravpolicyn har efter det upphävts av landstingsfullmäktige och landstingsstyrelsen har fattat beslut om nya regler för betalningar och krav. Reglerna innehåller bestämmelser om att faktureringsavgift för fakturering som sker i receptionen på Östersunds sjukhus inte ska tas ut. Något nytt beslut om detta behövs därför inte.

Det upphävda beslutet motiverades bland annat på följande sätt: "För Jämtlands läns landsting kan det innebära både säkerhetsrisker för personal, investeringskostnader för säkerhetslösningar och transporter av sedlar samt ökade köbildningar vid kassa-funktionerna att fortsätta hantera betalningar med hjälp av kontanter och kort. Avgifterna för de s.k "Babsterminalerna", som hanterar kortbetalningar, är också relativt stora vilket uppväger en ökad kostnad för fakturering. Det finns dock tecken på att dessa avgifter är på väg bort och därför bör landstinget avvakta med att helt ta bort kortbetalning till detta klarlagts. Landstinget har redan nu förlängt leasingen av "Babsterminalerna" under ett år vilket ytterligare ger anledning att fortsätta med kortbetalning under minst denna tid. Konsekvenser för den enskilde (om kortbetalning tas bort) kan därmed också utredas."

"Ett första prov med en lösning utan sedlar och mynt som betalning och med borttagna fakturaavgifter bör av ovanstående skäl genomföras i samband med att den nya receptionen och centralkassan på Östersunds sjukhus öppnas (planerat till den 5 september)."

Skälen för beslutet kvarstår i stort och landstinget bör sträva efter att hantera lite kontanter som möjligt. I kassan i receptionen i Östersunds sjukhus bör därför betalningar ske med annat än kontanter. För de som ändå vill betala med kontanter ska det finnas möjlighet till det, men hänvisning kan då göras till annat ställe i eller i anslutning till sjukhuset.

Justerandes sign			Utdragsbestyrkande

2013-08-28

Beslutsunderlag

Protokollsutdrag landstingsstyrelsen 2011-06-01, § 177 om hantering av betalning i sjukhusentrén (LS/261/2011).

Kammarrättens dom om laglighetsprövning enligt kommunallagen av landstingsstyrelsens beslut 2011 § 177, om hantering av betalning i sjukhusentrén.

Landstingsdirektörens förslag

I kassan i receptionen i Östersunds sjukhus ska betalningar ske med fakturering eller kort. Möjlighet till betalning med kontanter ska finnas på annat ställe i eller i anslutning till sjukhuset.

Yrkanden

Finn Cromberger (FP) yrkar följande:

”I kassan i receptionen i Östersunds sjukhus ska betalning ske med fakturering, kort eller kontanter. Av säkerhetsskäl kan kontant betalning få ske på särskild plats i direkt anslutning till receptionen.”

Robert Uitto (S) yrkar på återremiss med följande motivering:

Konsekvenser av kontanthantering i receptionen vid Östersunds sjukhus, såsom säkerhetsrisker, kostnader etc. bör belysas ytterligare innan beslut fattas. Förslag på alternativa möjligheter för att betala kontant i receptionens närhet bör också belysas.

Proposition

Ordföranden ställer proposition på Robert Uittos yrkande om återremiss och finner det antaget.

LANDSTINGSSTYRELSENS BESLUT

Ärendet återremitteras till landstingsdirektören med följande motivering:

Konsekvenser av kontanthantering i receptionen vid Östersunds sjukhus, såsom säkerhetsrisker, kostnader etc. bör belysas ytterligare innan beslut fattas. Förslag på alternativa möjligheter för att betala kontant i receptionens närhet bör också belysas.

Justerandes sign			Utdragsbestyrkande
------------------	--	--	--------------------

Samarbetsavtal mellan Östersunds kommun och Jämtlands läns landsting avseende Stiftelsen Jamtli

Jämtlands läns landsting, Östersunds kommun, Föreningen Heimbygda och Jämtlands läns konstförening är bildare av Stiftelsen Jamtli. Enligt stiftelseurkund från den 6 september 1973 ska verksamheten bekostas av stiftarna enligt dem emellan överenskomna villkor.

Stiftelsen äger den mark och de byggnader där verksamheten i Östersund bedrivs.

Driften av museets verksamhet bekostas av landstinget och kommunen enligt särskilt avtal. Betydande finansiering kommer också från staten och uppdragsverksamhet. Ideella insatser genom donationer och eget arbete har också betydelse.

I detta avtal regleras ansvar och kostnadsfördelning mellan parterna Jämtlands läns landsting, nedan kallat landstinget, och Östersunds kommun, nedan kallad kommunen.

§ 1

Parterna är överens om att landstinget har huvudansvar för stiftelsens verksamhet. Ordförande i stiftelsestyrelsen och ytterligare två ledamöter skall tillsättas av landstinget. Kommunen tillsätter två ledamöter. Landstinget och kommunen tillsätter vardera en suppleant.

§ 2

De övergripande målen för stiftelsens verksamhet baseras på stadgarnas ändamålsparagraf och redovisas särskilt i givna huvudmannadirektiv med vidhängande årliga avtal. Parterna är överens om att landstinget, efter samråd med kommunen, godkänner stiftelsens verksamhetsinriktning för kommande planeringsperiod. Detta dokumenteras i en skriftlig verksamhetsplan.

§ 3

De gemensamma kostnader för driften av stiftelsens verksamhet som ersätts av huvudmännen fördelas med 65 % till landstinget och 35 % till kommunen. Kostnader för verksamheter som endera parten själv beställer bekostas till alla delar av den beställande parten.

Kommunen erlägger sin andel av de gemensamma kostnaderna till landstinget kvartalsvis mot faktura med förfallodagar: 15/2, 15/5, 15/8 och 15/11.

§ 4

Parterna är överens om att det i tillämpliga delar är landstingets administrativa styrsystem såsom budgeteringsregler, tidplaner, kalkylförutsättningar, uppföljningsregler, bokslutstider, koncernredovisningsregler, arvodesbestämmelser, informationsbehov etc. som ska gälla för stiftelsen. Information och redovisning som stiftelsen lämnar till landstinget skall också lämnas till kommunen.

§ 5

Parterna är överens om att finansieringsbehov avseende nyinvesteringar och större underhållsinvesteringar i Stiftelsen Jämtlands läns museum anläggningar och lokaler som påverkar bidraget i § 3 ovan, skall beslutas av respektive styrelse alt fullmäktige efter gemensam beredning.

§ 6

Auktoriserad revisor för stiftelsens verksamhet utses av stiftelsens styrelse efter förslag från landstingets revisorer.

Landstinget och kommunen utser vardera även en förtroendevald revisor. Revisionen av stiftelsen skall i tillämpliga delar bedrivas i enlighet med landstingets direktiv för samordnad revision mellan revisionen i landstinget och dess företag.

Kostnaden för revisionen skall bekostas av stiftelsen och ingår i de gemensamma kostnader som fördelas mellan landstinget och kommunen enligt § 3.

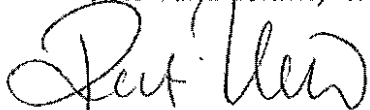
§ 7

Avtalsperioden är 2010-01-01 – 2014-12-31. Om avtalet inte sägs upp från endera parten senast tolv månader före avtalets utgång förlängs detta med ett år i sänder dock högst tre år.

§ 8

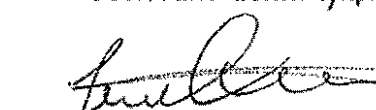
Twister angående tolkning eller tillämpning med anledning av detta avtal ska i första hand hänskjutas till undertecknarna av avtalet och i andra hand till allmän domstol.

Östersund den 4 jan 2010


Robert Uitto
Landstingsstyrelsens
ordförande


Karin Strandberg Nöjd
Landstingsdirektör

Östersund den 7/1 2010


Jens Nilsson
Kommunstyrelsens
ordförande


Bengt Marsh
Kommundirektör



**ÖVERENSKOMMELSE OM SAMARBETE
MELLAN KOMMUNERNA I JÄMTLANDS LÄN
OCH JÄMTLANDS LÄNS LANDSTING
2014 - 2016**

**GÄLLANDE PERSONER MED PSYKISKA
FUNKTIONSNEDSÄTTNINGAR**

Version: 2.0

Överenskommelse fastställd av resp kommunfullmäktige och
landstingsfullmäktige under 2014/2016.

Version 2011/2012 översyn genomförd hösten 2013

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring
0.100	2012-10-12	Nyutgåva. Infogat innehållet från beslutad överenskommelse till dokument med bättre layout för revideringsarbetet.
0.200-0.960		Olika versioner under revideringsgruppens arbete
0.990	2013-08-19	Slutligreviderad överenskommelse från revideringsgruppen
1	2013.10-28	Inskickat för granskning
2	2013-10-17	Slutlig reviderad överenskommelse från revideringsgruppen

Processbeskrivning

Revidering av beslutad överenskommelse har skett i en arbetsgrupp bestående av:

Från kommunerna: Lena Hallqvist och Jan Persson – Regionförbundet Jämtlands län
Anna-Maria Sundström – Östersunds kommun
Emil Berglund och Linus Eriksson – Bräcke kommun
Fredrik Sillerström – Åre kommun

Från landstinget Håkan Gadd
Malin Andersson
Ingela Jönsson

Under revideringsarbetet har psykiatrins brukarråd getts möjlighet att lämna synpunkter på överenskommelsen och medskick till handlingsplanen (möte 2013-06-10).

Slutligt dokument har också förankrats hos:

Kommunernas förvaltningschefer för vård och omsorg

Landstingets ledningsgrupp, områdeschef för barn/unga vuxna, hälso- och sjukvårdschef och omvårdnadsstrateg.

Fortsatt hantering av dokumentet är:

1 sept inlämning till Socialstyrelsen för förhandsgranskning

6 sept förankring i L-IFO och Fredagsgruppen

4 okt förankring i SVOM

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING.....	4
2	BAKGRUND	4
2.1	NATIONELLT	4
2.2	REGIONALT	5
3	MÅLGRUPP OCH DEFINITION AV PERSONER MED PSYKISKA FUNKTIONSNEDSÄTTNINGAR	5
4	SYFTE OCH MÅL	6
4.1	SYFTE.....	6
4.2	GEMENSAM MÅLSÄTTNING	6
5	KOMMUNENS OCH LANDSTINGETS ANSVAR	7
5.1	HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	7
5.2	BOENDE	8
5.3	SYSSELSÄTTNING OCH ARBETSREHABILITERING	8
5.4	ARBETSTERAPEUT OCH SJUKGYMNASTINSATSER OCH HJÄLPMEDEL	8
5.5	BRUKARSAMVERKAN.....	9
5.6	STÖD TILL ANHÖRIGA OCH NÄRSTÅENDE	9
5.7	INSATSER SOM SÄRSKILT BERÖR BARN OCH UNGA.....	10
5.8	BEROENDEVÅRD.....	10
5.9	UTBILDNING – KOMPETENSÖVERFÖRING – HANDLEDNING.....	10
5.10	LEDNINGSANSVAR OCH MEDARBETARANSVAR	11
5.11	EKONOMI.....	11
6	GEMENSAMMA RUTINER.....	11
6.1	SAMORDNAD INDIVIDUELL PLAN, SIP	11
6.2	SAMORDNAD PLAN VID UTSKRIVNING FRÅN SLUTENVÅRDEN	11
6.3	VÅRDPLAN VID TVÅNGSVÅRD	12
7	SAMVERKANSFORMER	12
8	GENOMFÖRANDE OCH HANDLINGPLAN	12
9	UPPFÖLJNING	13
10	GILTIGHETSTID.....	13
11	TVIST	13

1 INLEDNING

Utgångspunkten är att vi vill samverka för att människor ska få god vård- och omsorg på rätt vårdnivå.

FÖRHÅLLNINGSSÄTTET GENTEMOT MÅLGRUPPEN ska präglas av att parterna

- tillsammans med individen utformar ett stöd som ökar individens möjlighet till ett självständigt och meningsfullt liv.
- utformar stödet så att personens egenmakt stärks, det vill säga att öka färdighet att ta kontroll och ansvar över sitt liv.
- har ett gott bemötande mot brukare och anhöriga

FÖRHÅLLNINGSSÄTTET MELLAN PARTERNA ska präglas av att

- vi ska ha respekt för varandras uppdrag
- vi har förtroende för varandras kompetens
- vi litar på att alla gör sitt bästa
- vi är lojala mot fattade beslut och gällande rutiner
- vi pratar inte illa om varandra
- vi förfogar över egna resurser vilket innebär att vi inte lovar insatser hos annan huvudman

2 BAKGRUND

2.1 NATIONELLT

Sedan den 1 januari 2010 är landsting och kommun skyldiga att ha en överenskommelse om samarbete när det gäller personer med psykiska funktionsnedsättningar. Huvudmännens ansvarsfördelning, arbetssätt, samverkan och kommunikationsvägar är viktiga för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda. Regeringen och SKL har enats om riktade insatser inom området psykisk ohälsa i särskilda överenskommelser. Överenskommelserna är en del av regeringens PRIO-satsning (Plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa) och ett medel för att nå målen i SKL:s handlingsplan för psykisk ohälsa. Regeringen och SKL är överens om vikten av att landsting och kommuner arbetar i enlighet med en gemensam överenskommelse enligt 5 kap 8 a § socialtjänstlagen, SoL, (2001:453) och 8 a § hälso- och sjukvårdslagen, HSL, (1982:763).

Överenskommelsen ska följa de områden Socialstyrelsen anger i sitt meddelandeblad nr 1/2010. Av överenskommelsen ska framgå vilka målgrupper som omfattas, gemensamma mål för landstingens och kommunens verksamheter, rutiner för samarbete kring enskilda personer med psykiska funktionsnedsättningar och hur individuella planer ska upprättas (samordnade individuella planer (SIP) för

individer som har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten enligt 3 f § HSL och 2 kap 7 § SoL, ansvarsfördelningen på områden där gemensamma insatser krävs samt former för hur tvister mellan parter ska lösas.

En överenskommelse om samarbete ska vara ett dokument som kommer till praktisk nytta. Parterna ska därför vara överens om att följa upp överenskommelsen för att identifiera brister i samarbetet och ta fram handlingsplaner för hur detta ska åtgärdas.

2.2 REGIONALT

Under 2011 arbetades den första överenskommelsen om samarbete mellan kommunerna i Jämtland och Jämtlands läns landsting fram när det gäller personer med psykiska funktionsnedsättningar. Sociala vård- och omsorgsgruppen beslutade i maj 2011 att rekommendera länets samtliga kommuner och landstinget att anta den. Dessa har utifrån den rekommendationen vid olika tidpunkter under 2011/2012 antagit den överenskommelsen.

Detta dokument är resultatet av en översyn av överenskommelsen.

För barn och unga i behov av särskilt stöd finns särskild överenskommelse om regional samverkan i Jämtlands län – [Jämtbus](#)¹ – riktlinjerna där gäller från 1 oktober 2012. Där anges möjligheten till lokala överenskommelser mellan respektive kommun och landstinget.

För vuxna med psykiska funktionsnedsättningar kommer också en handlingsplan att utarbetas som komplement till denna överenskommelse.

3 MÅLGRUPP OCH DEFINITION AV PERSONER MED PSYKISKA FUNKTIONSNEDSÄTTNINGAR

Målgruppgruppen består av barn, unga² och vuxna med psykiska funktionsnedsättningar.

Alla människor som har psykisk ohälsa har inte per definition en psykiatrisk diagnos och alla människor som uppfyller kriterierna för en psykiatrisk diagnos eller störning tillhör inte målgruppen personer med psykisk funktionsnedsättning. Däremot ska de svårigheter som medför att en person har en psykisk funktionsnedsättning vara en konsekvens av en psykiatrisk diagnos.

För att avgränsa målgruppen personer med en psykisk funktionsnedsättning används definitionen som Nationell psykiatrisamordning³ presenterade under sitt arbete.

”En person har en psykiskt funktionsnedsättning om han eller hon har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden och dessa begränsningar har funnits eller kan antas komma att bestå under en längre tid. Svårigheterna ska vara en konsekvens av psykisk störning.”

¹ <http://www.jll.se/politikochinsyn/samverkankommunlandsting/barnarenan.4.a212511344a664fef8000388.html>

² För barn och unga i behov av särskilt stöd finns särskild överenskommelse om regional samverkan i Jämtlands län – JämtBus

³ Vad är psykiskt funktionshinder? Rapport 2006:5, Nationell psykiatrisamordning.

Definitionen hänvisar till konsekvenser för individen av den psykiska störningen snarare än diagnosen som sådan.

4 SYFTE OCH MÅL

4.1 SYFTE

Denna överenskommelse syftar till att ge vägledning och direktiv till chefer och förtroendevalda och andra beslutfattare för att dessa ska kunna skapa långsiktiga strukturer för samverkan och ansvarsfördelning. Överenskommelsen ska dessutom ge vägledning i samarbetsfrågor till medarbetare (utan chefsansvar) i kommuner och landsting och till brukare och anhöriga som vill få kunskap om vad som gäller för samarbetet mellan psykiatri och kommunen beträffande personer med psykiska funktionsnedsättningar.

Överenskommelsen syftar till att tydliggöra samverkansansvaret, definiera olika begrepp samt ge vägledande rekommendationer för insatser för personer med psykiska funktionsnedsättningar i Jämtlands län.

Dokumentet kan vara ett underlag för lokala överenskommelser mellan huvudmän. Dessutom kommer överenskommelsen att kompletteras med en handlingsplan för prioriterade områden.

På regional nivå syftar överenskommelsen till att frågorna ska hanteras i befintliga samverkansstrukturer. Formaliserad samverkan gällande hälso- och sjukvård och socialtjänst mellan kommunerna i Jämtlands län och Jämtlands läns landsting sker på olika nivåer och på politisk eller tjänstemannanivå, se kap 7.

4.2 GEMENSAM MÅLSÄTTNING

Målet är att de insatser som kommunen och landstinget i Jämtlands län erbjuder ska vara utformade i enlighet med nationella riktlinjer och evidensbaserad praktik, så långt det är möjligt.

Alla som har behov ska få så kvalitativa och effektiva behandlings- och rehabiliteringsinsatser som möjligt. Insatserna ska bygga på en utvecklad vårdkedja där ansvarsfördelningen är tydlig och där personal har kompetens i enlighet med tillgänglig kunskap.

Handlingsplanen inom ramen för överenskommelsen ska tas tillvara och utveckla den kompetens som finns regionalt och lokalt för att främja utvecklingen av en mer långsiktig struktur för kunskapsförsörjning.

Vår målsättning är att vi tillsammans skall:

- stödja individens egen återhämtningsprocess
- stödja individen att ansöka om det stöd som behövs i respektive organisation
- ge individen det stöd som den behöver oberoende av vårdgivare.
- utgå från ett helhetsperspektiv gällande brukarens behov och förutsättningar vid planering av åtgärder och insatser
- aktivt beakta brukarinflytande och anhörigperspektiv
- förstärka brukarinflytandet

5 KOMMUNENS OCH LANDSTINGETS ANSVAR

5.1 HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Kommunens ansvar:

Kommunen ansvarar för hälso- och sjukvård upp till läkarnivå till de personer som beviljats särskilda boendeformer eller dagverksamhet enligt SoL 4 kap. § 1, bostad med särskild service för vuxna enligt LSS § 9:9 samt dagverksamhet enligt LSS § 9:10. När det gäller personer som bor i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS § 9:9 är utgångspunkten att de ska besöka hälsocentral när det finns behov av hälso- och sjukvårdsinsatser.

Kommunen ansvarar vidare för hälso- och sjukvård till de personer (oavsett ålder) som bor i ordinärt boende om vederbörande har behov sammanhängande över tid av medicinska insatser samt har en diagnos eller funktionshinder som medför stor olägenhet för den enskilde att besöka hälsocentral trots att vederbörande har följeslagare.

Exempel på psykiska hinder kan vara svår demenssjukdom, förvirring, ångest eller för den enskilde ohanterligt stor rädsla trots stöd från personal i bostaden och på hälsocentralen.

Kommunen ansvarar även för de hälso- och sjukvårdsinsatser som ges till personer som behöver en varaktig daglig hjälp med enklare sjukvårdsinsatser som exempelvis läkemedelshantering, efter att vårdplanering genomförts.

*Gränsdragning mellan den kommunala hälso- och sjukvården och landstingets hälso- och sjukvård regleras i, [Avtal angående reglering av sjuksköterske/distriktssköterskeinsatser och läkarmedverkan](#) ⁴ och i [Avtal angående reglering av arbetsterapeut- och sjukgymnastinsatser](#) ⁵.

Landstingets ansvar:

Primärvården är första instans i hälso- och sjukvården och en av flera huvuduppgifter för primärvården är att erbjuda en första bedömning av individens hälsoproblem, utreda och behandla. Detta för att möjliggöra att varje individ får en professionell första bedömning för prioritering, diagnos och behandling, där hänsyn tas inte bara till symtomens/sjukdomens svårighetsgrad utan också till individens funktionsförmåga. I primärvården återfinns psykosociala enheter. Kravet i Hälsovalet är att varje vårdgivare 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.

Ansvaret övergår från primärvården till psykiatrin vid komplexa och svåra tillstånd.

Vuxenpsykiatrin ansvarar för att fullgöra landstingets sjukvårdsuppdrag gällande specialistpsykiatri avseende slutenvård och öppenvård för Jämtlands läns invånare.

Vuxenpsykiatrin vänder sig till vuxna över 18 år och skall bedriva Akut-, Allmän-, Psykos- samt Äldrepsykiatri. Tvångsvård enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT, (1991:1128) och Lagen om rättspsykiatrisk tvångsvård, LRV, (1991:1129), Beroendevård, Ungdomspsykiatrisk mottagning, Vuxenhabilitering, Åtstörningsvård (fr 16 år) samt Rehabilitering.

⁴ <http://www.jll.se/download/18.57335f2c13546bf395cab/1328519239661/Distriktsk%C3%B6terske-l%C3%A4karavtal+2011+%C3%96stersund.pdf>

⁵ <http://www.jll.se/download/18.57335f2c13546bf395cb1/1328519373788/Arbeterapi-sjukgymnast-avtal+2011+Str%C3%B6msund.pdf>

UPM (Ungdomspsykiatrisk mottagning) är en öppenvårdsmottagning i samarbete mellan vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri. UPM riktar sig till ungdomar och unga vuxna i åldern 16-25 år.

Enheten för Återhämtning och Rehabilitering (ÅRE) vid vuxenpsykiatri - Enhetens uppdrag är att bedriva verksamhet som leder till återhämtning ifrån psykisk ohälsa för deltagarna. Verksamheten är individuellt anpassad och planeras i samråd med deltagare, behandlare och personal. Vänder sig till vuxna över 18 år.

Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) ansvarar för att fullgöra landstingets sjukvårdsuppdrag för Jämtlands län avseende Barn- och ungdomspsykiatri. Målgrupperna för Barn- och ungdomspsykiatri avgränsas åldersmässigt till barn och ungdomar i åldrarna 0-17,99 år. Verksamheten ska möta länets behov av såväl första linjen samt specialiserad vård inom ovanstående kompetensområden.

Habilitering för barn och ungdomar (BUH), ansvarar för att fullgöra landstingets sjukvårdsuppdrag för Jämtlands län avseende habilitering för barn och ungdomar. Åldersgränsen är 0-17,99 år gällande medicinsk vård och 0-20,99 år gällande råd och stöd.

5.2 BOENDE

Enligt SoL 4:1 ansvarar kommunen för att tillförsäkra personer som söker stöd en skälig levnadsnivå under förutsättning att individen inte kan tillgodose sina behov på annat sätt. I SoL 4:3 stadgas att socialtjänsten lämnar försörjningsstöd för skäliga kostnader för boende. Detta betyder att individen som inte kan tillgodose sina behov eller få dem tillgodosedda på något annat sätt kan få stöd för boende av socialtjänsten.

Det finns även stöd i form av särskilda boenden, både i SoL och i LSS. I SoL 5:7 3st stadgas det att kommunen skall inrätta bostäder med särskilt stöd och service för personer med varaktiga fysiska, psykiska eller av andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring.

I LSS stadgas det att kommunen ska kunna erbjuda bostäder för personer som nämns i LSS §.1 Med en sådan bostad menas LSS §9 punkterna 8-9

5.3 SYSSELSÄTTNING OCH ARBETSREHABILITERING

Kommunen är skyldiga att erbjuda sysselsättning, om en person med psykiska eller fysiska funktionsnedsättningar beviljats sådan enligt socialtjänstlagen, SoL, eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS § 9:10. Sysselsättning eller dagliga aktiviteter kan utformas på olika sätt och anpassas till olika individers behov.

Innehållet i daglig verksamhet kan variera från mer öppen social samvaro till mer strukturerad sysselsättning under arbetsliknande förhållanden.

Kommunerna arbetar i nära samarbete med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan i syfte att stärka personer med lång arbetslöshet att komma in på öppna arbetsmarknaden. Dessa personer anvisas från Arbetsförmedlingen.

5.4 ARBETSTERAPEUT OCH SJUKGYMNASTINSATSER OCH HJÄLPMEDEL

Kommunen ansvarar för arbetsterapeut- och sjukgymnastinsatser till personer som beviljats särskilda boendeformer eller dagverksamhet enligt SoL 4 kap. § 1, bostad med särskild service för vuxna enligt LSS § 9:9 samt dagverksamhet enligt LSS § 9:10. Landstinget ansvarar för arbetsterapeut- och

sjukgymnastinsatser inom slutet specialiserad vård, primärvård och specialiserad öppenvård. Ett särskilt avtal finns mellan landstinget och kommunerna angående arbetsterapi- och sjukgymnastinsatser från 2011-09-01, [Avtal angående reglering av arbetsterapeut- och sjukgymnastinsatser](#)⁶. I avtalet regleras ansvarsfördelning för patienter i olika behovsgrupper. Avtalet reglerar dock inte insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning. Avtalet revideras under 2013. Nästa steg blir att landstinget och kommunen kommer överens om tillämpning också för denna målgrupp.

5.5 BRUKARSAMVERKAN

Brukarinflytande skall ses som en naturlig del av all verksamhet som riktar sig mot målgruppen. Brukare skall erbjudas deltagande och inflytande i såväl mellanmännsliga relationer som i övergripande stödstrukturer.

Vid vuxenpsykiatri i Jämtlands län finns en rådgivande grupp för samverkan mellan brukare, anhöriga och personal inom verksamhetsområde psykiatri. Gruppen har en rådgivande funktion till verksamhetsområdet men kan ej fatta beslut i avgörande frågor. Frågor i behov av beslut förs vidare till respektive organisation.

Länets Handikappråd är en samrådsgrupp för frågor som rör funktionshinder och personer med funktionsnedsättning i Jämtlands län. Rådet består av valda representanter från handikapporganisationer i länet, Jämtlands läns landsting, Regionförbundet Jämtlands län, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Rådets uppgifter är att bevaka frågorna i enlighet med gällande lagar, regler och förordningar för att tillförsäkra människor med funktionsnedsättning delaktighet och jämlikhet i länet, följa forskning och utveckling inom området, framföra önskemål och motivera behovet av förändring hos berörd huvudman mm. Motsvarande handikappråd finns i varje kommun.

Brukarorganisationer inom missbruks- och beroendområdet och psykisk ohälsa har tillsammans bildat Jämtlands läns brukarråd, JLB, som också är en arena för samverkan med landstinget och kommunerna. JLB ingår också Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH) som är ett nätverk av patient-, brukar- och anhörigorganisationer inom det psykiatriska området.

Stöd till anhöriga och närstående

5 kap.10 § SoL. Socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer närstående som har funktionshinder. Lag (2009:549)

Kommunen skall uppmärksamma den anhöriges/närståendes behov av stöd i samband med handläggning av den enskildes ansökan om hjälp. Kommunen skall i sitt utvecklingsarbete inom socialtjänsten arbeta fram strukturer och rutiner som personalen kan omsätta till ett anhörigperspektiv i sitt arbete. Särskilt viktigt är att diskutera vilken delaktighet och därmed inflytande man erbjuder anhöriga. I samtliga kommuner i Jämtlands län finns särskilda anhörigkonsulenter utbildade som kan vägleda och stödja den anhörige/närstående i frågor om behov som den anhörige har. Hur behoven ser ut eller hur stödet utformas för olika behov varierar men kommunen skall i sin organisation tydliggöra hur anhörigstödet ser ut i den egna kommunen och hur samverkan ska ske såväl inom som mellan verksamheter.

Enligt § 2c HSL ska hälso- och sjukvården arbeta för att förebygga ohälsa. Den som vänder sig till hälso- och sjukvården skall när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada. Lag HSL (1982:763).

⁶ <http://www.jll.se/download/18.57335f2c13546bf395cb1/1328519373788/Arbetsterapi-sjukgymnast-avtal+2011+Str%C3%B6msund.pdf>

Ovanstående gäller naturligtvis även anhöriga. Inom sjukvården kan stöd till anhöriga ex vara psykopedagogiska insatser, information om behandlingar eller hjälpmedel som kan underlätta. (Socialstyrelsens meddelandeblad november 2009)

Fr.o.m. 1 januari 2010 infördes nya bestämmelser i HSL (1982:763) och i patientsäkerhetslagen, PSL, (2010:659) som ger vårdpersonal ett ökat ansvar att särskilt beakta barns behov av information, råd och stöd då deras föräldrar eller annan anhörig de varaktigt bor med drabbas av av psykiatrisk störning, psykisk funktionsnedsättning, allvarlig fysisk sjukdom eller skada eller missbrukar.

5.6 INSATSER SOM SÄRSKILT BERÖR BARN OCH UNGA

För barn och unga i behov av särskilt stöd finns särskild överenskommelse om regional samverkan i Jämtlands län – [Jämtbus](#) ⁷ – riktlinjerna där gäller från 1 oktober 2012.

5.7 BEROENDEVÅRD

Regionförbundet i Jämtlands län och i Jämtlands läns landsting har sedan 2011 en [gemensam länsövergripande överenskommelse gällande riskbruk, missbruks- och beroendevården i länet](#) ⁸. Överenskommelsen reglerar ansvar, roller och samverkan mellan Jämtlands kommuner/Regionförbundet och Jämtlands läns landsting beträffande riskbruk, missbruk och beroende. Överenskommelsen bygger på "Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård" (Socialstyrelsen 2007). Riktlinjerna förtydligar hur socialtjänsten och hälso- och sjukvårdens verksamhet kan samarbeta kring målgruppen.

Sedan hösten 2006 pågår en kraftsamling i länet – Mobilisering mot droger. Initiativet kommer från den politiska ledningen från såväl kommunerna som Landstinget tillsammans med polismyndigheten. Mobilisering mot droger omfattar hela kedjan från förebyggande insatser till vård och behandling för personer med missbruksproblem.

5.8 UTBILDNING – KOMPETENSÖVERFÖRING – HANDLEDNING

Utbildningsinsatser till personal som krävs för att kunna ge rätt insatser, hantera, förhålla sig till och bemöta behov hos enskild individ är alltid huvudmannens eget ansvar. Kompetensöverföring som är nödvändig och viktig för att respektive huvudman skall kunna fullgöra sina insatser till individen, skall lämnas och överföras på ett sådant sätt att det inte kränker individen. Den skall ges så den gynnar, stärker och stödjer individ och personal i den miljö och de förutsättningar som råder.Handledning till enskild personal eller personalgrupp är alltid ett arbetsgivaransvar som åligger respektive huvudman för att klara sina arbetsuppgifter. Dock kan huvudmännen i enskilda fall bedöma värdet av gemensam handledning i ett ärende, som nödvändigt och bästa lösningen. Det är i dessa fall ett chefsansvar mellan kommun och landsting att lösa kostnadsfrågor i samband med delad handledning. Som ett förebyggande underlag för ansvar och innehåll i dessa frågor, kan en "Samordnad Individuell Plan" med fördel användas för att undvika oklarheter och ansvar.

⁷ <http://www.jll.se/politikochinsyn/samverkankommunlandsting/barnarenan.4.a212511344a664fef8000388.html>

⁸

<http://www.jll.se/download/18.63a9818013e3a366e74106/1366825626173/%C3%96K+riskbruk%2C+missbruk%2C+beroende+red.121112.pdf>

5.9 LEDNINGSANSVAR OCH MEDARBETARANSVAR

Det är respektive vårdgivares ansvar att realisera innehållet i denna överenskommelse. Detta ansvar åvilar främst chefer och politisk ledning hos vårdgivarna. En framgångsfaktor för detta är att respektive vårdgivares chefer gör denna överenskommelse känd bland medarbetarna. Det är en förutsättning för att medarbetarna i det dagliga arbetet ska kunna förstå respektive vårdgivares ansvar och därmed ge bästa stöd och lotsning för patienter, brukare och anhöriga.

Medarbetaransvaret innebär att alla har ett professionellt förhållningssätt vilket innebär att ha fokus på den vi är till för, vara öppna för nya sätt att arbeta, förstå vikten av kommunikation, söka lösningar och förstå det egna arbetets betydelse för helheten.

5.10 EKONOMI

Respektive huvudman svarar för kostnaderna inom sitt ansvarsområde. Parterna kan komma överens om gemensam finansiering av vissa insatser och verksamheter.

6 GEMENSAMMA RUTINER

6.1 SAMORDNAD INDIVIDUELL PLAN, SIP⁹

När det gäller personer som har behov av insatser från fler än en huvudman enligt 3f § HSL och kap 2, 7 § i SOL har Jämtlands läns landsting samt länets kommuner utarbetat riktlinjer för hur huvudmännen tillsammans skall samverka kring dessa personer. Samverkansdokumentet som reglerar hanteringen av gemensam individuell plan gäller fr.o.m. 2012-07-01 och har fastställts av samtliga kommuner och landstinget under 2012. SVOM är ansvarig för revideringar av överenskommelsen.

Den samordnade individuella planen beskriver insatser/åtgärder som den enskilde har behov av från både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Den individuella planen tydliggör huvudmännens gemensamma ansvar och säkerställer samarbetet så att individens samlade behov av hälso- och sjukvård och socialtjänstinsatser tillgodoses.

6.2 SAMORDNAD PLAN VID UTSKRIVNING FRÅN SLUTENVÅRDEN

Vid utskrivning från slutenvård upprättas en samordnad vård- och omsorgsplan, avseende patienter som vårdas enligt HSL. Denna plan finns i vårdplaneringsverktyget (för närvarande Meddix). Planen skall beskriva den enskildes fortsatta behov av insatser/åtgärder från hälso- och sjukvården och/eller socialtjänst. Rutin för samordnad vårdplanering i Meddix¹⁰

⁹ <http://www.jll.se/download/18.5f5121c913c24a8c850178/1358173352614/Samordnad+individuellt+plan+20120701.pdf>

¹⁰

<http://www.jll.se/download/18.7eb1668313f999621d32f45/1377799049552/Rutin%2Bf%C3%B6r%2Bsamordnad%2Bv%C3%A5rdplanering%2Bvia%2BVårdplaneringsverktyg.pdf>
<http://www.jll.se/download/18.7eb1668313f999621d32f45/1377799049552/Rutin%2Bf%C3%B6r%2Bsamordnad%2Bv%C3%A5rdplanering%2Bvia%2BVårdplaneringsverktyg.pdf>

6.3 VÅRDPLAN VID TVÅNGSVÅRD

När det gäller personer som vårdas enligt öppen psykiatrisk tvångsvård (öppen LPT) eller öppen rättspsykiatrisk tvångsvård (öppen LRV), avses personer som vårdats inom sluten psykiatrisk vård eller sluten rättspsykiatrisk vård, men som inte längre är i behov av kvalificerad dygnet-runt-vård vid en sjukvårdsinrättning. Enligt (1991:1129 LRV) samt (1991:1128 LPT) måste det för dessa personer finnas en samordnad vårdplan. Chefsöverläkaren ansvarar för att upprätta denna tillsammans med patient samt aktuella aktörer som ansvarar för insatserna. I vårdplaneringsverktyget finns en modul för öppen LPT och LRV.¹¹ [Tillämpningsanvisning för samordnad vårdplanering, psykiatriskt tvån i öppenvård, ÖPT och ÖPV](#)

7 SAMVERKANSFORMER

Formaliserad samverkan gällande hälso- och sjukvård och socialtjänst mellan kommunerna i Jämtlands län och Jämtlands läns landsting sker på olika nivåer. Följande forum behandlar bl a psykiatrifrågor:

Politiska arenor: SVOM och Barnarenan

Tjänstemannaarenor: Fredagsgruppen, L-IFO och Länsnätverket inom psykiatri.

I bilaga till denna överenskommelse finns mer information om dessa arenor.

8 GENOMFÖRANDE OCH HANDLINGPLAN

Parterna är överens om att innehållet i denna överenskommelse sprids och förankras bland samtliga berörda medarbetare inom respektive organisation och med brukarorganisationerna. Vid nyanställningar skall denna överenskommelse göras känd.

Under 2013 har en handlingsplan utarbetats där de högst prioriterade förbättringsområdena har fastslagits. I handlingsplanen anges

- Vad som ska förbättras
- Hur förbättringen ska ske
- Vem som är ansvarig för arbetet
- Tidplan för arbetet

¹¹

<http://www.jll.se/download/18.3fb4b20213f1d3b04201db9/1372341925059/TILL%C3%84MPNINGSANVISNING+F%C3%96R+SAMORDNAD+V%C3%85RDPLANERING%2C+PSYKIATRISKT+TV%C3%85NG+I+%C3%96PPENV%C3%85RD%2C+%C3%96PT+OCH+%C3%96RV+20130205.docx>

9 UPPFÖLJNING

Utsedd representant från Regionförbundet Jämtlands län och Jämtlands läns landsting, i samverkan med Länsnätverket för psykiatri och brukarorganisationerna ansvarar för att överenskommelsen årligen ses över och återrapporteras till ovan nämnda samverkansgrupperingar, kap 7.

10 GILTIGHETSTID

Den första överenskommelsen om samarbete mellan kommunerna och landstinget gällande personer med psykiska funktionsnedsättningar har antagits av samtliga kommuners fullmäktige och av landstingsfullmäktige under 2011/2012. Överenskommelsen har reviderats under 2013.

Den reviderade versionen gäller i tre år från 2014-01-01—2016-12-31.

Överenskommelsen skall årligen ses över varvid möjligheten att samordna och eventuellt integrera andra överenskommelser alltid ska övervägas.

11 TVIST

I de fall tvister kring tolkning och tillämpning av detta avtal uppstår mellan parterna hänskjuts dessa i första hand till respektive ansvarig överordnad chef. I de fall parterna inte kan enas hänskjuts tvister till allmän domstol.

Bilaga angående Samverkansarenor för psykiatrifrågor:

POLITISKA ARENOR

Sociala Vård- och omsorgsgruppen (SVOM)

För närvarande (2013) består SVOM av:

- Regionförbundets Sociala samrådsgrupp, d.v.s. facknämndsordföranden och förvaltningschefer från länets 8 kommuner (18 personer), samt Regionförbundets ansvarige tjänsteman inom området (en person).
- Landstingsstyrelsen har utsett 3 politiker (två majoriteten och 1 opposition som ledamöter i SVOM.
- Landstingets deltagande tjänstemän är biträdande landstingsdirektör (tillika hälso- och sjukvårdschef), vårdstrateg, centrumchef primärvård, handläggare äldre frågor (sekreterare) samt adjungering av andra funktioner vid behov (vanligt förekommande).

SVOM har ingen egen organisation, budget eller några beslutsmandat men kan ses som en samverkansarena/kunskapsarena. SVOM kan rekommendera kommunerna och landstinget att följa de beslut som tas.

Barnarenan

Barnarenan består av:

Presidierna i BUZ (arena för barn och utbildningsverksamheterna i länets kommuner), Sociala samrådsgruppen (Socsam) kompletterad med ordförande i socialnämnden Östersund. Landstingsstyrelsen har utsett två ordinarie ledamöter från landstinget . Ersättare finns. Därutöver deltar som tjänstemannastöd Regionförbundets skol- respektive socialhandläggare, samt en förvaltningschef skolan och en IFO-chef. Från landstingets tjänstemän deltar landstingsöverläkare, områdeschef barn och unga vuxna, enhetschef barn och ungdomspsykiatri samt barnhälsovårdsöverläkare.

Barnarenan har ingen egen organisation, budget eller några beslutsmandat men kan ses som en samverkansarena/kunskapsarena. Barnarenan kan rekommendera kommunerna och landstinget att följa de beslut som tas.

TJÄNSTEMANNAARENOR

Fredagsgruppen - Landstinget och kommunernas vård och omsorg.

Fredagsgruppen består från januari 2013 av en representant per kommun, förvaltningschef/motsvarande vård- och omsorg. Från landstinget deltar hälso- och sjukvårdschef, vårdstrateg, chef Beställarenheten, centrumchef primärvård, centrumchef barn, kvinna och psykiatri, centrumchef medicinska specialiteter, centrumchef opererande specialiteter, handläggare äldre frågor (sekreterare) samt adjungering av andra funktioner vid behov (vanligt förekommande). Landstingets representanter utses av Landstingsdirektören.

Uppdrag:

- Vara ett beredningsorgan till Sociala vård- och omsorgsgruppen (SVOM). Ärenden för beredning kan vara uppdrag som initierats av SVOM likväl som uppdrag initierade på tjänstemannanivå och som kräver politiska ställningstaganden.

2013-10-17

Dnr:

- Arbeta utifrån SVOM's balanslista samt följa upp om SVOM's rekommendationer blir beslutade/genomförda av respektive huvudman.
- För frågor som inte kräver politiska beslut kan Fredagsgruppen ge tidssatta uppdrag om utredning/förslag.
- Mall "Uppdragsbeskrivning" ska användas både för uppdrag som beslutats i SVOM och uppdrag som beslutas av Fredagsgruppen.
- Vara ett informations- och diskussionsorgan innan beslut fattas i frågor som kan leda till bättre samarbete och samordning av länets hälso- och sjukvård och vård- och omsorgsverksamheter.
- Vara ett informationsorgan för de beslut i respektive organisation som kan ge konsekvenser för varandra.
- Bevaka nationella förändringar och beslut som får påverkan på länets kommuner och landstinget och i aktuella fall initiera alternativt föreslå uppdrag.

Mandat: Fredagsgruppen har en beslutande funktion i de frågor som inte kräver politiska ställningstaganden. För frågor som kräver politiska beslut lyfts dessa till SVOM för rekommendationsbeslut.

L-IFO Landstinget och kommunernas individ och- familjeomsorg.

L-IFO är en gemensam samverkans- och kunskapsarena för länets kommuner och Jämtlands läns landsting inom hälso- och sjukvård och individ och familjeomsorg samt skolfrågor, med fokus på strategiska och framåtsyftande områden.

L-IFO består av tre representanter (samt en ersättare) för länets individ- och familje omsorgsförvaltningar vilket är socialchef/motsvarande från Bräcke, Strömsund och Östersund (ersättare från Krokom). En skolchef vardera från Berg och Östersund samt skol- och socialtjänsteman från Regionförbundet. Kommunernas representanter i L-IFO är utsedda av Sociala samrådsgruppen och BU-Z

Från landstinget deltar tjänstemän: hälso- och sjukvårdschef, landstingsöverläkare, vårdstrateg, centrumchef barn, kvinna, och psykiatri samt centrumchef primärvård. Landstingets representanter utses av Landstingsdirektören.

Adjungerade personer kallas in vid behov, exempelvis brukarorganisationer.

Uppdrag

- Vara ett beredningsorgan till Sociala vård- och omsorgsgruppen (SVOM) och Barnarenan. Ärenden för beredning kan vara uppdrag som initierats av SVOM likväl som uppdrag initierade på tjänstemannanivå och som kräver politiska ställningstaganden.
- Arbeta utifrån SVOM's balanslista samt följa upp om SVOM's rekommendationer blir beslutade/genomförda av respektive huvudman.
- För frågor som inte kräver politiska beslut kan L-IFO ge tidssatta uppdrag om utredning/ förslag.
- Mall "Uppdragsbeskrivning" ska användas både för uppdrag som beslutats i SVOM och uppdrag som beslutas av L-IFO
- Vara ett informations- och diskussionsorgan innan beslut fattas i frågor som kan leda till bättre samarbete och samordning av länets hälso- och sjukvård och individ och familjeomsorgsverksamheter

-
- Vara ett informationsorgan för de beslut i respektive organisation som kan ge konsekvenser för varandra.
 - Bevaka nationella förändringar och beslut som får påverkan på länets kommuner och landstinget och i aktuella fall initiera alternativt föreslå uppdrag.

Mandat: L-IFO har en beslutande funktion i de frågor som inte kräver politiska ställningstaganden. För frågor som kräver politiska beslut lyfts dessa till SVOM för rekommendationsbeslut.

Länsnätverket inom psykiatriområdet, består av personer med lokal förankring ifrån samtliga kommuner och landsting samt brukarråd, Finsam och Regionförbundet. Gruppen fungerar som remissinstans, rådgivande och beredande i vissa frågor på uppdrag från ovanstående samverkansorgan.



Handlingsplan för samverkan i Jämtlands län kring psykiska funktionsnedsättningar 20140101-20161231

Version: 0.6

Upprättad 2013-10-17

Länsövergripande handlingsplan för samverkan i Jämtlands län kring psykiska funktionsnedsättningar

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
0.1	2013-05-27	Nyutgåva		
0.2	2013-05-30	Efter första diskussionen		
0.3	2013-06-27	Efter möte 2013-06-19		
0.4	2013-08-16	Inför möte 20130819		
0.5	2013-08-19	Efter möte 20130819		
0.6	2013-08-29	Rev utifrån synpunkter		
0.6	2013-10-17	Rev utifrån synpunkter		

Processbeskrivning

Handlingsplanen har tagits fram i anslutning till revidering av beslutad överenskommelse av arbetsgruppen som bestått av:

Från kommunerna: Lena Hallqvist och Jan Persson – Regionförbundet Jämtlands län
Anna-Maria Sundström – Östersunds kommun
Emil Berglund och Linus Eriksson – Bräcke kommun
Fredrik Sillerström – Åre kommun

Från landstinget Håkan Gadd
Malin Andersson
Ingela Jönsson

Under revideringsarbetet har psykiatrins brukarråd getts möjlighet att lämna synpunkter på överenskommelsen och medskick till handlingsplanen (möte 2013-06-10).

Slutligt dokument har också förankrats hos:

Kommunernas förvaltningschefer för vård och omsorg

Landstingets ledningsgrupp, områdeschef för barn/unga vuxna, hälso- och sjukvårdschef och omvårdnadsstrateg.

Fortsatt hantering av dokumentet är:

1 sept inlämning till Socialstyrelsen för förhandsgranskning

6 sept förankring i L-IFO och Fredagsgruppen

4 okt förankring i SVOM

Länsövergripande handlingsplan för samverkan i Jämtlands län
kring psykiska funktionsnedsättningar

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	4
1.1.1	Handlingsplanens område	4
1.1.2	Bakomliggande beslut och mål	4
1.1.3	Tidsplan.....	5
1.1.4	Ansvarig för handlingsplanen	5
1.1.5	Definitioner	5
2	MÅL OCH AKTIVITETER.....	7

Länsövergripande handlingsplan för samverkan i Jämtlands län kring psykiska funktionsnedsättningar

1 INLEDNING

Under 2011 arbetades *den första överenskommelsen* om samarbete mellan kommunerna i Jämtland och Jämtlands läns landsting fram när det gäller personer med psykiska funktionsnedsättningar. Sociala vård- och omsorgsgruppen beslutade i maj 2011 att rekommendera länets samtliga kommuner och landstinget att anta den. Dessa har utifrån rekommendationen vid olika tidpunkter under 2011/2012 antagit överenskommelsen.

Under våren 2013 har en översyn av överenskommelsen gjorts, och som kommer att antas av SVOM hösten 2013.

1.1 Handlingsplanens område

Denna handlingsplan är ett komplement till ovan beskrivna överenskommelse och gäller målgrupperna barn, unga samt vuxna med psykiska funktionsnedsättningar.

För barn och unga i behov av särskilt stöd finns särskild överenskommelse om regional samverkan i Jämtlands län – [Jämtbus](#)¹ – riktlinjerna där gäller från 1 oktober 2012. Där anges möjligheten till lokala överenskommelser mellan respektive kommun och landstinget.

1.2 Bakomliggande beslut och mål

Handlingsplanen har till uppgift att förverkliga målet med överenskommelsen. I överenskommelsen anges följande mål:

Målet är att de insatser som kommunerna och landstinget i Jämtlands län erbjuder ska vara utformade i enlighet med nationella riktlinjer och evidensbaserad praktik, så långt det är möjligt.

Alla som har behov ska få så kvalitativa och effektiva behandlings- och rehabiliteringsinsatser som möjligt. Insatserna ska bygga på en utvecklad vårdkedja där ansvarsfördelningen är tydlig och där personal har kompetens i enlighet med tillgänglig kunskap.

Handlingsplanen inom ramen för överenskommelsen ska tas tillvara och utveckla den kompetens som finns regionalt och lokalt för att främja utvecklingen av en mer långsiktig struktur för kunskapsförsörjning.

Vår målsättning är att vi tillsammans skall:

- stödja individens egen återhämtningsprocess
- stödja individen att ansöka om det stöd som behövs i respektive organisation
- ge individen det stöd som den behöver oberoende av vårdgivare.
- utgå från ett helhetsperspektiv gällande brukarens behov och förutsättningar vid planering av åtgärder och insatser
- aktivt beakta brukarinflytande och anhörigperspektiv

¹ <http://www.jll.se/politikochinsyn/samverkankommunlandsting/barnarenan.4.a212511344a664fef8000388.html>

Länsövergripande handlingsplan för samverkan i Jämtlands län kring psykiska funktionsnedsättningar

- förstärka brukarinflytandet

1.3 Tidsplan

Handlingsplanen omfattar samma tidsperiod som överenskommelsen dvs tidsperioden 2014-01-01—2016-12-31

1.4 Ansvarig för handlingsplanen

Fredagsgruppen och L-IFO är ansvariga för denna handlingsplans genomförande. Ansvaret utövas genom att godkänna utvecklade uppdrag för varje mål/aktivitet i denna handlingsplan. I uppdragen preciseras vad som ska göras, utsedd uppdragsansvarig person och hur samverkan med andra ska ske. Ansvaret utövas också genom att följa upp handlingsplanen.

1.5 Ekonomiska resurser

Respektive huvudman står för sina kostnader vid verkställande av denna handlingsplan. Om aktiviteten kräver särskilda medel fattas beslut om detta i samband med att uppdragen preciseras av Fredagsgruppen och LIFO.

1.6 Definitioner

Följande begrepp som används i handlingsplanen betyder:

”Överenskommelsen kap 3” – hänvisar till Överenskommelsen om samarbete mellan kommunerna i Jämtlands län och Jämtlands läns landsting gällande personer med psykiska funktionsnedsättningar som reviderats under 2013 och antagits av SVOM hösten 2013. I Kap 3 anges målgruppen så här:

Målgruppgruppen består av barn, unga² och vuxna med psykiska funktionsnedsättningar.

Alla människor som har psykisk ohälsa har inte per definition en psykiatrisk diagnos och alla människor som uppfyller kriterierna för en psykiatrisk diagnos eller störning tillhör inte målgruppen personer med psykisk funktionsnedsättning. Däremot ska de svårigheter som medför att en person har en psykisk funktionsnedsättning vara en konsekvens av en psykiatrisk diagnos.

För att avgränsa målgruppen personer med en psykisk funktionsnedsättning används definitionen som Nationell psykiatrisamordning³ presenterade under sitt arbete.

”En person har en psykiskt funktionsnedsättning om han eller hon har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden och dessa begränsningar har funnits eller kan antas komma att bestå under en längre tid. Svårigheterna ska vara en konsekvens av psykisk störning.”

Definitionen hänvisar till konsekvenser för individen av den psykiska störningen snarare än diagnosen som sådan.

² För barn och unga i behov av särskilt stöd finns särskild överenskommelse om regional samverkan i Jämtlands län – JämtBus

³ Vad är psykiskt funktionshinder? Rapport 2006:5, Nationell psykiatrisamordning.

Länsövergripande handlingsplan för samverkan i Jämtlands län kring psykiska funktionsnedsättningar

ACT, eller Assertive Community Treatment, på svenska ”Aktiv uppsökande integrerad samhällsbaserad behandling och rehabilitering”. Lite förenklat kan man säga att det handlar om uppsökande team där det ingår case managers (vård- och stödsamordnare) som arbetar med att samordna olika insatser för brukarna.

Meddix är ett webbaserat IT-stöd för samordnad vårdplanering mellan Jämtlands läns landsting, kommunerna och privata vårdgivare i Jämtlands län.

LPT - Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

LRV - Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård

SIP – Samordnad individuell plan

Det metabola syndromet är ett samlingsnamn för riskfaktorer som kan leda till diabetes och hjärt-kärlsjukdomar, såsom hjärtinfarkt och stroke.

Hjärnkoll är en nationell kampanj som arbetar för en mer öppenhet kring psykisk ohälsa med målet att alla ska ha samma rättigheter och möjligheter oavsett psykiskt funktionsätt. Motorn i projektet (H)järnkoll Jämtland är 15 ambassadörer som är öppna med sina erfarenheter av psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. Kampanjen Hjärnkoll drivs av myndigheten [Handisam](#) i nära samarbete med [Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa \(NSPH\)](#). Satsningen pågår till och med år 2014. Projektägare är Regionförbundet Jämtlands län.

Fredagsgruppen är en gruppering som består av representanter från kommun och landsting med uppdrag att vara ett beredningsorgan till Sociala vård- och omsorgsgruppen (SVOM). Ärenden för beredning kan vara uppdrag som initierats av SVOM likväl som uppdrag initierade på tjänstemannanivå och som kräver politiska ställningstaganden.

L-IFO är en gemensam samverkans- och kunskapsarena för länets kommuner och landsting inom hälso- och sjukvård och individ och familjeomsorg samt skolfrågor. Uppdraget är bl a att vara ett beredningsorgan till SVOM och ett informationsorgan i olika frågor. L-IFO har beslutande funktion i de frågor som inte kräver politiska ställningstaganden.

2 MÅL OCH AKTIVITETER

Mål : Etablera ACT team

Aktivitet	Målgrupp	Tidsplan/Klart
Utveckla en flexibel ACTmanual – gemensamt kommuner/landsting	ÖK kap 3	2014-08
Formera ACTteam	Personal kommun/landsting	2015-09
Utbilda teamen i dialog med brukarrepresentanter	Personal + brukarrepr	2014-08

Mål : Tydliggöra landstingets och kommunernas ansvar för arbetsterapi- och sjukgymnastinsatser för personer med psykisk funktionsnedsättning

Aktivitet	Målgrupp	Tidsplan/klart
Formera förhandlingsgrupp	ÖK kap 3	2014-02
Skapa överenskommelse om komplettering till nuvarande arbetsterapi- sjukgymnast-avtal		2014-12

Mål : Effektivare rutiner

Aktivitet	Målgrupp	Tidsplan/Klart
Utveckla rutiner och utbilda så att modulen i Meddix kan användas för LPT och LRV (ÖPT modulen finns i meddix -men använda i dagsläget bara av en kommun)	ÖK kap 3	2014-06
Utveckla/sprida praktisk användning av SIPen - information/seminarium tillsammans med brukarna kring SIP-användandet - följa upp användningen av SIP - beakta livsstilsplanering i användande av SIP - nyttja metodstöd från Region Västerbotten (nationellt uppdrag för norra regionen)	ÖK kap 3 + personal kommun/landsting	2014-05
Undersöka möjligheten att arbeta med SIP som metod för en hel familj Synpunkter från förvaltningscheferna...men mailväxlingen sen landade i att detta är kvar som egen aktivitet (eller hur ?)	ÖK kap 3	2014
Undersöka möjligheten att få in SIP i Meddix	ÖK kap 3	Rekommendationsbeslut SVOM

**Länsövergripande handlingsplan för samverkan i Jämtlands län
kring psykiska funktionsnedsättningar**

8(10)

		hösten 2013
--	--	-------------

Mål: Ökad kunskap om livsstilsförändring för personer med psykiska funktionsnedsättningar

Aktivitet	Målgrupp	Tidsplan/Klart
Kunskapsseminarier för personal om metabola syndromet för personer med psykiska funktionsnedsättningar	Personal kommuner/ primärvård/psykiatri	2014-12
Utveckla friskvård/livsstils-utbildning för brukare/anhöriga	ÖK kap 3 + anhöriga	2014-12
Genomföra friskvård/livsstils-utbildning för brukare/anhöriga	ÖK kap 3 + anhöriga	Under 2015

Mål : Få kunskapen från Hjärnkolls-kampanjen att stanna kvar

Aktivitet	Målgrupp	Tidsplan/Klart
Dokumentera erfarenheter under kampanjtiden	ÖK kap 3	Löpande under projektiden 2014- 12
Bevaka att erfarenheterna återförs till beslutsfattare		Löpande + slutsatser kvartal 3 - 2014
Överför projektet till befintlig struktur i länet för fortsättning efter projektavslut.		Beslut SVOM hösten 2014

Mål : Utveckla brukarinflytandet

Aktivitet	Målgrupp	Tidsplan/Klart
Utveckla angreppssätt för en pilotstudie där brukare får uppskatta sitt reella inflytande på sin egen behandling (inom vuxenpsykiatri och ev inom någon kommun)	ÖK kap 3	Mätvecka våren 2014 och hösten 2014
Genomför brukar/anhörigdag med erfarenhetsutbyte (samordnat med Hjärnkolls planerade aktiviteter. Inkludera ”En annan tid” - en mobil utställning om heldygnsvård	ÖK kap 3 + anhöriga	Hösten 2013 – våren 2014-06

Länsövergripande handlingsplan för samverkan i Jämtlands län kring psykiska funktionsnedsättningar

9(10)

Mål : Utveckla samverkansarenorna

Aktivitet	Målgrupp	Tidsplan/Klart
Bevaka psykiatrirfrågorna i anslutning till arbetet med regionala stödstrukturer för kunskapsutveckling och i arbetet med Framtidens hälso- och sjukvård	ÖK kap 3	Löpande - 2014-12
Resp huvudman ska utveckla sin samverkan med brukarorganisationerna	ÖK kap 3	Löpande – 2016-12
Utreda ”brukarhus” utifrån brukarrådets analys av motiv och behov	ÖK kap 3	2016-12

Mål : Utveckla anhörigstödet

Aktivitet	Målgrupp	Tidsplan/Klart
Definiera vad stöd till anhöriga innebär	Anhöriga till ÖK kap 3	2014-12
Tydliggör vilket anhörigstöd som kommunerna resp landstinget är ansvarig för		2014-12
Utveckla lärande nätverk kring anhörigstöd		Klart 2016-12

Mål : Samers psykiska ohälsa

Aktivitet	Målgrupp	Tidsplan/Klart
Utvecklas efter möte 28-29 aug med samrådsgruppen för nationella minoriteter Särskild handlingsplan utarbetas under 2014		2014

**Länsövergripande handlingsplan för samverkan i Jämtlands län
kring psykiska funktionsnedsättningar**

10(10)

Mål : Gemensamt boende för personer med särskilt vård- och omsorgsbehov

Aktivitet	Målgrupp	Tidsplan
Frågan om gemensamt (kommunerna och psykiatrin) finansierat boende för målgrupperna har diskuterats i L-IFO. Analyser av flöden, ekonomi mm gjorda. Återstår att fortsätta utredning fram till färdig ekonomisk och ansvarsmässig överenskommelse.	Personer med stora behov av vård och behandling och ofta tvång och begänsningsåtgärder Och Personer som anses vara risk för samhällsmedborgare	2016-12

Centrum för primärvård
Olle Christmansson
Tfn: 063-142466
E-post: olle.christmansson@jll.se

2013-10-28

LS/1758/2012

Målbild för Struktur för landstingsdrivna primärvården i Östersunds kommun

Mål för Östersunds primärvård

De hälsocentraler som ingår i Östersunds närvårdsområde ska vara en del av Jämtlands läns landstings primärvård. Det är av största vikt att Östersund inte blir en egen "ö", utan arbetar efter samma rutiner och riktlinjer som övriga hälsocentraler. Vid en förändring av strukturen i Östersund skulle en vinst kunna uppstå vid en samordning av olika funktioner. Att få till en ökad tillgänglighet för våra patienter är också en vinst som man kan räkna med. Det är av yttersta vikt att kommunikationen fungerar på ett tillfredställande sätt, både vad gäller kommunikationen mellan patient och hälsocentral men också den kommunala infrastrukturen (bussförbindelser, parkeringsplatser m.m.).

Arbetet på enheter vid ny struktur ska vara patientorienterat, vilket ger tillfälle att från grunden bygga arbetet med ett "LEAN tänk". Det ger också en möjlighet att utöka hälsocentralernas öppettider. Det ska finnas möjlighet till en akademisk hälsocentral och en utökad samverkan med den specialiserade vården. Möjligheter att utveckla och nyttja ny teknik (ex. telemedicin) ska skapas, liksom möjlighet att utarbeta specialistfunktioner /mottagningar vid de olika hälsocentralerna. En sådan utveckling leder till mindre sårbarhet. Införande av geriatrisk kompetens, äldreläkare, kan leda till att man kan arbeta mer som mobil läkare. I och med införande av geriatriker kan ett geriatrisk team vara en "kunskapsbank" för övrig primärvård.

För ett mer tidsenligt förhållningssätt bör primärvården arbeta för ett ökat IT –stöd till exempel tidbokning på webben och utökade tjänster på "Mina vårdkontakter".

Målbild struktur

- Färre antal HC grupperingar 2 st
 - Ger utrymme till samordning
 - Skapar förutsättning för specialiserad vård i primärvård
 - Innebär småskalighet i det stora
 - Förenklar samverkan kring teknik, som telemedicin, ultraljud m.m.
- Fler "små" enheter
 - "Lättakut" - jourmottagning
 - Hälsomottagningar – prover, förebyggande, vaccinationer
 - Mobila läkare – 3-4 st ingående i geriatriska teamet
 - Specialistmottagningar - sår, KOL, m.m.
- Virtuellt mottagning/vårdrum

Samordningsmöjligheter i större lokaliseringar

Om dessa områden samordas kan det också generera en ökad effektivisering.

- Administration
- Rehabkoordinatorer + Försäkringskassan
- Sjukgymnastik
- Psykosociala enheter
- Specialistmottagningar inom PV
- Konsultationer – på plats + telemedicin
- Specialiserad vård inom PV
- Telemedicin till övriga länet
- Geriatrik

Framtid

- Nationell egenvårdsrådgivning på olika språk som är öppen även på jourtid
- Primärvården som den första och största instansen
- Frågar medborgarna om hur de vill ha framtidens sjukvård
- Personalen - delaktiga i processen
- Vårdkedjorna mellan sjukhus - kommun - primärvård fungerar smidigt
- Mer avancerad sjukvård i hemmen och att öka förtroendet för primärvården hos allmänheten och hos övrig vårdpersonal för en åldrande befolkning

Kommunikation och IT

- Exempel sjukgymnast som följer träningen
- Akut sjuka i arbetsför ålder: kunna chatta med sin doktor för enkel och snabb hjälp.
- Möjlighet för patienter med stabila kroniska sjukdomar som astma och diabetes som inte har behov av att träffa sin doktor så ofta, kan rapportera in sina data och få svar via webben

Tidplan

1. Projektering Odensala	december – april	2013-2014
2. Genomförande Odensala	maj-januari	2014
3. Projektering målbild Östersund	januari - juni	2014
4. Politiskt beslut	september	2014

Primärvården ”omstartad” 2016

Planerings- och beställarstab
Lena Weinstock Svedh
Tfn: 063-14 24 74
E-post: lena.weinstock-svedh@jll.se

2013-10-18

Dnr 1867/2012

PM sammanfattning Hälsoval 2015

Nedan följer en sammanfattning av förslag till förändringar i Hälsoval Jämtlands län från 2015.

Strukturen på förfrågningsunderlaget förändras så att innehåll i uppdraget kommer före de administrativa villkoren. Något som förhoppningsvis ska underlätta för eventuella vårdgivare. Upplägget anpassas så att de ska kunna tillämpas för samtliga valfrihetssystem inom landstinget.

Definitioner kapitel 1

Filial kommer inte att vara listningsbar.

Inledning kapitel 2

Kapitel 2.1, målformulering kvarstår

Uppdragsspecifikation kapitel 3

Det breda åtagandet enligt kapitel 3.1 kvarstår.

Kapitel 3.10.12, primärvårdskonsulter permanentas som tilläggsuppdrag att, i samverkan med den specialiserade vården, arbeta med vårdprocesser. Arbetet idag sker i projektform. Finansiering av detta sker genom nuvarande utvecklingspengar.

Ersättningsmodell kapitel 4

Kapitel 4. De privata vårdgivare kompenseras för OH-kostnader som höjs från 6 kronor till 20 kronor per listad och finansieras genom inprioritering. Motsvarar en höjning med ca 148 000 kr.

Kapitel 4.1. Vårdgivaren ska senast sex månader före nästkommande år veta de ekonomiska förutsättningarna. Sker inga ändringar i samband med årliga justeringar i landstingsfullmäktige i juni kommer ersättningen att räknas upp enligt landstingsprisindex.

Kapitel 4.1.1 "ersättning per listad" beräknas idag i fem åldersintervaller. Från 2015 ändras viktningen till femårsklasser likt den för läkemedelsersättning. Med den förändringen åstadkoms en anpassning av ersättningen närmre den faktiska vårdtyngden. Den höjda viktingen för äldre tas bort.

Fördelning i kapitering mellan ”ersättning per listad person”, kapitel 4.1.1 och ”socioekonomisk faktor” kapitel 4.1.2 ändras till 75% ersättning per listad och 25% socioekonomi. Tidigare var fördelningen 80/20.

Kapitel 4.1.3. Glesbygdsersättning utgår endast för personer folkbokförda i glesbygd som då genererar en ersättning motsvarande den till närmsta geografiska vårdenhets kommunen.

Den grundersättning som ges för folkhälsoinsatser, motsvarande idag 4,5 mkr, läggs in i och fördelas enligt kapitering ovan.

Uppföljning och utvärdering kapitel 5

Mått och mätetal införs som en bilaga och redovisas i ett separat ärende nästkommande år.

Täckningsgrad införs som ett mätetal.

Avtalsmall kapitel 8

Kapitel 8.6. Avtalstiden ändras till tillsvidareavtal med ett års uppsägning.

Listningsregler bilaga 1

Inga förändringar föreslås, regelverket för ickevalsalternativ kvarstår.



Jämtlands Läns
Landsting



Förfrågningsunderlag

Hälsoval Jämtlands län 2015

www.jll.se/halsoval

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INBJUDAN ATT LÄMNA ANSÖKAN OM ATT DELTA I HÄLSOVAL JÄMTLANDS LÄN	5
1 DEFINITIONER	6
2 INLEDNING	7
2.1 ALLMÄNT OM HÄLSOVAL JÄMTLANDS LÄN	7
2.2 VÅRDGIVARENS ÅTAGANDE OCH UPPDRAG	8
2.2.1 Närområde Gäddede	8
2.3 LISTNING	8
3 UPPDRAGSSPECIFIKATION	9
3.1 OMFATTNING	9
3.1.1 Mottagningsverksamhet för såväl akut som planerad utredning, vård och behandling	10
3.1.2 Rehabilitering och habilitering	11
3.1.3 Psykosocial verksamhet	12
3.1.4 Läkarinsatser inom den kommunala hälso- och sjukvården	12
3.1.5 Rådgivning	13
3.1.6 Jour och beredskap	13
3.1.7 Mödrahälsovård	14
3.1.8 Barnhälsovård	14
3.1.9 Medicinsk service	15
3.1.10 Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser	15
3.1.11 Smittskydd och vårdhygien	16
3.1.12 Utbildningsansvar	16
3.2 LÄKEMEDEL	16
3.3 HJÄLPMEDEL	17
3.4 TILLGÄNGLIGHET	18
3.5 SAMVERKAN	18
3.5.1 Informationsöverföring och vårdplanering	19
3.6 KVALITET OCH PATIENTSÄKERHETSARBETE	19
3.7 KRIS OCH KATASTROFBEREDSKAP	20
3.8 SAMHÄLLSMEDICINSKT ANSVAR	21
3.9 FORSKNING OCH UTVECKLING	21
3.10 TILLÄGGSUPPDRAG	22
3.10.1 Familjecentral	22
3.10.2 Särskilt boende	22
3.10.3 Utveckling och utbildning	22
3.10.4 Fortbildning	23
3.10.5 ST-läkare	23
3.10.6 AT-läkare	23
3.10.7 AT- och ST-studierektor inom primärvård	24
3.10.8 Lektor inom regionaliserad läkarutbildning	24
3.10.9 Ambulansverksamhet i Gäddede	24
3.10.10 Utvecklingsuppdrag folkhälsöarbete	24
3.10.11 Rehabkoordinator	24
3.10.12 Primärvårdskonsulter	25
3.11 VERKSAMHETER SOM INTE OMFATTAS AV HÄLSOVALET	25
4 ERSÄTTNING	26
4.1 ERSÄTTNING FÖR LISTADE PERSONER	26
4.1.1 Ersättning per listad person	27
4.1.2 Socioekonomisk faktor	28
4.1.3 Glesbygdsfaktor	28
4.1.4 Läkemedel	28
4.2 RÖRLIG ERSÄTTNING	29

4.2.1	Patientavgift	29
4.2.2	Patienter från andra landsting och andra länder	30
4.2.3	Asylsökande kvotflyktingar	30
4.2.4	Patienter som inte är listade på vårdenheten	30
4.2.5	Listads besök hos vårdgivare med nationell taxa	31
4.2.6	Ersättning för utbildning och handledning	31
4.2.7	Överenskommelser mellan staten och SKL	31
4.2.7.1	Sjukskrivningsprocess och Rehabgaranti	31
4.2.8	Utveckling 2016	32
4.3	TILLÄGGSERSÄTTNING	32
4.3.1	Familjecentral	32
4.3.2	Särskilt boende	32
4.3.3	Utveckling och utbildning	32
4.3.4	Fortbildning	33
4.3.5	ST-läkare	33
4.3.6	AT-läkare	33
4.3.7	AT- och ST-studierektor inom primärvård	33
4.3.8	Ambulansverksamhet i Gäddede	33
4.3.9	Utvecklingsuppdrag för folkhälsoinsatser	33
4.3.10	Rehabkoordinatorer	33
4.3.11	Primärvårdskonsulter	33
5	UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING	34
6	ALLMÄNNA VILLKOR	36
6.1	LAGAR, FÖRORDNINGAR OCH ANVISNINGAR	36
6.2	STYRDOKUMENT OCH POLICYSKRIFTER	36
6.3	KOMPETENS OCH BEMANNING	36
6.4	UNDERLEVERANTÖR	37
6.5	PATIENTJOURNAL	37
6.6	PATIENTNÄMND	37
6.7	PATIENTFÖRSÄKRING	37
6.8	FÖRSÄKRINGAR	38
6.9	UTRUSTNING	38
6.10	ANNAN VERKSAMHET	38
6.11	LOKALER	38
6.12	INFORMATION	38
6.12.1	Hälsovalssymbol för signal om godkännande	39
6.12.2	Kontaktuppgifter och grundutbud	39
6.12.3	Väntrumsinformation	39
6.12.4	E-tjänster och utveckling av informationstjänster	39
6.12.4.1	Utgivning av SITHS e-tjänstekort	40
6.13	MARKNADSFÖRING	40
6.14	SJUKRESOR	40
6.15	TOLKSERVICE	40
6.15.1	Språktolk	40
6.15.2	Tolkcentralens tjänster	41
6.16	IT-TJÄNSTER/SYSTEM	41
6.17	TELEFONI	42
6.18	MILJÖKRAV	43
6.19	ALLMÄNHETENS INSYN OCH MEDDELARFRIHET	43
6.20	PERSONUPPGIFTLAGEN	43
6.21	KOLLEKTIVAVTAL ELLER LIKVÄRDIGT	43
6.22	SEKRETESS OCH TYSTNADSPLIKT	43
6.23	SKATTE- OCH AVGIFTSSKYLDIGHET	44
6.24	MEDICINSK REVISION	44
6.25	REVISION	44
6.26	ÄNDRINGAR OCH TILLÄGG PÅ LANDSTINGETS BEGÄRAN	44
6.27	OMFÖRHANDLING	45

6.28	BRISTER I FULLGÖRANDE	45
6.28.1	Vite	45
6.28.2	Vite i särskilda fall	45
6.29	AVTALETS FÖRTIDA UPPHÖRANDE	46
6.34	ANSVAR	47
6.34.1	Arbetsgivaransvar	48
6.35	FAKTURERINGSVILLKOR	48
6.36	KÖP AV SERVICETJÄNSTER	48
7	FÖRESKRIFTER FÖR ANSÖKAN	49
7.1	TIDPUNKT FÖR DRIFTSTART	49
7.2	ANSVARIGT LANDSTING	49
7.3	ANSVARIG HANDLÄGGARE FÖR ANSÖKAN	50
7.3.1	Uppgifter om Hälsoval Jämtlands län	50
7.3.2	Uppgifter om ansökan	50
7.4	ANSÖKNINGSFÖRFARANDE	50
7.5	ANSÖKANS FORM OCH INNEHÅLL	50
7.6	RÄTTELSE AV FEL, FÖRTYDLIGANDE OCH KOMPLETTERING AV ANSÖKAN	50
7.7	AVLÄMNANDE AV ANSÖKAN	51
7.8	ANSÖKNINGSTIDENS UTGÅNG	51
7.9	KRAV FÖR GODKÄNNANDE	51
7.10	REGISTRERINGSSKYLDIGHETER, BETALNING AV SKATTER OCH AVGIFTER	52
7.11	TEKNISK FÖRMÅGA OCH KAPACITET	52
7.12	TILLGÅNG TILL ANDRA FÖRETAGS KAPACITET	53
7.13	FINANSIELL OCH EKONOMISK STÄLLNING	53
7.14	FÖRETAG UNDER BILDANDE	54
7.15	ÄNDRAD ÄGARSTRUKTUR HOS VÅRDGIVARE	54
7.16	ANMÄLAN TILL SOCIALSTYRELSEN	54
7.17	PRÖVNING AV ANSÖKAN	54
7.18	ANSÖKANS GILTIGHETSTID	55
7.19	GODKÄNNANDE OCH AVTALSTECKNANDE	55
7.19.1	Godkännande	55
7.19.2	Godkännandets giltighet	55
7.19.3	Verifiering	55
8	AVTALSMALL	56
8.1	AVTALSPARTER	56
8.2	KONTAKTPERSONER	56
8.3	ÅTAGANDE OCH OMFATTNING	56
8.5	VERKSAMHETENS GEOGRAFISKA PLACERING	57
8.6	AVTALSTID	57
8.7	ÖVERLÅTELSE AV AVTAL	57
8.8	UNDERSKRIFTER	58

INBJUDAN ATT LÄMNA ANSÖKAN OM ATT DELTA I HÄLSOVAL JÄMTLANDS LÄN

Landstingsfullmäktige i Jämtlands län beslutade den 24 juni 2009 att införa valfrihetssystem i primärvården från den 1 januari 2010. Landstinget betonar de förebyggande och hälsofrämjande insatserna och benämner därför sitt vårdvalssystem för Hälsoval Jämtlands län. Valfrihet i primärvården innebär att medborgarnas ställning stärks genom att de fritt får välja vårdenhet.

De vårdenheter som uppfyller de av det egna landstinget beslutade kraven i vårdvalssystemet ska ha rätt att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning. Kraven gäller såväl offentliga som privata aktörer som väljer att verka inom Hälsoval Jämtlands län. Viktiga grundkrav är att den offentliga ersättningen följer den enskildes val av utförare.

Hälso- och sjukvård i Jämtlands läns landsting

Jämtlands läns landstings vision är: God hälsa och positiv livsmiljö för alla i Jämtlands län. Det betyder bland annat att alla människor i Jämtlands län ska ha god hälsa och kunna hålla sig friska längre i ett hälsofrämjande län. Landstingets 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 landstinget och dem landstinget är till för.

Länet har cirka 126 000 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 centrum och det enda sjukhuset finns i Östersund. Primärvården är basen i hälso- och sjukvården och en viktig del i ett glest befolkat län. Distriktssköterskorna på Sjukvårdsrådgivningen 1177 ger medborgarna råd om vård dygnet runt. Mer information om länets primärvård finns på landstingets webbplats www.jll.se.

Ansökan

Landstinget redovisar alla dokument för uppdraget i denna ansökan och de utgör tillsammans de underlag som beskrivs i Hälsoval Jämtlands län. Samtliga handlingar som är aktuella för deltagare i Hälsoval Jämtlands län finns att hämta på landstingets hemsida, www.jll.se/halsoval eller på www.valfrihetswebben.se.

Jämtlands läns landsting inbjuder samtliga intresserade vårdgivare att inkomma med ansökan om godkännande för att medverka i Hälsoval Jämtlands län.

Med vänlig hälsning



Harriet Jorderud (S)
Landstingsstyrelsens ordförande

Björn Eriksson
Landstingsdirektör

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 Jämtlands län som landstinget tillhandahåller.

Godkännande: Alla sökande som uppfyller kraven i förfrågningsunderlaget kommer att godkännas för att bli en del av Hälsoval Jämtlands län.

Hälsocentral: används som begrepp för vårdenhet i kommunikation till medborgarna, se vårdenhet

Hälsoval Jämtlands län: Landstingets benämning på valfrihetssystem inom primärvård.

Ickevalsalternativ: Alla vårdenheter tilldelas ett område dit nyinflyttade och nyfödda fördelas.

Kapitering: Ersättning per listad invånare.

Landstinget: Jämtlands läns landsting, upphandlande myndighet.

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).

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: För närvarande används COSMIC.

Vårdgivare: Leverantör i Hälsoval Jämtlands län

Överenskommelse: tecknas med verksamhet i egen regi, jämför avtal

2 INLEDNING

2.1 ALLMÄNT OM HÄLSOVAL JÄMTLANDS LÄN

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. Vårdvalet innebär att medborgaren har rätt att välja mellan de vårdgivare som landstinget godkänt och tecknat avtal med. Genom det individuella valet av utförare följer en ersättning till vårdgivaren.

Landstinget är som sjukvårdshuvudman ansvarigt för att gentemot länets invånare tillhandahålla de tjänster som omfattas av Hälsoval Jämtlands län. Landstinget är vidare ansvarig för att tillse att den vårdgivare som åtar sig att för landstingets räkning ge vård inom Hälsoval Jämtlands län 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 Jämtlands län 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.

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 Jämtlands län avser ett vårduppdrag med ett samlat åtagande för invånarnas behov av primärvård i länet. Vårdgivarens uppdrag och åtagande framgår av detta förfrågningsunderlag ”Hälsoval Jämtlands län”.

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 landstingets 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.

2.2.1 Närområde Gäddede

I Strömsunds kommun finns närområde Gäddede där bor det ca 900 invånare fördelade på en stor yta om ca 4000 km² dvs 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 bl a 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 landstinget vem som ska bedriva ambulansverksamheten.

2.3 LISTNING

Medborgarnas val ska avse listning till vårdenhet. Landstinget ska inom ramen för sitt informationsansvar verka för att medborgarna i Jämtlands län gör ett aktivt val. Landstinget och vårdgivare 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 landstinget fastställer, oavsett driftsform. Vid nyetablering tilldelas vårdenheten ett ickevalsalternativ inom den kommun där vårdenheten är belägen. Medborgare som är passivt listade berörs ej av det nya ickevalsalternativet.

Regler för listning, se bilaga 1 Listningsregler

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 landstinget. Dessa lägger även grunden för de kompetenser som måste finnas i primärvården.

Särskilda riktlinjer för verksamhetens inriktning och utveckling fastställs årligen i landstingsplanen.

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 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 landstinget. Det ska erbjudas grundläggande hälso- och sjukvård inom området allmänmedicin i enlighet med de mål och prioriteringar som fastställts och fortlöpande beslutas av landstingsfullmäktige.

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 landstinget. Vårdgivaren ska vara väl insatt i de måldokument, riktlinjer och policys som återfinns under länken för policy- och styrdokument.

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, vardagar, måndag till fredag. Vårdenheten ska vara tillgänglig per telefon dagtid, minst 30 timmar per vecka fördelat på vardagar 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 har ett samordningsansvar.

Vårdgivaren ska följa gällande regler för remisshantering, se avgiftshandbok. Rutiner för hantering av remisser och remissvar ska finnas.

Hälsoundersökningar för asylsökande med flera

I enlighet med regional överenskommelse där Regionförbundet, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Länsstyrelsen, Migrationsverket samt Jämtlands läns landsting ska vårdgivaren erbjuda hälsoundersökningar snarast till asylsökande, kvotflyktingar, och individer med familjeanknytning, i enlighet med gällande anvisningar från landstinget 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 barn 0-17år finns en särskild överenskommelse mellan Regionförbundet och Jämtlands läns landsting. SFS 2013:407-411
För ersättning, se 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 till patienter som är i behov av ett sådant för att styrka sin hälsa, sjukdom, skada eller funktionsnedsättning.

Alla läkarintyg 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 landstinget 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 landstingets riktlinjer.

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 landstingets riktlinjer avseende rättsintyg.

För omhändertagande av avlidna, se Policy och styrdokument

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 landstingets riktlinjer.

3.1.2 Rehabilitering och habilitering

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. Multimodal rehabilitering, det vill säga att olika kompetenser samarbetar i team på ett organiserat sätt, ska kunna erbjudas. Teamet ska certifieras enligt landstingets modell. 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).

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 så kallade ”Försäkringsmedicinska Beslutsstödet” återfinns i webbaserad form på Socialstyrelsens hemsida.

I landstinget finns ett webbaserat informationsmaterial som också kan fungera som vägledning i sjukskrivningsprocessen se www.sjukskrivningar.se.

I sjukskrivningsmiljarden finns krav som landstingen måste uppnå, vilka gäller alla vårdgivare som landstinget har avtal med.

Vårdgivaren ska, i förekommande fall, samverka med förbund för finansiell samordning (FINSAM) inom rehabiliteringsområdet.

Se Ersättning gällande rehabgaranti

I uppdraget ingår ett ansvar för listade personer med habiliteringsbehov enligt regelverk.

3.1.3 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 vuxenpsykiatri i landstinget. Se policy och styrdokument.

Vårdgivaren ska följa Regeringens och SKL:s överenskommelse om rehabiliteringsgarantin, 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 Jämtlands läns landsting.

3.1.4 Läkarsatser inom den kommunala hälso- och sjukvården

Landstinget ska, enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), erbjuda läkarresurser till samtliga kommuner i länet för att ge hemsjukvårdspatienter en god hälso- och sjukvård. Uppfyller landstinget inte avtalet att tillhandahålla läkare har kommunen rätt att anlita läkare och få ersättning från landstinget.

Landstinget och samtliga kommuner ska, enligt 26 § HSL, samverka så att patienter får den vård, behandling och de hjälpmedel som krävs. Landstinget och samtliga kommuner i Jämtlands län har lokala avtal, Ädelavtal, som reglerar omfattningen av de gemensamma insatserna. Vårdgivaren ska följa dessa avtal. Arbete med nytt/nya avtal är under framtagande.

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 Tilläggsuppdrag.

3.1.5 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.

Sjukvårdsrådgivningen (1177) via telefon och webb är ett komplement till landstingets olika vårdenheter för råd om egenvård samt prioritering och hänvisning till rätt vårdnivå när inte egenvårdsråd är tillräckliga. Landstinget ingår i den nationella sjukvårdsrådgivningen.

3.1.6 Jour och beredskap

Beredskapsansvar för distriktssköterskor/sjuksköterskor fastställs i de lokala Ädelavtalen där en del vårdenheter enligt överenskommelse har kvar kommunens beredskapsåtagande.

Landstinget ansvarar för att medborgarna har tillgång till insatser av primärvård även utanför vårdenheternas öppettider. Vårdgivarna ska delta i den jour- och beredskapsorganisation som landstinget fastställer. Vårdgivarna ska dela solidariskt på åtagandet utifrån antalet listade personer och ansluta sig till landstingets webbaserade planeringssystem Jourlisa.

En översyn av primärvårdens jour- och beredskapsorganisation pågår som kan komma att påverka uppdraget från 2015.

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 och bokar vid behov besök till jour- och beredskapsverksamheten.

3.1.7 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 landstinget. Se IT- och telefonitjänster, bilaga 2.

Familjecentral, se Tilläggsuppdrag.

3.1.8 Barnhälsovård

Vårdenheten ska i enlighet med nationella rekommendationer erbjuda barnhälsovård. 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 (dvs upp till 6 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. Se policy- och styrdokument.

Familjecentral, se Tilläggsuppdrag.

3.1.9 Medicinsk service

Vårdgivaren ska ombesörja att erforderliga laboratoriemedicinska, röntgendiagnostiska samt klinisk fysiologiska och patologiska undersökningar genomförs.

I landstingets grundstruktur för medicinsk service och utrustning ingår enheter för laboratoriemedicin, röntgen samt fysiologi. Av patientsäkerhetsskäl strävar landstinget efter att nå en sammanhållen vårdinformation/-data.

Vårdgivaren bör därför i första hand vända sig till landstingets medicinska service. Om vårdgivaren väljer att anlita annan leverantör av medicinsk service och utrustning ska denna leverantör vara ackrediterad av SWEDAC eller motsvarande kvalitetssäkring dvs motsvara landstingets krav på kompetens, avvikelshantering, tekniskt underhåll, IT-säkerhet samt återkommande kompetensutveckling

Patientnära kemiska laboratorieanalyser ska om vårdenheten nyttjar landstingets laboratorium kostnadsfritt kvalitetssäkras av landstingets 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 landstinget eller de landstinget har avtal med.

Vårdgivaren har fullt kostnadsansvar för all medicinsk service, inklusive närlaboratorium.

Kostnad för gynekologiska cellprover finansieras tillsvidare av landstinget.

Laboratorieprovtagning på patienter hänvisade från annan vårdgivare inom länet ska utföras. Se Ersättning.

3.1.10 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 landstingets 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 leda till att personer med ohälsosamma levnadsvanor förändras och därmed undviker att de leder till eller förvärrar sjukdom. Hur vårdgivaren hanterar sitt uppdrag har stor betydelse för länets sammantagna hälsosituation.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder samt landstingets policydokument och rutiner ska följas. Se policy- och styrdokument.

Vårdgivaren ska bidra till arbetet med och de aktiviteter som Hälsofrämjande sjukhus (HFS) genererar.

3.1.11 Smittskydd och vårdhygien

Vårdgivaren ska medverka i landstingets smittskyddsarbete och följa de råd, riktlinjer och rekommendationer som fastställs av landstinget. 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:

- grundkunskap om vårdhygien finns hos all vårdpersonal
- verksamheten har tillgång till vårdhygienisk expertis
- samverka med landstingets enhet för Vårdhygien

3.1.12 Utbildningsansvar

Vårdgivare ska tillhandahålla platser för verksamhetsförlagd utbildning (VFU), arbetsplatsförlagd utbildning (APU) eller motsvarande samt platser för utlokaliserad klinisk grundutbildning från Umeå Universitet. Kvalitet och inriktning ska följa legitimations- och examinationskrav och kvalificerad handledning ska ges för ovan nämnda grupper.

I de fall som landstinget tecknar avtal med utbildningsanordnare för VFU, APU eller motsvarande samt för regionaliserad läkarutbildning ska vårdgivare följa avtalen. Landstinget tillhandahåller praktikplatssamordning.

Vårdgivare ska följa landstingets riktlinjer för utbildning och handledning samt landstingets Plan för utbildning av läkare i Jämtlands läns landsting

Från och med 2011 bedriver Umeå Universitet den kliniska delen i läkarutbildningen inom ramen för regionaliserad läkarutbildning i Östersund/Jämtlands läns landsting. 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 landstinget tecknat med Umeå Universitet vad avser regionaliserad läkarutbildning samt landstingets Plan för utbildning av läkare i Jämtlands läns landsting.

Landstinget har statens uppdrag att utbilda AT- och ST-läkare. Landstinget kan uppdra åt vårdgivare att fullgöra hela eller delar av detta uppdrag för en eller flera läkare. Landstinget tillhandahåller och avlönar landstingsövergripande studierektor för AT- och ST-läkare. Se Ersättning. Se Policys och styrdokument.

3.2 LÄKEMEDEL

Vårdgivaren ska ha god kunskap om och följa landstingets läkemedelskommittés och/eller landstingets läkemedelsorganisations rekommendationer, gällande lagstiftning samt beslut om användning av arbetsplatskoder för läkemedel.

Avvikelser från givna rekommendationer och anvisningar ska vid begäran från landstinget kunna förklaras och motiveras utifrån medicinska skäl.

Vårdgivaren ska svara för att erforderliga läkemedel som behövs vid mottagningen finns och själv bekosta dessa samt vidta åtgärder enligt krav på kvalitetsgranskning av läkemedelsförråd.

Berörd personal ska på vårdgivarens uppdrag, delta i läkemedelskommittén eller landstingets läkemedelsorganisations 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 landstingets statistiksystem (ProDiver) så att landstinget kan följa upp volymer och kostnader.

Vårdgivaren ansvarar för att vårdenheten samverkar med Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens, STRAMA och landstingets läkemedelsorganisation.

Kostnaden för läkemedel till hos vårdgivaren listade personer ersätts av vårdgivaren. Se Ersättning.

Vårdgivaren ska följa landstingets regelverk om kliniska läkemedelsprövningar.

3.3 HJÄLPMEDEL

Vårdgivaren ska förskriva tekniska och medicintekniska hjälpmedel samt inkontinenshjälpmedel. Vårdgivaren ska följa av landstinget och kommunerna fastslagna direktiv för förskrivning samt rekvidrera i enlighet med landstingets regelverk och upphandlade sortiment.

Vid personligt förskrivna tekniska hjälpmedel som innefattas i hjälpmedelscentralens sortiment ska landstingets hjälpmedelscentral nyttjas som leverantör och vårdgivaren ska teckna separata avtal/överenskommelser gällande personligt förskrivna medicintekniska produkter med denna enhet.

Vårdgivaren ska följa Socialstyrelsens föreskrift (2008:1) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården. Vårdgivaren ska vara ansluten till Web sesam enligt Hjälpmedelcentralens regler. Se IT- och telefonitjänster, bilaga 2.

Vårdgivaren ska hålla sig uppdaterad med landstingets övergripande överenskommelse 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 utkrävbart 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 landstinget 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 landstinget och kommunerna regleras i lokala samarbets-/samverkansavtal så kallade Ädelavtal, baserade på ett regionalt ramavtal, som vidareutvecklas kontinuerligt. Under www.jll.se/samverkan finns samtliga gällande avtal.

Vårdgivaren ansvarar för att vårdenheten i tillämpliga delar följer dessa avtal.

Länets kommuner och landstinget undertecknade i maj 2010 en avsiktsförklaring ”Program för en god äldreomsorg i Jämtlands län” som vårdgivaren i tillämpliga delar ska följa. Se policy och styrdokument.

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 vårdplanering. 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 (via Kommunförbundet/Regionförbundet) och landstinget fastställda riktlinjerna avseende samordnad vårdplanering. Vårdgivaren ska ansluta sig till landstingets IT-baserade vårdplaneringssystem. Se policy och styrdokument.

3.6 KVALITET OCH PATIENTSÄKERHETSARBETE

Vårdgivaren ska bedriva ett fortlöpande, systematiskt och dokumenterat arbete med kvalitets- och verksamhetsutveckling så att Patientsäkerhetslagen 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 avvikelshantering och anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt Lex Maria. Avvikelser registreras i landstingets avvikelssystem. 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

Vårdgivaren ska i förekommande fall samverka med landstingets 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) samt medverka i den nationella patientsäkerhetsutvärderingen.

Vårdgivaren erbjuds tillgång till bland annat riktlinjer och rutiner i landstingets dokumenthanteringssystem, Centuri. Se villkor IT- och telefonitjänster, bilaga 2

Vårdgivaren ska delta i, av landstinget beslutade, undersökningar, statliga satsningar och enkäter.

Staten har slutit överenskommelser med SKL inom hälso- och sjukvårdsområdet som kan komma att påverka uppdraget, se www.skl.se samt policy och styrdokument.

De satsningar som pågår och planeras i länet inom äldre- sammanhållen vård och omsorg är i enlighet med den nationella satsningen och där det i vissa delar finns lokala överenskommelser mellan Regionförbundet och landstinget. Detta innebär för landstingets del att både den specialiserade vården och primärvården involveras i olika delar. Med detta menas att det för samtliga vårdgivare inom Hälsovalet ingår i grunduppdraget att, när så efterfrågas, delta i utvecklingsarbetet (se även under rubrik *Samverkan*). Prestationsersättning utgår för närvarande inom områdena:

- Kvalitetsregister: Senior Alert (avser inte primärvården), Svenska palliativregistret, SveDem (avser enbart registrering inom primärvården) och BPSD-registret (avser enbart registrering i kommunerna).
- Läkemedel
- Undvikbar slutenvård och återinläggningar 30 dagar

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 landstinget fattar beslut om längre fram, för att kunna fullgöra sitt åtagande enligt landstingets 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 landstinget väljer. För resultatredovisning se Uppföljning och utvärdering

3.7 KRIS OCH KATASTROFBEREDSKAP

Vårdgivaren ska följa gällande författningar inom krisberedskapsområdet. Därutöver ska vårdgivaren följa den Regionala kris- och katastrofmedicinska beredskapsplanen för Jämtlands läns landsting.

Vårdgivaren utgör en del av landstingets 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 aktuell personal hos vårdgivaren medverkar i planering (lokal och regional) inför allvarlig och eller extraordinär händelse samt vid utbildningar och övningar som anordnas av landstinget.

Varje vårdenhet ska kunna sända ut sjukvårdsgrupper till en skadeplats vid allvarlig händelse. Vårdgivaren ska samverka med övriga vårdenheter inom sin kommun för planering samt införskaffande av utrustning och läkemedel för sjukvårdsgrupper i enlighet med den Regionala kris- och katastrofmedicinska beredskapsplanen

Uppföljning av den katastrofmedicinska förmågan sker i dialogform mellan vårdgivaren och 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, 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
- hälsoundersökningar av asylsökande. 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 i de fall så erfordras. 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 och utveckling (FoU) är en viktig del 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 på vetenskaplig grund som berör verksamheten.

Vårdenheten ska tillhandahålla relevant patientdata och material till forskning som bedrivs av landstingsanställd eller forskare som landstinget samarbetar med.

Vårdenheten kan själv ta initiativ till utvecklingsarbete och vetenskaplig forskning. Vårdenheten ska informera landstinget 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

Landstinget 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 landstinget fastställer i särskild ordning. Ersättning och villkor är lika för alla vårdgivare. Beslut om vilka vårdgivare som ska fullgöra respektive tilläggsuppdrag fattas av landstinget. Landstingets målsättning är att alla tilläggsuppdrag ska bygga på frivilliga överenskommelser med respektive vårdgivare.

Genom tilläggsavtal med vårdgivaren ersätts enligt avsnitt 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 fara illa. Syftet är att på folkhälsovetenskaplig grund utveckla tvärfackliga metoder för att främja barns hälsa.

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.

Landstinget 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

Landstinget fördelar ansvaret för särskilt boende i dialog med vårdgivare. Landstinget 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 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 Samhällsmedicinskt ansvar.

3.10.3 Utveckling och utbildning

Landstinget 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. Landstinget förbehåller sig rätten att utse deltagare.

Vårdgivaren ska enligt avtal med Mittuniversitetet tillhandahålla huvudhandledare för sjuksköterskestuderande. Detta kan ske genom samverkan mellan flera vårdenheter.

Vårdgivaren ska enligt Plan för utbildning av läkare i Jämtlands läns landsting tillhandahålla huvudhandledare för AT-läkare. Detta kan ske genom samverkan mellan flera vårdenheter.

Landstinget ansvarar för systemadministration av Obstetrix.

Landstinget utser en distriktssköterska med länsansvar för alkoholfrågor.

3.10.4 Fortbildning

Inom primärvårdens verksamhet finns fortbildningssamordnare med uppdrag att anordna fortbildningsdagar som överensstämmer med primärvårdens mål och riktlinjer. Landstinget förbehåller sig rätten att utse fortbildningssamordnare.

3.10.5 ST-läkare

Landstinget 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 2008:17 (M)), Målbeskrivning för allmänmedicin 2008 samt landstingets Plan för utbildning av läkare i Jämtlands läns landsting.

ST-läkare ska delta i landstingets 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 landstinget.

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 landstinget komma att ompröva avtalet.

3.10.6 AT-läkare

Landstinget kan uppdra åt vårdgivare att ansvara för AT-läkares tjänstgöringsavsnitt inom allmänmedicin för en eller flera AT-läkare. Landstinget 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 landstingets Plan för utbildning av läkare i Jämtlands läns landsting.

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 landstingets Plan för utbildning av läkare i Jämtlands läns landsting.

AT- och ST-studierektor ska vara specialister inom allmänmedicin och har sin placering hos vårdgivare inom primärvården. Landstinget utser ST- och AT-studierektor.

3.10.8 Lektor inom regionaliserad läkarutbildning

Umeå Universitet anställer lektor inom regionaliserad läkarutbildning. Anställningen benämns som förenad anställning och den är hel och odelbar. Anställningen består av undervisning, forskning och kliniskt arbete i Jämtlands läns landsting. 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 Jämtlands läns landsting. Landstinget kan uppdra åt vårdgivare att ansvara för den kliniska tjänstgöringen. Lektor erhåller ett arvode och det utbetalas av den hälsocentral 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 Folkhälsocentrum och KFC-Z 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 policy och styrdokument.

3.10.11 Rehabkoordinator

Från 2013 ingår fem heltidsanställda rehabkoordinatorer i primärvården med uppdrag för hela länet, enligt rehabgarantin, att bland annat;

- koordinera arbetet med tidig rehabilitering,
- vara med och stötta i teamarbete,
- vid behov vara kontaktperson för patienten mot försäkringskassa, arbetsförmedling, arbetsgivare, företagshälsovård osv.
- hjälpa hälsocentralen med fortlöpande statistik
- utifrån hälsocentralens sjukskrivningar samordna teamträffar och kontakter med patienter som ska tas upp på teamen.
- rapportera utförda rehabiliteringar.

3.10.12 Primärvårdskonsulter

Landstinget utser primärvårdskonsulter med uppdrag att i samverkan med den specialiserade vården utarbeta rutiner och riktlinjer för att få till fungerande vårdprocesser.

3.11 VERKSAMHETER SOM INTE OMFATTAS AV HÄLSOVALET

Nedanstående verksamheter, som bedrivs inom landstingets primärvård, ingår inte i Hälsoval Jämtlands län och vårdgivaren har inget kostnadsansvar för besök/inläggningar vid dessa enheter:

- 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.

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 landstingets avgiftshandbok.

Vårdgivarens ersättning för uppdraget framräknas enligt nedanstående modell som gäller från den 1 januari 2015.

Ersättningssystemet består av tre grunddelar:

- ersättning för listade personer
- rörlig ersättning
- tilläggsersättning.

Momskompensation återsöks av landstinget hos skattemyndigheten. En privat vårdenhet får momskompensation genom att den av landstinget 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 ekonomi- och personaladministrativa system med 20 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 tolfedel 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 landstinget 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 2015, 537 856 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 234 401 tkr som ersättning per listad person. Ersättningen för vikt 1,00 är 1 860 kr. Ersättningen kan variera något utifrån förändringar i antalet invånare i länet.

Ersättningen viktas i femårsklasser.

Vikterna nedan avser 2014.

Ålder	Vikt
0-4	1,32
5-9	0,42
10-14	0,34
15-19	0,55
20-24	0,64
25-29	0,73
30-34	0,76
35-39	0,74
40-44	0,74
45-49	0,84
50-54	0,94
55-59	1,00
60-64	1,18
65-69	1,39
70-74	1,74
75-79	1,94
80-84	2,07
85-89	1,89
90-94	1,66
95-99	1,45
100-104	1,70

4.1.2 Socioekonomisk faktor

Som socioekonomisk faktor används CNI (Care Need Index). Denna faktor syftar till att utjämna sjukdomsburden 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 vårdenheter har. CNI kommer att uppdateras vid behov.

2014 är den preliminära genomsnittliga ersättningen per invånare i Jämtlands län 620 kr, totalt 78 134 tkr. Preliminärt CNI per vårdenheter kan erhållas från landstinget.

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 mantalskrivningsort, vilket innebär avståndet från närmsta vårdenheter i kommunen till Östersund och är indelad i fem avståndsintervaller. Ersättningen för vikt 1,00 är 779 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 rekvideras. Vårdgivare ska ha samma rättigheter till rabatt på läkemedel efter genomförda upphandlingar som landstingets 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 1 248 kr under 2014, totalt 157 321 tkr.

Vikterna nedan avser 2014.

Ålder	Vikt
0-4	0,26
5-9	0,14
10-14	0,28
15-19	0,19
20-24	0,20
25-29	0,31
30-34	0,36
35-39	0,43
40-44	0,49
45-49	0,74
50-54	0,98
55-59	1,22
60-64	1,54
65-69	1,94
70-74	2,37
75-79	2,71
80-84	2,92
85-89	2,92
90-94	3,17
95-99	2,98
100-104	1,46

4.2 RÖRLIG ERSÄTTNING

I den rörliga ersättningen ingår ersättning för följande:

- patientavgift
- patienter från andra landsting och andra länder
- asylsökande
- patient som inte är listad vid vårdenheten
- avdrag görs för listads besök hos vårdgivare med nationell taxa
- utbildning och handledning
- rehabgaranti
- stimulansmedel

4.2.1 Patientavgift

Vårdgivaren ska ta ut patientavgift enligt landstingets 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 20 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 landstingets regelverk. Patientavgifterna behålles av vårdgivaren.

4.2.2 Patienter från andra landsting och andra länder

Vårdgivaren ska ta emot patienter från andra landsting och andra länder på samma sätt som landstingets egna verksamheter enligt bestämmelserna i Riksavtalet för utomlänsvård. För patienter som ges sådan vård ska vårdgivaren debitera patientens landsting för vårdkostnad. 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 föreslås gälla för 2013 men är ej fastställda för 2015. Till detta kommer patientavgift enligt landstingets fastställda vårdavgifter.

Läkarbesök utomlänspatient	1 808 kr
Sjukvårdande behandling utomlänspatient	723 kr

4.2.3 Asylsökande kvotflyktingar

Ersättning ges med samma ersättningsbelopp per besök eller vård dag/vårdtillfälle, med avdrag för eventuella patientavgifter, som gäller för utomlänspatienter. Hälsoundersökning av asylsökande, inklusive hälsosamtal och tolkkostnader, ersätts år 2013 med 2 070 kr. Beloppet justeras årligen med förändringen av konsumentprisindex.

Ersättningskrav till landstinget måste vara försedda med den asylsökandes LMA-nummer för att ersättning ska lämnas enligt landstingets regelverk.

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.

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.

4.2.5 Listads besök hos vårdgivare med nationell taxa

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.

4.2.6 Ersättning för utbildning och handledning

Där landstinget 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 landstinget.

Ersättning för studenter från Mittuniversitet var för år 2013 1418 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 var för år 2013, 4 000 kr per student och vecka.

Ersättning för studenter inom regionaliserad läkarutbildning från Umeå Universitet var år 2013, 4 000 kr per student och vecka.

För övriga studenter från Umeå Universitet var ersättningen för år 2013 1418 kr per student och vecka. Avdrag görs i förekommande fall för praktikplatssamordning med 350 kr per student och vecka.

4.2.7 Överenskommelser mellan staten och SKL

Ett antal överenskommelser är kopplade till stimulansmedel som vid uppnådda mål kan komma att påverka ersättningen i primärvården.

4.2.7.1 Sjukskrivningsprocess och Rehabgaranti

För att få ersättning för multimodal rehabilitering krävs att vårdenheten har och arbetar utifrån definitionen av multimodalt team. Den multimodala rehabiliteringen används för personer i åldrarna 16–67 år, med förhållandevis stora och komplexa behov: icke specifik smärta i rygg, nacke och axlar med minst 3 månaders varaktighet. Behandlingen ska bestå av minst 2-3 behandlingstillfällen/ vecka under 6-8 veckor. I behandling kan även hemuppgifter ingå.

För att få ersättning gällande psykisk ohälsa krävs att patienten får KBT behandling av personal med minst steg 1 utbildning i KBT eller IPT samt har handledning av utbildad KBT handledare 2 ggr/ månad. Behandlingen ska pågå i en serie av minst 5 och cirka 12 behandlingstillfällen.

Särskilda formulär lämnas in varje kvartal till Landstinget. 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

4.2.8 Utveckling 2016

Landstinget kommer successivt att utveckla ersättningsmodellen för Hälsoval Jämtlands län. Under 2015 kommer bland annat följande att ses över:

- ACG
- Täckningsgrad
- Kostnadsansvar för besök utanför Jämtlands län
- Målrelaterad ersättning

4.3 TILLÄGGSERSÄTTNING

Särskild ersättning utgår enligt nedan för de tilläggsuppdrag som regleras i uppdragsspecifikationen, punkt 2.2.15. 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, planeringsstillfällen, 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 500 kr per timme.

Vårdgivaren ersätts med 500 kr per timme för huvudhandledarskap för sjuksköterskor enligt modell för verksamhetsförlagd utbildning för sjuksköterskestudenter.

Vårdgivaren ersätts med 500 kr per timme för huvudhandledarskap för AT-läkare enligt Handlingsplan för utbildning av läkarstudenter och läkare.

Landstinget ersätter motsvarande 20 % av en distriktsskötersketjänst för att arbeta med alkoholfrågor samt 10% av en barnmorsketjänst för systemadministration av Obstetrix.

4.3.4 Fortbildning

Fortbildningssamordnare ersätts av landstinget 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 landstinget. Ersättningen uppräknas årligen utifrån landstingets löneutveckling för ST-läkare.

4.3.6 AT-läkare

Landstinget avlönar AT-läkare. Ersättning till vårdgivare som tar emot AT-läkare är 80 % av lönekostnaden för AT-läkaren.

4.3.7 AT- och ST-studierektor inom primärvård

Landstinget ersätter vårdgivare som på del av befattning som distriktsläkare, är AT- och ST-studierektor inom primärvård.

4.3.8 Ambulansverksamhet i Gäddede

Landstinget ersätter uppdraget att bedriva ambulansverksamhet i Gäddede 2014 med 4 414 000 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 år 2014 till maximalt 185 000. Totalt avsätts 1,1 mkr.

4.3.10 Rehabkoordinatorer

Rehabkoordinatorerna finansieras av landstinget.

4.3.11 Primärvårdskonsulter

Primärvårdskonsulter finansieras av landstinget

5 UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING

I detta avsnitt redovisas hur Hälsoval Jämtlands län kommer att följas upp.

Landstinget 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. Landstinget har ett ansvar att påtala brister i verksamheten oavsett om verksamheten drivs av landstinget i egen regi eller av andra, fristående vårdgivare. Därmed tillgodoses också allmänhetens rätt till insyn enligt 3 kap 19 a § kommunallagen. Landstingets mål är att uppföljningen i så stor utsträckning som möjligt ska bedrivas med stöd av befintliga IT-system.

Vårdgivaren ska medverka med faktaunderlag för landstingets uppföljning av verksamheten i form av månads-, tertial- och årsrapportering/verksamhetsberättelse enligt landstingets riktlinjer. Förutom den standardiserade uppföljningen ska uppföljning i dialogform ske minst en gång per år efter inlämnandet av verksamhetsberättelse/årsredovisning. Landstinget kallar till dessa möten. Vid uppföljningsmöten ska från vårdgivarens sida medverka minst verksamhetschef och medicinskt ansvarig. Vårdgivaren ska förse landstinget med efterfrågat uppföljningsunderlag samt ansvara för att inrapporterade uppgifter är riktiga.

Landstinget 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 landstinget.

Vårdgivaren ska lämna/tillhandahålla de uppgifter som landstinget anser sig behöva för att följa upp och kontrollera

- att verksamheten bedrivs i enlighet med förfrågningsunderlaget och de mål och riktlinjer som landstinget 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. Landstinget äger utan särskilt medgivande tillgång till alla sådana uppgifter med undantag för sekretessbelagd information.

Landstingen kommer att bedriva ett gemensamt utvecklingsarbete för att successivt utveckla ett enhetligt system för styrning och uppföljning av primärvården. 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.

Mätetal och mål redovisas i bilaga 3. 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 landstinget eller annan på deras uppdrag kallar till. Landstinget och vårdgivaren ska ha ett ömsesidigt informations- och samrådsansvar beträffande verksamhetsförändringar som påverkar tillgängligheten och annan service mot allmänhet och patienter.

Landstinget 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 landstinget anvisar.

Vid särskilda tillfällen kan också uppgifter utöver planerad uppföljning begäras in och sådana uppgifter ska skyndsamt inrapporteras till landstinget..

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 landstingets styrdokument, policyskrifter och övriga anvisningar i tillämpliga delar.

6.3 KOMPETENS OCH BEMANNING

Vårdgivare ansvarar för att verksamhetschef finns inom verksamheten enligt SOSFS 1997:8. Verksamhetschefens uppgifter framgår av bland annat av förordningen (1996:933) om verksamhetschef inom hälso- och sjukvården. Namn på verksamhetschef ska framgå av kontraktet. Förändring ska utan dröjsmål meddelas landstinget.

Inom Jämtlands läns landsting gäller Riktlinjer för verksamhetschef samt medicinska ledningsuppdrag. Se policy och styrdokument.

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 vårdenheter 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.

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 landstinget för underleverantörernas arbete såsom om det vore vårdgivarens eget.

För det fall vårdgivaren vill anlita underleverantör ska anmälan om detta göras till landstinget skriftligen. Landstinget 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.

Landstinget 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).

Patientdokumentationen ska ha en gemensam informationsstruktur och informationen ska vara tillgänglig i hela vårdkedjan. Dessa krav gäller all vård som utförs på landstingets 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. Landstingets enhet Registerservice sköter i sådana fall scanning på uppdrag av vårdgivaren.

Vårdgivaren förbinder sig att samverka med landstinget 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, se bilaga 2 IT- och telefonitjänster.

6.6 PATIENTNÄMND

Verksamheten faller under ansvarsområdet för landstingets patientnämnd. Patienten ska informeras och ges erforderlig möjlighet att vända sig till landstingets 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 landstingets 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 vårdenhets 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 landstinget senast i samband med verifiering av vårdenhet. På anmodan ska vårdgivaren löpande kunna uppvisa intyg på erforderliga 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, där mätdata kan behöva lagras i lagringssystem inom Jämtlands läns landsting, ska vara av samma typ som finns inom landstingets 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 landstingets 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 landstinget

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

Landstinget ansvarar för att vårdgivarna via bland annat landstingets webbsidor kan ta del av sådan verksamhetsinformation som behövs för att fullgöra åtagandet i Hälsoval Jämtlands län.

Vårdgivaren har ansvar för att hålla sig uppdaterad om aktuell verksamhetsinformation som landstinget ger ut på bland annat webbsidor.

6.12.1 Hälsovalssymbol för signal om godkännande

Vårdgivaren ska genom att använda symbolen för Hälsoval Jämtlands län tydligt visa att man är godkänd och därmed ingår i Jämtlands läns landstings offentligt finansierade vårdutbud.

Hälsovalssymbolen ska användas i exempelvis annonser, trycksaker, på webbplatser och på utomhusskyltar vid vårdenhetens entré enligt landstingets riktlinjer.

6.12.2 Kontaktuppgifter och grundutbud

Landstinget informerar medborgarna om vårdenhetens kontaktuppgifter och grundutbud, till exempel verksamheter och kompetenser, via de kanaler som landstinget använder för denna typ av information. Landstinget förbehåller sig rätten att avgöra vilken typ av uppgifter som ska finnas tillgängliga via landstingets egna informationskanaler.

Vårdenheten ska förse landstinget med de uppgifter som behövs för att ge invånarna den information som nämns ovan. När en förändring sker ska vårdenheten lämna uppdaterad information till landstinget.

6.12.3 Väntrumsinformation

Vårdgivaren ska följa landstingets riktlinjer för väntrumsinformation som även gäller för vårdenhetens kommunikation via Internet

Landstinget 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*. Den tekniska lösning som erbjuder detta är den nationella tjänsten Mina Vårdkontakter (MVK). För att möjliggöra

vårdgivarens egen inloggning till tjänsterna MVK samt 1177 krävs att kortläsare anslutna till datorarbetsplatsen anskaffas för läsning av SITHS-kort. Personalens personliga SITHS-kort tillhandahålls av landstinget och kan beställas av vårdgivaren från landstinget.

6.12.4.1 Utgivning av SITHS e-tjänstekort

Vårdgivaren ska bemanna och hålla tillgänglig en lokal utlämningsfunktion för de nationella SITHS e-tjänstekorten inom sin klinik samt under 2013, 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 landstingets Helpdesk för att sköta utgivningsförfarandet. Oklart vad som gäller från 2015.

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 landstinget fastställt sätt ange att de är en del av Hälsoval Jämtlands län och arbetar på uppdrag av landstinget. Detta görs genom att använda symbolen för Hälsoval Jämtlands län.

Vårdgivare får använda symbolen när deras ansökan om att ingå i hälsoval är godkänd.

Externa vårdgivare får inte använda landstingets logotyp, men symbolen för hälsoval. Vårdgivare som har landstinget som huvudman använder både landstingets logotyp och symbolen för hälsoval.

I marknadsföring ska det tydligt framgå vilka tjänster som ingår i Hälsoval Jämtlands län 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 landstingets regler för sjukresor och vara patienten behjälplig med att ordna sjukresa samt informera om gällande regler. Vårdgivaren svarar för kostnaden för sjukresor.

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

Landstinget ansvarar för tolkservice i form av teckenspråkstolkar och vuxendövtolkar till döva, dövblinda och hörselskadade personer. Vårdgivaren rekviderar vid behov tolkservice genom landstingets tolkcentral. Landstinget svarar för kostnaden.

6.16 IT-TJÄNSTER/SYSTEM

För att vårdgivaren ska kunna ansluta sig till landstingets gemensamma tjänster/system ska vårdgivaren acceptera och godkänna de villkor som anges i Bilaga 2 IT- och telefonitjänster Hälsoval Jämtlands län. Detta godkännande har skett i och med anbudsgivarens avgivna svar i ansökan om anslutning till Hälsoval Jämtlands län.

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.

För att tillförsäkra ett IT-stöd som kan uppnå hög patientsäkerhet samt en kostnadseffektiv hantering i verksamheten har landstinget 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 landstingets IT-miljö blir dessa anvisade IT-tjänster (för patientadministration, hälso- och sjukvårdsinformation, patientuppgifter i vårdkedjan samt administrativa uppgifter) gemensamma för samtliga huvudmän inom Hälsoval Jämtlands län. Information i form av verksamhetsuppgifter, statistik och ekonomiska underlag kan på så sätt delas mellan aktörerna i tillämpliga delar.

Landstinget erbjuder vårdgivaren att använda landstingets vårdadministrativa system enligt givna rutiner.

Vårdgivaren ska genom anslutning till och nyttjande av anvisade delar av landstingets 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 landstinget 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 landstingets kataloglösning för HSA
- säkerhetslösning i form av SITHS e-tjänstekort för tillgång till vårddokumentation
- Pascal dosföreskrivningar 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 landstingets 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 landstingets 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. Landstinget erbjuder valfria telefonitjänster enligt Bilaga 2.

Vårdgivaren ges rätt att för sin verksamhet mot en kostnad ansluta sig till landstingets telefoniplattform samt telefonistjänst. 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 landstingets 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 landstingsgemensam telefonitjänst via avrop från gällande driftsavtal.

Inom landstingets primärvård har en telefoniplattform driftsatts 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 Jämtlands län i form av anslutning av vårdgivare på frivillig väg. Vårdgivaren tecknar avtal direkt med leverantören av systemet samt med landstinget vad gäller villkoren för samarbetet.

Mer information se bilaga 2 IT- och telefonitjänster.

6.18 MILJÖKRAV

Vårdgivaren ska vara informerad om och följa gällande lagar och andra författningar samt landstingets riktlinjer och policys, som berör vårdgivaren.

Vårdgivaren ska samverka med landstinget i frågor och då landstinget så begär, redovisa hur vårdgivaren arbetar för att uppfylla landstingets miljömål. Uppföljning av miljöarbetet ska dokumenteras och redovisas till landstinget i samband med den årliga uppföljningen av miljöarbetet, senast den 31 januari årligen.

För landstingets styrande dokument gällande miljöarbete, se länk Policy- och styrdokument.

6.19 ALLMÄNHETENS INSYN OCH MEDDELARFRIHET

Vårdgivare förbinder sig, vid anmodan från landstinget eller då allmänheten så påtalar, snarast lämna ut de uppgifter som efterfrågas.

Meddelarfrihet för anställda hos landstinget 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

Vårdgivaren är personuppgiftsansvarig för sin 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

Landstinget har när som helst under avtalstiden rätt att kontrollera hos Skatteverket att vårdgivaren uppfyller sin skatte- och avgiftsskyldighet.

6.24 MEDICINSK REVISION

Landstinget har rätt att under avtalsperioden, och när landstinget 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.

Landstinget 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

Landstingets revisorer ska i enlighet med Kommunallagen 9 kap. 9 § granska all verksamhet som landstinget bedriver inom sitt verksamhetsområde.

Vårdgivaren förbinder sig att i enlighet med denna lag låta landstingets 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 landstingets revisorer.

Landstingets 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 LANDSTINGETS BEGÄRAN

Landstinget förbehåller sig rätten att ändra villkoren i avtal. Landstinget beslutar i juni månad årligen om villkorsförändringar som ska träda i kraft den 1 januari efterföljande år. Landstinget 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 landstinget 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 landstingets frågor rörande klagomål, befarade brister eller oklarheter rörande tolkningen av dennes åtagande.

Om vårdgivaren lämnat ofullständiga eller felaktiga uppgifter har landstinget 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 landstinget efter utredning, som kommunicerats med vårdgivare, konstaterar brister som kräver att aktiva åtgärder vidtas av vårdgivaren kan landstinget, beroende på bristernas omfattning och karaktär, förelägga vårdgivaren att vidta rättelse. Om rättelse inte vidtas inom föreskriven tidsfrist får landstinget ta ut vite tills dess rättelse sker. Vitet bestäms utifrån bristens art och omfattning upptill högst 50.000 kr /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 landstinget, 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 kr /person/vecka. Maximalt utgår 10.000 kr 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 kr 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 landstinget.
- 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 landstinget 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 LANDSTINGET 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 landstinget. 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 landstinget.

Landstinget 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 finnas 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 ej kan lösas av parterna gemensamt ska avgöras av allmän domstol. Östersunds tingsrätt är 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 landstinget skadeslöst om krav väcks mot landstinget 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.

Landstinget ska snarast underrätta vårdgivaren om krav framställs mot vårdgivaren som omfattas av föregående stycke. Landstinget 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 iakttä 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.

Fakturerings till landstinget får inte överlåtas på tredje part utan skriftligt godkännande av landstinget. Landstinget betalar inte expeditions-, faktura-, miljö- eller andra ej avtalade avgifter från vårdgivaren eller tredje part.

Faktura ska vara märkt med beställarreferens som erhålls av landstinget. Även eventuella påminnelser och krav sänds till samma adress:

Jämtlands läns landsting

Box 910

831 29 ÖSTERSUND

Om anledning till anmärkning mot faktura inte föreligger, erläggs betalning inom 30 dagar räknat från fakturadatum. Om landstinget 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 landstinget eller av landstinget upphandlad tjänst avseende:

- sterilservice
- städtjänster
- transport och posthantering
- sjukvårds/förrådsprodukter
- tvätt
- medicinteknisk service
- medicinsk diagnostik

7 FÖRESKRIFTER FÖR ANSÖKAN

Hälsoval Jämtlands län avser ett kontraktbundet 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 Jämtlands län”. Ansökan ska minst avse att starta en vårdenhet. Vid start av flera vårdenheter ska vårdgivaren ingå ett avtal för varje godkänd vårdenhet. Landstinget 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 landstinget enligt särskild anvisning. Av anmälan ska framgå omfattning på uppdraget, kompetens, driftsstart, öppethållande samt tänkt lokalisering.

I förfrågningsunderlaget ingående handlingar:

- Inbjudan
- Inledning
- Uppdragsspecifikation
- Ersättningsmodell
- Uppföljning och utvärdering
- Allmänna villkor
- Föreskrifter för ansökan
- Avtalsmall

Bilaga 1 Listningsregler

Bilaga 2 IT- och telefonitjänster

Bilaga 3 Uppföljning

Övergripande och förklarande dokument som gäller Hälsoval Jämtlands län kommer att finnas på landstingets webbplats: www.jll.se/halsoval/policy- och styrdokument

7.1 TIDPUNKT FÖR DRIFTSTART

Vårdgivaren ska i sin ansökan ange tidpunkt för planerad driftstart. Driftsstart ska ske senast sex (6) månader efter det att vårdgivaren tagit emot landstingets beslut om godkännande. Vårdgivaren ska till sin ansökan bifoga en tidplan och denne är skyldig att rapportera eventuella förändringar och fränsteg från den inlämnade tidplanen.

7.2 ANSVARIGT LANDSTING

Jämtlands läns landsting

Organisations nummer 23 21 00-0214

För information om landstinget, se hemsida: www.jll.se

7.3 ANSVARIG HANDLÄGGARE FÖR ANSÖKAN

Frågor skickas skriftligen via e-post till halsoval@jll.se

7.3.1 Uppgifter om Hälsoval Jämtlands län

Kontaktperson	Lena Weinstock Svedh
E-post	lena.weinstock-svedh@jll.se
Internetadress	www.jll.se/halsoval

7.3.2 Uppgifter om ansökan

Kontaktperson	Lena Book
E-post	lena.book@jll.se
Internetadress	www.jll.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 Jämtlands län finns att hämta på;

- Landstingets hemsida: www.jll.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

Landstinget 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 landstingets hemsida, www.jll.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 landstingets 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
Jämtlands läns landsting
Hälsovalskansliet
Box 654
831 27 ÖSTERSUND

Besöksadress
Landstingshuset
Hälsovalskansliet
Kyrkgatan 12
Östersund

Ansökan skickas/lämnas i förseglat omslag märkt: "Ansökan Hälsoval Jämtlands län" 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 Mervärdesskattelag (1994:200) föreligger för verksamheten, innehållen preliminär A-skatt och arbetsgivaravgifter.
- fri från skulder för skatter och sociala avgifter.

Vårdgivaren ska ha F-skattsedel.

Landstinget 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 landstinget att göra motsvarande kontroll enligt ovan för underleverantörer.

Ovanstående förfarande är endast tillämplbart 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 landstinget 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. Landstinget kommer bedöma det sökande företags förmåga att fullfölja ett kontrakt av denna storleksordning under hela kontraktperioden genom att vidta löpande kontroller.

För att landstinget 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 värdenheten.

Avser ansökande företag att utnyttja underleverantör för att genomföra delar av sitt åtagande kommer landstinget 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 landstinget. På begäran av landstinget ska vårdgivaren lämna ytterligare information om de nya ägarförhållandena och om vårdgivarens framtida möjligheter att uppfylla avtalet. Om landstinget befarar att den nye ägaren inte har möjlighet att uppfylla godkännandekraven enligt förfrågningsunderlaget kan ny ansökan om godkännande krävas. Landstinget 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 Jämtlands län.

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

Landstinget 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 landstinget 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 Jämtlands län och därmed visa att den ingår i Jämtlands läns landstings offentligt finansierade vårdutbud.

8 AVTALSMALL

8.1 AVTALSPARTER

Mellan Jämtlands läns landsting och nedan angiven har slutits följande avtal.

Jämtlands läns landsting	Vårdgivare
Jämtlands läns landsting Hälsovalskansliet Box 654 831 27 Östersund	
Org nr 232100-0214	Org nr
Hemsida www.jll.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.

Jämtlands läns landsting	Vårdgivare
Kontaktperson	Kontaktperson
E-post	E-post
Telefon	Telefon
Mobiltelefon	Mobiltelefon

8.3 ÅTAGANDE OCH OMFATTNING

Vårdgivaren åtar sig att för landstinget 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 landstinget 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

Landstinget	Vårdgivaren
Ort och datum	Ort och datum
Namn	Namn
Namnförtydligande	Namnförtydligande

Del B Underskrifter Avtal efter verifiering

Landstinget	Vårdgivaren
Ort och datum	Ort och datum
Namn	Namn
Namnförtydligande	Namnförtydligande

Bilagor

1. Förfrågningsunderlag inkl. bilagor, daterad 200x-xx-xx
2. Anslutningsavtal JLL IT- och telefonitjänster
3. Tilläggsuppdrag



Jämtlands Läns
Landsting



www.jll.se/halsoval

Bilaga Listningsregler

Hälsoval Jämtlands län 2015

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 vårdenheter än den valda	4
1.2.3	Undantag från listning	4
1.2.4	Samverkansavtal	4
1.2.5	Nyinflyttade och nyfödda	4
1.2.6	Vid flytt inom länet	5
1.2.7	Vid byte av vårdenheter	5
1.2.8	Om en vårdenheter upphör	5
1.3	HANTERING AV MEDBORGARNAS VAL	5
1.3.1	Väntelista	5
1.3.2	Tillgång till valblankett	6
1.3.3	Listningsregister	6

1 LISTNINGSREGLER

1.1 MEDBORGARENS ÅTAGANDE

Landstinget 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 landsting, i andra länder samt för personer med skyddade personuppgifter, asylsökande och papperslösa.
- Medborgaren kan välja vårdenheter som har avtal med landstinget inom ramen för Hälsoval Jämtlands län. 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 vårdnadshavaren. 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 inom två månader ta emot personer som väljer att lista sig vid enheten. Den tidigare vårdenheten behåller vårdansvaret till dess att personen överförs till den nya vårdenheten. Något tak för antal listade finns inte.
- Varje vårdenhet har, enligt Hälso- och sjukvårdslagen § 5, i 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 landstingets 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 landstinget utsedd, vårdenhet med ansvar för besök och kontakt med kommunala sjuksköterskan/distriktssköterskan enligt 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 landstinget 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 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 sker ersättning enligt Riksavtal för utomlänsvård.

Den nationella patientmaktsutredning som pågår kan komma att påverka uppdraget för rätten att välja primärvård i annat län.

1.2.3 Undantag från listning

Medborgare med skyddad identitet och asylsökande kan välja vårdenhet men registreras inte i listningsregistret.

1.2.4 Samverkansavtal

Samverkansavtalet om listning över länsgräns med Landstinget i Västernorrland är uppsagt. Förhandling pågår om nytt avtal. Utredning pågår med landstinget i Västerbotten och Norrbotten om liknande avtal

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 landstinget beslutat om. Landstinget ansvarar för att nyinflyttade och vårdnadshavare till nyfödda erhåller information om Hälsoval Jämtlands län 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 och senast inom två (2) månader ta emot personen. Tiden för önskemålet räknas från och med den dag som personen undertecknar valblanketten. Den nya vårdenheten ska snarast, och senast inom två (2) veckor, ge besked om vilket datum personen får möjlighet att ta del av vårdenhetens utbud.

1.2.8 Om en vårdenhet upphör

Om en vårdenhet upphör övergår ansvaret till landstinget som uppmanar listade medborgare att göra ett nytt aktivt val. Om val inte gjorts listar landstinget personen enligt närhetsprincipen till närmsta vårdenhet inom kommunen. När en vårdenhet upphör eller flyttar är det både landstingets och vårdgivarens ansvar att informera de personer som valt vårdenheten. Informationen måste alltid samordnas via landstinget.

1.3 HANTERING AV MEDBORGARNAS VAL

Uppgifter om medborgarnas val registreras i landstingets 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 landstingets 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 Väntelista

Vid beredande av plats registreras undertecknat önskemål i turordning i listningsregistrets kölista av vårdenheten. Kopia på blanketten skickas därefter till Hälsovalskansliet. Vårdenheten ansvarar för att i turordning, med undantag för barn med föräldrar som valt annan vårdenhet, tillgodose medborgarnas val samt meddela individen när valet tillgodosetts. Dock inom högst två månader.

1.3.2 Tillgång till valblankett

Varje vårdenhet ska tillhandahålla valblanketter. Dessa kan hämtas på landstingets webbplats www.jll.se/halsoval. Någon annan valblankett får ej användas. Arbete pågår med att utveckla elektronisk valblankett i ”Mina vårdkontakter”.

1.3.3 Listningsregister

Alla vårdenheter har tillgång till information om medborgarens val samt möjlighet att registrera val och använda funktionen listkö genom landstingets listningsregister. Landstingets listningsregister möjliggör indelning av vårdenheten i områden baserat på team/läkare. Vårdgivaren ska utse kontaktperson som ansvarar för kommunikationen med landstinget.



Jämtlands Läns
Landsting



Bilaga 2 IT- och telefonitjänster
Hälsoval Jämtlands län 2015

www.jll.se/halsoval

INNEHÅLL

1	INLEDNING	3
1.1	ÖVERSIKT – IT- OCH TELEFONITJÄNSTER	3
1.2	TJÄNSTER – OBLIGATORISKA RESPEKTIVE VALFRIA	3
1.3	ANSÖKAN OM ANSLUTNING IT-/TELEFONITJÄNSTER	3
1.4	STÖDTJÄNSTER FÖR ANSLUTNING	3
2	FÖRUTSÄTTNINGAR - TILLGÅNG TILL TJÄNSTER	4
2.1	TJÄNSTEBESKRIVNINGAR	4
2.2	VÅRDGIVARENS ORGANISATION	4
2.3	ANVÄNDNING AV IT-TJÄNSTER VIA LANDSTINGET	4
2.4	ANSLUTNINGSTJÄNST OCH KLIENTARBETSPLATSER	4
2.5	ANSLUTNINGSAVTAL JLL IT-TJÄNSTER	5
2.6	KOMMANDE IT-TJÄNSTER	5
2.7	ÖVERSIKT – LANDSTINGETS IT- OCH TELEFONITJÄNSTER	6
2.8	GRUPP AV REGISTRERADE ARBETSPLATSER	6
3	TJÄNSTER IT	6
3.1	OBLIGATORISKA TJÄNSTER	6
3.1.1	Vårdutbud bas	6
3.1.2	Stödapplikationer	8
3.2	VALFRIA TJÄNSTER IT	9
3.3	ÖVRIGA TJÄNSTER IT	9
3.4	LANDSTINGETS KRAV PÅ IT-SÄKERHET	9
3.5	ANSLUTNING AV SKRIVARE OCH ÖVRIG UTRUSTNING	9
3.6	IT-UTBILDNINGAR	10
3.7	SJÄLVDEKLARATION	10
3.8	VID GODKÄNNANDET	10
3.9	VID SLUTVERIFIERING	10
3.10	ARBETSFORMER	10
4	TJÄNSTER TELEFONI	11
4.1	TELEFONIMÄTNING	11
4.2	VALFRIA TJÄNSTER TELEFONI	11
4.3	VALFRI TJÄNST: TELEFONITJÄNST (FAST TELEFONI)	11
4.3.1	Anslutning telefonväxel, administration av anknytning	12
4.3.2	Telefonisttjänst	13
4.3.3	Telefoniutrustning	13
4.4	VALFRI TJÄNST: CALLGUIDE TELEFONIPLATTFORM	13
4.5	ÖVRIGT TELEFONI	13

1 INLEDNING

1.1 ÖVERSIKT – IT- OCH TELEFONITJÄNSTER

Gemensamma IT-tjänster är en väsentlig förutsättning för att landstinget ska kunna tillhandahålla en god, säker och effektiv vård samt för att en optimal samverkan ska kunna utvecklas i vårdprocessen mellan olika utförare. Dessa IT-tjänster är en nödvändig förutsättning för att uppdrag ska kunna utföras och följas upp.

Landstinget tillhandahåller IT-tjänster till samtliga offentligt finansierade utförare i länet inom vårdområdet. Detta syftar till att informationsflöden som omfattar och följer patientens väg i vårdkedja ska vara tillgängliga för samtliga berörda vårdgivare. Tjänster och system för att hantera och ge tillgång till patientinformation ska vara gemensamma, obligatoriska och oberoende av utförare för att det ska vara möjligt att tillgodose kravet på kontinuitet över tiden för patienterna. Dessa förutsättningar ska också underlätta möjligheter att hantera byte av vårdgivare.

1.2 TJÄNSTER – OBLIGATORISKA RESPEKTIVE VALFRIA

I denna bilaga framgår innehåll och debiteringsinformation för de paketerade IT- och telefonitjänster som tillhandahålls privata vårdgivare som har uppdrag inom Hälsovalssystemet i Jämtlands län. Tjänsterna delas upp i **obligatoriska** samt **valfria** (tilläggstjänster).

1.3 ANSÖKAN OM ANSLUTNING IT-/TELEFONITJÄNSTER

Vårdgivaren ska fylla i formuläret i dokumentet 'Ansökan externa vårdgivare' för att ange vilka tjänster man avser att ansluta till. Detta formulär kommer att vara underlag för kommande avtalsskrivning där villkor för samarbetet mellan landsting och vårdgivare samt tillgång till tjänster regleras.

1.4 STÖDTJÄNSTER FÖR ANSLUTNING

Vårdgivaren kan behöva anlita stöd hos extern leverantör med att förbereda sin IT-miljö för anslutning till de gemensamma IT-/telefonitjänster som anges i denna bilaga. Sådant stöd kan vara i form av konsulttjänster inom systemanpassningar samt övrig kartläggning av lokala IT-relaterade behov. Merparten av dessa typer av tjänster kan inte tillhandahållas av landstinget utan kräver att Vårdgivaren själv ombesörjer denna tjänsteanskaffning. Landstinget kan vid förfrågan ta fram kompetenskrav för denna typ av leverantörer utifrån aktuella behov.

2 FÖRUTSÄTTNINGAR - TILLGÅNG TILL TJÄNSTER

2.1 TJÄNSTEBESKRIVNINGAR

För varje här angiven IT-/telefonitjänst finns en tjänstebeskrivning som beskriver innehållet i resp. tjänst för externa vårdgivare utanför landstingets organisation samt hur anslutning ska göras. Dessa tjänstebeskrivningar svarar också på vilka kontaktvägar som finns för resp. tjänst. Tjänstebeskrivningarna är tillgängliga för alla anbudsgivare för Hälsoval Jämtlands län.

2.2 VÅRDGIVARENS ORGANISATION

Vårdgivaren ska ha en organisation för kommunikation med landstinget i IT- och telefonifrågor som till exempel beställning av utrustning, användarkonton och behörigheter samt för samverkan med landstingets organisation för systemförvaltning och support av IT-tjänster.

För vissa IT-tjänster/system krävs också att Vårdgivaren bemannar roll(er) system-administratör(er) för att hantera användarregistrering i utpekade system/applikationer.

2.3 ANVÄNDNING AV IT-TJÄNSTER VIA LANDSTINGET

IT-tjänsterna som landstinget tillhandahåller kan endast nyttjas för den verksamhet som omfattas av Hälsoval Jämtlands län. All annan verksamhet hos Vårdgivaren ska därmed bedrivas utan tillgång till landstingets IT-tjänster.

För att underlätta arbetsgången då en ny extern vårdgivare/vårdenhet (utanför landstinget) ansluter sig till gemensamma IT- och telefonitjänster för Hälsoval Jämtlands län finns en ”Checklista – anslutning IT- och telefonitjänster för externa vårdgivare Hälsoval” att tillämpa. Checklistan tillhandahålls till alla anbudsgivare som vill ansöka om anslutning till Hälsoval Jämtlands län. Den beskriver rekommenderade aktiviteter som ska alt. bör genomföras under ansöknings- och etableringsfaserna innan driftstart av ny vårdenhet kan ske.

2.4 ANSLUTNINGSTJÄNST OCH KLIENTARBETSPLATSER

Vårdgivaren ska ansluta sig till den nationella IT-infrastrukturen för svensk vård och omsorg inklusive Sjunet nätverk. Anslutningen till Sjunet bekostas av Vårdgivaren enligt separat avtal med Inera AB.

Vårdgivaren ska själv bekosta och ombesörja anskaffning av klientarbetsplatser och kringutrustning samt dess anslutning till Sjunet anslutningspunkt.

Varje klientarbetsplats med åtkomstmöjlighet till landstingets Citrixmiljö ska registreras i lista kopplad till tecknat anslutningsavtal med landstinget. En sådan klientarbetsplats benämns här ”registrerad arbetsplats”. Vårdgivaren äger rätt att nyttja ett maximalt antal registrerade arbetsplatser (anges i lista nedan) inom varje beställd ”grupp av klientarbetsplatser”.

Debitering enligt principen ”grupp av klientarbetsplatser” baseras på schablondebitering där Vårdgivaren anmäler de grupper av arbetsplatser som önskas nyttjas. I överenskommelsen ingår att Vårdgivaren inte nyttjar fler klientarbetsplatser mot landstingets IT-miljö än de som ingår i de anmälda grupperna.

Debitering av kostnader för tjänster/system i de här beskrivna tjänstepaketerna debiteras Vårdgivaren enligt de villkor som anges nedan. Tillkommande kostnader för anpassning av Vårdgivarens övriga administrativa system till landstingets IT-system bekostas av Vårdgivaren.

2.5 ANSLUTNINGSAVTAL JLL IT-TJÄNSTER

I och med att Vårdgivaren godkänns att ingå som leverantör inom Hälsoval Jämtlands län ska Vårdgivaren teckna avtal med landstinget om anslutning till här beskrivna tjänster.

2.6 KOMMANDE IT-TJÄNSTER

Vårdgivaren ska använda *kommande* IT-tjänster (ännu inte definierade i denna villkorsbilaga) som tillhandahålls till verksamhet inom Hälsoval Jämtlands län i syfte att förbättra patientsäkerhet, kvalitet och effektivitet efter anmodan av landstinget. Kostnader och ansvar för detta fördelas på samma villkor som för landstingets övriga verksamheter och ska regleras i tilläggsavtal.

2.7 ÖVERSIKT – LANDSTINGETS IT- OCH TELEFONITJÄNSTER

Följande IT- samt telefonitjänster erbjuds till vårdgivare inom ramen för Hälsoval Jämtlands län.

Tjänstepaket	Debiteringstyp
Obligatoriska tjänster	
Vårdutbud bas	Per grupp av registrerade arbetsplatser
Stödapplikationer	Per grupp av registrerade arbetsplatser
Valfria tjänster	
Valfria tjänster IT (f.n. saknas valfria IT-tjänster i utbudet)	Enligt särskilt avtal
Valfria tjänster telefoni	Enligt särskilt avtal/ per telefonanknytning

2.8 GRUPP AV REGISTRERADE ARBETSPLATSER

För att få fram rätt debitering för IT-tjänster används termen ”grupp av registrerade klientarbetsplatser”. Följande indelning används för detta:

Grupp av registrerade klientarbetsplatser
Vårdgivaren äger rätt att per registrerad grupp av klientarbetsplatser nyttja upp till 10 st klientarbetsplatser i sin verksamhet knuten till Hälsoval Jämtlands län.
Vid t ex 2, 3, 4 st registrerade grupper ges rätt att nyttja upp till 20, 30, 40 st klientarbetsplatser osv.

3 TJÄNSTER IT

3.1 OBLIGATORISKA TJÄNSTER

3.1.1 Vårdutbud bas

I tjänstepaketet ”Vårdutbud bas” ingår en del av de obligatoriska IT-tjänster som tillhandahålls av landstinget. Övriga tjänster ingår i paketet ”Stödapplikationer” som också omfattar obligatoriska tjänster, se nedan. Samtliga ingående tjänster i ”Vårdutbud bas” nedan ingår utan kostnad för Vårdgivaren utom tilläggskostnader för de med * angivna delarna. Angivna kostnader är exkl. moms. Tjänstepaketet består av:

Vårdutbud bas – IT-tjänster	Kommentar
Vårdadministrativt system	Erbjuds
System för åtkomst av röntgensvar och röntgenbilder	Ingår
Röntgenadministrativt system	Ingår
System för åtkomst av labsvar/provsvär	Ingår
Via det vårdadministrativa systemet: Åtkomst till EKG-data	Ingår
Via det vårdadministrativa systemet: Åtkomst till remiss och svar - baktlab	Ingår
Via det vårdadministrativa systemet: Mediaarkiv - inscannade patientjournaler	Erbjuds
Citrixanslutning	Ingår
System för samordnad vårdplanering	Ingår
* Graviditets- och förlossningsjournal	För 2013 15 400 kr/år/vårdenhet
* Helpdesk – extern part	1 200 kr/mån/ registrerad grupp av klientarbetsplatser

Nationella vårdapplikationer	Kommentar
System för läkemedelsförskrivningar	Krav på anslutning
Elektroniska sjukintyg	Krav på anslutning
Mina vårdkontakter	Krav på anslutning
Vården på webben	Krav på anslutning
Nationell Patientöversikt (NPÖ)	Krav på anslutning
Nationellt diabetesregister (NDR)	Krav på anslutning

Administration av användare: I tjänstepaketet "Vårdutbud bas" ingår i tillämpliga fall administration av nödvändiga användarbehörigheter och registrering av användarkonton i samtliga ingående system. För vissa IT-system gäller att Vårdgivaren själv (via utsedd(a) systemadministratör, -er) svarar för att administrera användare och behörigheter.

Varje användare som ska nyttja systemen i detta tjänstepaket ska använda individuella systemkonton, med unikt registrerade användaruppgifter, endast tillgängliga för respektive användare själv.

Citrixanslutning: Vårdgivaren svarar för att samtliga arbetsplatser som ansluts till landstingets Citrixmiljö är registrerade enligt bilaga till anslutningsavtal med landstinget. Citrix terminalserver används som åtkomstplattform för merparten av landstingets IT-tjänster/applikationer. I priset för "Vårdutbud bas" ingår licensavgift för Windows Terminal Server-anslutning via Citrixplattformen. Vårdgivaren erhåller för sådan åtkomst erforderliga CAL licenser (Windows CAL och Terminal server CAL) för sina registrerade arbetsplatser. Landstinget ansvarar för att CAL är tilldelat till alla arbetsplatser som har åtkomst till landstingets Citrixmiljö.

Helpdesk: Till Helpdesk har alla anslutna användare rätt att vända sig med felanmälningar och supportfrågor som rör de levererade IT-tjänsterna. I tjänstepaketet "Vårdutbud bas" ingår en Helpdesk-funktion som får anlitas för avhjälpande av fel i landstingets Citrixmiljö samt för

support kring basapplikationer tillhandahållna via Citrixmiljön. Nätansluten utrustning hos Vårdgivaren som PC, skrivare, annat som används i uppdraget mot landstinget är Vårdgivarens ansvar, Helpdesk ansvarar för felavgränsning mellan landstingets ansvarsområde och Vårdgivarens.

3.1.2 Stödapplikationer

Nedanstående lista beskriver innehållet i tjänstepaketet "Stödapplikationer". Samtliga ingående delsystem enl. nedan ingår utan kostnad för Vårdgivaren utom angivna delarna 'MS Office' resp. 'WebSesam'. För WebSesam ska anslutning ske enligt särskilt avtal med JLL. För MS Office ska licenser köpas av leverantören enl. nedan.

Stödapplikationer – obligatoriska IT-tjänster	Kommentar
Kundwebb för medicinteknisk utrustning	Ingår
System för datalager/uppföljning	Ingår
System för dokumenthantering	Ingår
Listningsapplikation - kapiteringsunderlag	Ingår
EKO - verksamhetskatalog	Ingår
SITHS – e-tjänstekort	Ingår
HSA – nationell katalogtjänst	Ingår
Internt e-post och konferenssystem	Ingår
System för smittskyddsrapportering/uppföljning	Ingår
System för avvikelserapportering	Ingår
Befolkningsregister	Ingår
Rådgivningsstöd 1177	Ingår
System för jourplanering	Ingår
Hjälpmedelssystem	Ingår
MS Office – kontorsprogramvara (krävs bl a för vissa funktioner i det vårdadministrativa systemet)	Ingår Licenskostnad betalas separat av Vårdgivaren till leverantören per klientarbetsplats

MS Office kontorsprogramvara: MS Office-licenser krävs för att arbeta i landstingets vårdadministrativa system. Office-programvaran tillhandahålls av landstinget via Citrixmiljön. Dock ställer licensreglerna krav på att Vårdgivaren själv köper Office-licenser till de klientarbetsplatser som nyttjas. Detta krävs för att Vårdgivaren ska kunna tillgodoräkna sig nyttjanderätten. En PC med en giltig Office-licens på sin klient har även rätt att köra Office på en Terminal Server via Citrix, förutsatt att:

- 1) Licensen är minst samma typ och version som den man kör på servern
- 2) Licensen är köpt via ett volymlicensavtal

Det finns avtal som bara kräver fem (5) licenser att nyttja. Landstinget ansvarar för att giltig licens finns per registrerad arbetsplats som kör MS Office via Terminal Server. För närvarande använder landstinget MS Office 2007. Vårdgivaren ska följa landstingets perioder för

uppgräderingar till kommande MS Office-versioner. Detta innebär att Vårdgivaren samtidigt med landstinget ska anskaffa och installera versionsuppgräderingar för motsvarande licensversioner.

3.2 VALFRIA TJÄNSTER IT

F.n. tillhandahålls inga valfria IT-tjänster.

3.3 ÖVRIGA TJÄNSTER IT

Angivna tjänster nedan är obligatoriska för anslutning.

Landstinget kommer att publicera person- och organisationsuppgifter för Vårdgivaren i landstingets del av HSA-katalogen. Dessa uppgifter ska sedan ligga till grund för beställning av SITHS-kort för Vårdgivaren. Vårdgivaren kommer att vara ansluten till Landstingets RA-organisation för utgivning av SITHS-kort.

3.4 LANDSTINGETS KRAV PÅ IT-SÄKERHET

Landstinget ställer grundläggande krav på att IT-säkerhet upprätthålls av Vårdgivaren. Detta gäller bland annat krav på den klientutrustning som används för att ansluta till landstingets IT-miljö (Citrixplattform) via Sjunet anslutningstjänst.

Följande krav ska minst uppfyllas:

- Grundkrav för säkerhet ska uppnås enligt Sjunet anslutningsregelverk.
- Klientarbetsplatsen ska ha aktiverad och uppdaterad antivirusprogramvara.
- Klientarbetsplatsen ska uppdateras löpande med säkerhetsuppdateringar (patchar) för valt operativsystem.

Landstinget förbehåller sig rätten att kontrollera uppfyllelse av säkerhetskrav på plats hos Vårdgivaren enligt tillämpat verifieringsprotokoll för anslutning till gemensamma tjänster.

3.5 ANSLUTNING AV SKRIVARE OCH ÖVRIG UTRUSTNING

Vårdgivaren får endast ansluta anvisad utrustning (i form av skrivare och övrig kringutrustning) som är utprovad och godkänd för användning tillsammans med landstings IT-miljö/IT-system. Landstinget förbehåller sig rätten att kontrollera uppfyllelse på plats hos Vårdgivaren.

Anslutning av skrivare: Skrivare hos Vårdgivaren för landstingskopplade system hanteras enligt särskilda villkor i avtalsmallen för anslutning till landstingets IT-miljö/IT-system.

Anslutning av övrig kringutrustning: Val av övrig kringutrustning till klientarbetsplatser hos Vårdgivaren sker i samråd med landstinget för att säkerställa rätt funktionalitet i landstings IT-miljö/IT-system.

3.6 IT-UTBILDNINGAR

Inför verksamhetsstart för vårdgivare krävs utbildningsinsatser där landstinget erbjuder utbildningar inför en driftsstart samt även senare vid behov.

- **Introduktionsutbildningar:** Introduktionsutbildningar kommer att tillhandahållas kostnadsfritt för Vårdgivaren för de system som är obligatoriska. Utbildningar kommer att genomföras enligt landstingets riktlinjer.

3.7 SJÄLVDEKLARATION

Vårdgivaren ska i en s.k. 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 de regelverk som tillämpas för de delar som Vårdgivaren har ansvar för från anslutningspunkten i Vårdgivarens nätverk fram till Sjunet anslutningspunkt.

3.8 VID GODKÄNNANDET

Omedelbart efter kontraktstecknandet i anslutning till godkännandet (då etableringsfasen inleds) inbjuder landstinget Vårdgivaren till överläggningar för att underlätta etablering enligt Vårdgivarens önskemål. Särskilt viktigt är att upprätta en gemensam plan för hur nödvändigt IT-stöd ska säkerställas.

3.9 VID SLUTVERIFIERING

Landstinget kommer vid en slutverifiering inför driftstarten att granska lokaler samt i övrigt inhämta information från leverantör för att säkerställa att de kontraktsenliga åtagandena kan uppfyllas. I förekommande fall kan landstinget skriftligen delge Vårdgivaren dels rekommendationer på åtgärder som bör vidtas, dels besked om sådana som måste vidtas. Slutligt avtalstecknande sker i samband med godkänd slutverifiering vilket innebär att driftfasen kan inledas.

3.10 ARBETSFORMER

Den primära kontaktvägen för vid frågor och diskussioner som Vårdgivaren vill initiera ska alltid vara till Hälsovalskansliet. Beroende på frågornas art slussas de sedan till rätt instans/kontakt inom landstinget eller hänvisas till externa leverantörer som bedöms lämpliga i resp. fall. Det kan t ex röra sig om verksamhetsrelaterade frågor – processer, arbetsätt, samverkanskrav, rutiner, applikationsfrågor – arbetssätt i resp. applikation/tjänst/system, teknikfrågor – hur aktuell lösning ska se ut och fungera eller systemanvändning – systemadministration/förvaltning resp. användares handhavande.

4 TJÄNSTER TELEFONI

4.1 TELEFONIMÄTNING

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. Det åligger Vårdgivaren att själv anskaffa och sköta ett systemstöd för att genomföras denna telefonimätning. Vilket systemstöd som ska nyttjas ska anges i dokumentet "Ansökan externa vårdgivare".

4.2 VALFRIA TJÄNSTER TELEFONI

Nedanstående lista beskriver innehållet i tjänstepaketet "Valfria tjänster telefoni".

Valfria tjänster telefoni		
Tjänst		Kommentar
Telefonitjänst		
	- Anslutning telefonväxel Meridian (anknytning i växeln)	Vårdgivare kan beställa frivillig anslutning mot en kostnad
	- Telefonisttjänst (telefonist, teleadministration, teknik- och kundtjänst)	Vårdgivare kan beställa frivillig anslutning mot en kostnad
	- Telefoniutrustning (telefoner, kringutrustning)	Vårdgivare kan beställa frivillig utrustning mot en kostnad
Anslutning CallGuide telefoniplattform		Vårdgivare kan beställa frivillig anslutning mot en kostnad Anslutning enligt särskilt avtal med leverantör

4.3 VALFRI TJÄNST: TELEFONITJÄNST (FAST TELEFONI)

Följande delar ingår i den valfria telefonitjänsten:

- Anslutning telefonväxel
- Telefonisttjänst
- Telefoniutrustning

Landstingets telefonitjänst ingår i ett centralt tecknat driftavtal, för närvarande med leverantören Telia Sonera. Avtal för extern vårdgivare om anslutning till telefonitjänsten tecknas via landstinget.

4.3.1 Anslutning telefonväxel, administration av anknytning

Landstinget köper tillgång till telefonväxel via ett funktionsavtal med TeliaSonera. Vårdgivaren ges rätt att för sin verksamhet, mot en kostnad, ansluta sig till den telefoniplattform som används för att leverera telefonväxeltjänsten.

Anslutning till telefonväxeltjänsten medför initialt en installations- och utrustningskostnad och därefter en löpande funktionskostnad per anknytning/mån samt kostnaden för samtalstrafiken. En anslutning till nätet ”JamtNät III”, där samtliga kommuner i länet, utom Östersunds kommun, och landstinget är anslutna, innebär att Vårdgivaren kan ringa interna samtal till all landstingsverksamhet samt verksamhet i länets kommuner som är anslutna i nätgruppen.

Vårdgivaren kan således erbjudas samma service som övrig landstingsverksamhet vad avser teknikplattform, tjänster och servicenivåer utifrån de avtal som gäller mellan landstinget och TeliaSonera under avtalsperioden. Avrop på avtalen förutsätter att landstinget är huvudman och administrerar de externa kunderna internt avseende fakturering o dyl.

I priset för anslutning till telefonväxeln ingår administration av anknytning i hänvisningsdatabas.

Om kravbilden på telefonlösningen från Vårdgivaren förändras under avtalstiden kan landstinget inte lämna någon garanti för att det i framtiden är lämpligt med samma tekniska infrastruktur. I sådana fall får Vårdgivaren ansluta sig till en egen telefonlösning.

Prismodell

Priserna är baserade på utbudet i teknikplattformen samt det totala anknytningar för kommande kvartals debitering varför de kan komma att förändras

Anknytningsfunktioner	Pris/ankn/månad
Kretskopplade anknytning	96 kr
Mobil anknytning	475 kr

Tillkommande kostnader:

- Löpande kostnad för samtalstrafiken

Engångskostnader för ansluten part:

- Telefonenheter och kringutrustning anpassad för anslutning till teknikplattformen
- Anslutning: Förbindelse, teknikerkostnad, resor o dylikt.

4.3.2 Telefonisttjänst

Telefonisttjänsten innehållande telefonist, teleadministration, teknik- och kundtjänst, är en sammantagen tjänst som är upphandlad och sköts av en extern driftleverantör. Vårdgivare erbjuds avropa från detta driftavtal, som landstinget tecknat med driftleverantören, avseende de olika tjänsterna i sin helhet eller delar därav under avtalstiden. Vårdgivaren utser en lokal kontaktperson för telefonisttjänsten som kan genomföra lokala utbildningar, intern informatör och kontaktperson gentemot driftleverantören av telefonisttjänsten.

Vill däremot en vårdgivare ha någon annan tjänst utöver grundutbudet av telefonisttjänsten får de teckna enskilda avtal med leverantören om detta. Dessa avtal ska då tecknas och administreras till fullo mellan dessa berörda parter.

4.3.3 Telefoniutrustning

Telefonmodeller: De telefonmodeller som landstinget har i sitt sortiment är Meridian telefoner. Modellerna kan komma att förändras på grund av att sortimentet förnyas och äldre modeller utgår.

På grund av leverantörsbyten kan priserna komma att förändras. Separat prislista för telefoniutrustning kan rekvireras från landstinget.

4.4 VALFRI TJÄNST: CALLGUIDE TELEFONIPLATTFORM

Telefonisystemet Callguide/VCC är en tjänstelösning för samtalsstyrning från TeliaSonera. Systemet ger patienten valmöjligheter genom personlig service och självbetjäningstjänster. Systemet kan användas för att uppnå samverkan där flera hälsocentraler använder gemensamma resurser för att höja tillgängligheten men systemet kan även användas separat för en klinik/motsv. Verksamhetsuppföljning kan utföras via levererad statistik från CallGuide.

Anslutning till telefoniplattformen CallGuide erbjuds Vårdgivaren som en frivillig tilläggstjänst. Avtal om anslutning av Vårdgivaren tecknas via landstinget inkl.villkoren för ett ev. telefonsamarbete. Priser för anslutning till CallGuide redovisas separat från leverantören TeliaSonera.

4.5 ÖVRIGT TELEFONI

Mobil telefoni och mobil datakommunikation: Vårdgivaren svarar själv för mobila abonnemang, mobiltelefoner och kringutrustning hos valfri leverantör.

Personsökning: Vårdgivaren svarar själv för tillgång till utrustning och system för personsökning. Landstinget ställer inga krav på vilka modelltyper eller standard som ska nyttjas vad gäller personsökningen. Det åligger Vårdgivaren att tillse att nåbarheten kan garanteras t ex vid deltagande i jourlinje, antingen via personsökarsystem eller via mobiltelefoni.

	Huvudmannadirektiv för Stiftelsen Jamtli 2015-2018		
	Upprättad av: Ulla Nordin/Ingrid Printz/ Marianne Ottersgård	Beslutad av: Kommunfullmäktige 2013- Landstingsfullmäktige 2013-	

Huvudmannadirektiv avseende Stiftelsen Jamtli 2015-2018

INLEDNING

Jämtlands läns landsting, Östersunds kommun, *Hembygdsförbundet Jämtlands län - Heimbygda*, och Jämtlands läns konstförening är bildare av Stiftelsen Jamtli. Enligt stiftelseurkund från den 6 september 1973 ska verksamheten bekostas av stiftarna enligt dem emellan överenskomna villkor. Enligt stiftelsens stadgar, antagna 1974, ”är stiftelsens ändamål att förvalta stiftelsens samlingar och markområden och hålla dem tillgängliga för allmänheten. Stiftelsen skall inom i huvudsak Jämtlands län bedriva och främja kulturminnesvård och museal verksamhet liksom annan därmed förenlig och närstående kulturell verksamhet. Stiftelsen äger även, då så befinnes lämpligt i egen regi eller genom särskilt bildat organ, genom uthyrning eller annorledes affärsmässigt utnyttja de byggnader varöver stiftelsen äger förfoga”.

Vid grundandet av stiftelsen *Jämtlands läns museum*, nu *Stiftelsen Jamtli*, bidrog föreningen Heimbygda till museibyggnaden (uppförd 1928 -1930) och med det stora referensbiblioteket som bl a innehåller äldre litteratur samt vidare med föremålssamlingar, de historiska byggnaderna på Jamtliområdet, Jamtli förlag och fonder (*enligt stiftelseurkund 1973*).

Jämtlands läns konstförening tillförde hela sin konstsamling, arkivalier, inventarier och boksamlingar. Konstföreningen har dessutom fortlöpande inköpt och till stiftelsen Jämtlands läns museum överlämnat konst av betydelse för länets konsthistoria.

Östersunds kommun, Jämtlands läns landsting, Heimbygda och Jämtlands läns konstförening lämnar följande direktiv för verksamhetsåren 2015 -2018. Detta direktiv åtföljs av årsavtal från vardera Östersunds kommun och Jämtlands läns landsting som var för sig reglerar den årliga ersättningen från respektive huvudman till stiftelsen.

S1 UPPDRAG

Huvudmännen ser Jamtli som en tillgång och resurs för regionen med en stor utvecklingspotential och önskar att stiftelsen framförallt ska bidra till länets utveckling genom att vara en europeisk förebild avseende bruk av kulturarvet.

Styrande för verksamheten är Huvudmannadirektivet som utgår från Regional kulturplan för Jämtlands län och Östersunds kommuns Plan för kultur. Planerna anger kulturpolitiska prioriteringar och utvecklingsområden som preciseras i följande mål.

1. Upplevelse och besöksmål

Jamtli Historieland ska vara ett attraktivt och återkommande besöksmål och upplevelseanläggning för länsinvånare och turister samt utgöra en resurs för utvecklingen av kulturturismen i länet. Stiftelsen ska främja kulturutbyte, regionalt, nationellt och internationellt. *Jamtli ska aktivt arbeta för att höja graden av egenfinansiering.*

Mål och resultat

- *Stiftelsen attraherar nya grupper av besökare och antalet besök på anläggningen ligger i intervallet 180-210 000 besökare med 2015 års resurstilldelning.*

	Huvudmannadirektiv för Stiftelsen Jamtli 2015-2018		
	Upprättad av: Ulla Nordin/Ingrid Printz/ Marianne Ottersgård	Beslutad av: Kommunfullmäktige 2013- Landstingsfullmäktige 2013-	

- *Stiftelsen ska sträva efter att uppnå 2/3 egenfinansiering.¹*

2. Främja ett levande kulturarv

Stiftelsen ska, i ett livslångt lärandeperspektiv, genom förvärv och bevarande, forskning och dokumentation, förmedling och pedagogik utveckla kulturarvet – också det levande och det immateriella kulturarvet (traditioner och berättande) - och bruket av detta på ett miljö- och klimatomänsamt neutralt sätt i hela länet. Samlingarna ska vara garanterade ett framtida bestånd. Stiftelsen ska inom kulturmiljövården ha det regionala ansvaret för kunskapsuppbyggnad och bl a arbeta med vård och förmedling. Stiftelsen ska bidra till att den estetiska dimensionen och de långa tidsperspektiven finns med i samhällsplaneringen, för hållbar regional utveckling.

Mål och resultat

- Stiftelsen strävar efter att vara ledande inom utveckling av kulturarvspedagogisk verksamhet. Barn- och ungdomar är en prioriterad grupp.
- Stiftelsen bidrar till hållbar regional utveckling *genom att aktivt verka för demokratisk, social, ekonomisk och ekologiskt hållbar utveckling.*

3. Utveckla det regionala kulturlivet

Stiftelsen ska i *bred* samverkan bedriva och utveckla den kulturarvspedagogiska verksamheten vid egna och utvalda kulturarvsanläggningar och vara ett stöd i utvecklingen av kulturarvet, lokalt, regionalt, nationellt och internationellt. *Stiftelsen ska bjuda in regionala kulturutövare, kulturarrangörer och andra intressenter och i samverkan med dessa arbeta för regional utveckling.*

I Stiftelsens uppdrag ingår att stödja Heimbygda och Jämtlands läns konstförening och i nära samverkan upprätthålla ett samarbete med hembygdsrörelsen och länets konstliv.

Mål och resultat

- 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.
- *Stiftelsen bidrar genom sin verksamhet till att öka intresset för historia, natur, kulturarv och hembygdsvård.*

§ 2 UTVECKLING AV KVALITET

Kommunen och landstinget arbetar kontinuerligt med utveckling av kvalitet inom sina verksamheter och stiftelsen ska arbeta med nedanstående kvalitetsdimensioner i syfte att höja och säkra kvaliteten på verksamheten. Stiftelsen ansvarar för *och genomför* löpande utvärderingar av verksamheten där besökare ges möjlighet att lämna synpunkter avseende kvalitet. Huvudmännen ska årligen få en återkoppling av resultatet av kvalitetsarbetet via årsredovisningen.

Tillgång/tillgänglighet

Stiftelsens verksamhet ska med utgångspunkt från ett demokratiskt medborgarskap vara tillgängligt för alla och öppen för insyn. *Tillgänglighet ska beaktas såväl geografiskt, socioekonomiskt samt för personer med funktionshinder. Alla ska känna att de kan ta del av*

¹ Jamtlis egenfinansiering utgörs av andra intäkter än intäkter från huvudmännen; landsting och kommun.

	Huvudmannadirektiv för Stiftelsen Jamtli 2015-2018		
	Upprättad av: Ulla Nordin/Ingrid Printz/ Marianne Ottersgård	Beslutad av: Kommunfullmäktige 2013- Landstingsfullmäktige 2013-	

det utbud som stiftelsen erbjuder samt har tillgång till stiftelsens anläggningar. *Stiftelsen ska även beakta utländska besökare och information ska finnas tillgänglig på flera språk.*

Inflytande och deltagande

Besökare, föreningsliv och länets kommuner ska ha inflytande över och vara delaktiga i stiftelsens verksamhet och utveckling.

Bemötande

Det personliga och goda bemötandet ska vara signum och genomsyra alla led av organisationen.

Kompetens

Stiftelsens ska förfoga över god och mångsidig kompetens och nödvändiga kunskaper och färdigheter för att producera, förvalta och förmedla kulturarvet.

Samverkan

Syftet med samverkan är att utifrån en gemensam bild av kulturverksamheten i Jämtlands län, skapa bästa förutsättningar för konst- och kulturlivets utveckling i länet. Stiftelsen ska verka för att stärka och utveckla formerna för samverkan mellan lokal, regional och nationell nivå.

§ 3 STRATEGISKA UTVECKLINGSSOMRÅDEN

Socialt inkluderande och ett sunt liv

Diskriminering och utanförskap undergräver människors möjligheter till inflytande och delaktighet i samhällsutvecklingen. För att uppnå delaktighet i samhället är det nödvändigt att skapa ett integrerat samhälle som präglas av *mångfald*, jämlikhet, respekt och samförstånd mellan människor. Stiftelsen ska i sin verksamhet verka för integration och mångfald och bidra till att öka förståelsen för olika kulturer. *Jämställdhet handlar om rättvisa mellan kvinnor och män, om demokrati och om att värdera kvinnor och män lika samt att kvinnor och män har samma förutsättningar att verka i samhället. Stiftelsen ska i all sin verksamhet verka för att öka medvetenheten om vikten av ett jämställt samhälle. Stiftelsen ska även arbeta för det övergripande målet för folkhälsa som är att skapa samhällseliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.*

Ett hållbart län

Stiftelsen ska aktivt i samverkan med andra arbeta för ett hållbart län utifrån fem aspekter; demokratiskt, ekonomiskt, historiskt, socialt och ekologiskt. Uthållighet i miljöarbetet är en förutsättning för att säkra sunda och goda miljöer för medborgare och besökare. Vid upphandling av varor, produkter och verksamhet ska alltid miljöaspekten beaktas för att säkra den yttre miljön likväl som den inre miljön. Kommunens och landstingets miljöpolicies ska vara ledstjärna i miljöarbetet.

Barn och unga

Kulturen ska vara en naturlig del i barns och ungdomars vardag, bidra till livskvalitet och vara hälsofrämjande. Barn och ungdomar utvecklas som individer när de får ett språk att uttrycka sina känslor och tankar och deras behov av berättelser och andra konstnärliga uttryck är stort. Detta för att kunna utvecklas som individer och göra omvärlden mer begriplig. I alla oss finns driften att möta det andra människor har skapat och att själva skapa. Stiftelsen ska i sin barn- och ungdomsverksamhet alltid ha barn och ungdomars behov av skapande i centrum. Genom att ge barn och ungdomar ökade möjligheter att själva skapa ökar också deras välbefinnande vilket ger bättre förutsättningar för en god hälsa.

	Huvudmannadirektiv för Stiftelsen Jämtli 2015-2018		
	Upprättad av: Ulla Nordin/Ingrid Printz/ Marianne Ottersgård	Beslutad av: Kommunfullmäktige 2013- Landstingsfullmäktige 2013-	

Internationalisering

Stiftelsen ska bedriva aktiv omvärldsbevakning och utveckla regionala, nationella och internationella kontakter som ett medel för att utveckla verksamheten. Stiftelsen ska verka för ett utvecklat och varierat internationellt utbyte och samarbete samt sträva efter hållbar utveckling i enlighet med den europeiska dimensionen.

§ 4 UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING

Årsavtal med årlig ersättning tecknas med stiftelsen, under förutsättning av att utvärdering av kvalitet och måluppfyllelse i enlighet med huvudmannadirektivet och årsavtalen, årligen redovisas. Stiftelsen ska årligen redovisa vilka aktiviteter som genomförts för att målen i huvudmannadirektivet ska uppfyllas. Likaså ska arbetet med kvalitetsdimensionerna och de strategiska utvecklingsområdena redovisas löpande i årsredovisningen.

§ 5 ERSÄTTNING FÖR UPPDRAGET

Principen för ersättning ska vara att nuvarande anslagsfinansiering av den löpande driften ska räcka och att ökade driftkostnader ska finansieras genom de ökade intäkter som uppstår när verksamheten och antalet besökare växer.

Stiftelsen Jämtli driver Jämtli Historieland, ett kulturhistoriskt besöksmål som ska, så långt det är möjligt, finansieras av avgifter från besökare och bidrag från andra än huvudmännen, ex vis privata företag. Styrelsen för stiftelsen ska också verka för att Jämtli utvecklar andra finansieringsmöjligheter.

Ersättning för uppdraget regleras i separata årsavtal mellan Östersunds kommun respektive Jämtlands läns landsting och stiftelsen Jämtlands läns museum. Ersättningen utbetalas till stiftelsen i förskott den 20:e varje månad, *mot faktura*. Ersättningen från såväl landstinget som kommunen uppräknas årligen i enlighet med landstingsfullmäktiges direktiv. Vidare ska det årliga bidraget från huvudmännen innefatta både drift- och investeringar.

Stiftelsen har att underhålla och förvalta sina fastigheter och anläggningar på ett betryggande sätt så att de inte minskar i värde. Däri ingår också de fastigheter och anläggningar som Östersunds kommun och Jämtlands läns landsting överlåtit till stiftelsen. Stiftelsen ska årligen avsätta medel för långsiktigt underhåll för samtliga byggnader, *samlingar* och anläggningar. Byggnader och anläggningar ska alltid hållas betryggande försäkrade.

Om förändringar behöver göras avseende ersättningsnivån eller väsentliga förändringar i verksamheten skall en dialog föras mellan huvudmännen och med stiftelsen.

§ 6 INFORMATION & REDOVISNING

Stiftelsen ska utan dröjsmål eller påminnelse lämna följande information till huvudmännen:

- delårsuppföljning utifrån årsavtalen per den 30 april och 31 augusti.
- årsredovisning och verksamhetsberättelse *inklusive Stiftelsens bolag, som redovisas i särskild ordning under juni månad*, lämnas årligen i sin helhet till Östersunds kommun, Jämtlands läns landsting, Heimbygda och Jämtlands läns konstförening senast i mars månad. Stiftelsens årsredovisning ska samordnas med huvudmännens tidplaner för årsredovisning.

Årsredovisningen ska redovisas utifrån huvudmannadirektivet och årsavtalen och innehålla måluppfyllelse samt redovisning av resultat. *Nivån på den egenfinansierade verksamheten* ska redovisas separat.

	Huvudmannadirektiv för Stiftelsen Jamtli 2015-2018		
	Upprättad av: Ulla Nordin/Ingrid Printz/ Marianne Ottersgård	Beslutad av: Kommunfullmäktige 2013- Landstingsfullmäktige 2013-	

§ 7 PERIOD

Huvudmannadirektivet gäller under perioden *1 januari 2015 till och med den 31 december 2018*. Eventuell uppsägning ska ske skriftligt senast 12 månader före periodens utgång. Om uppsägning uteblir förlängs huvudmannadirektivet med ett år i sänder dock högst i tre år.

Huvudmannadirektivet har upprättats i fyra exemplar varav parterna tagit var sitt.

Östersund den

Östersund den

För Jämtlands läns landsting

För Östersunds kommun

Harriet Jorderud
Landstingsstyrelsens
Ordförande

AnnSofie Andersson
Kommunstyrelsens
Ordförande

Björn Eriksson
Landstingsdirektör

Bengt Marsh
Kommundirektör

Östersund den

Östersund den

Heimbygda

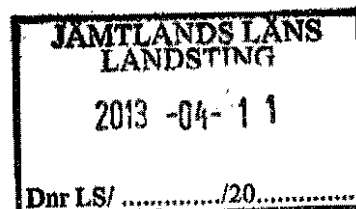
Jämtlands läns konstförening

Hembygdsförbund för Jämtlands län

Sten Rentzhog
Ordförande

Tore Brännlund
Ordförande

Medborgarförslag



Till:
Jämtlands läns landsting
Box 654
831 27 Östersund

Datum: 2013-04-09

Från:

Namn. Emma och Gunnar Hagqvist
Gatuadress. Trappstigen 1
Postnummer och ort. 83296 Frösön
Telefon-/mobilnummer. 0730-526602 (Emma)
E-postadress. Emma.Hagqvist@miun.se

Förslaget i korthet:

Vi föreslår att Jämtlands Läns Landsting ska införa Preimplantatorisk genetisk diagnostik (PGD) enligt gängse lagar (2006:351) och de riktlinjer som Statens medicin-etiska råd (SMER) författat.

Motivering: Beskriv och motivera ditt förslag.

Det finns flera motiveringar till varför JLL bör finansiera PGD. Först och främst är det ett brott mot lagen om lika vård. I flera landsting finansieras idag PGD till personer som bär på genetisk sjukdom. Det finns en samhällsekonomisk vinst att erbjuda par som kvalificeras för PGD den möjligheten. Frågan har väckts i medier om det är etiskt och moraliskt korrekt att par inte har möjligheten att slippa gå igenom en sen abort, vilket kan bli följden av en konventionell graviditet. SMER skriver på sin hemsida att "Eftersom en selektiv abort kan upplevas som påfrestande av etiska eller andra skäl uppfattas PGD ofta som ett bättre alternativ".

Härmed godkänner jag att Jämtlands läns landsting lagrar och behandlar de personuppgifter jag lämnat. Förslaget kommer att diarieföras och blir därmed offentligt, förslaget kan även bli publicerat på landstingets webbplats.

Underskrift:

Medborgarförslag

Till:
Jämtlands läns landsting
Box 654
831 27 Östersund

Datum: 20130327

Från:

Namn. Maria Pettersson
Gatuadress. Norra grön gat 2C
Postnummer och ort. 83141 Östersund
Telefon-/mobilnummer. 073 5340962
E-postadress. maria.pettersson@miun.se

Förslaget i korthet:

Inför att alla läke medels ordinationer skall skrivas med dator för att undvika fel i läke medelshandtering pga oläslig skrivstil el. otillräckligt ordinationsunderlag från ordinerande läkare.

Motivering: Beskriv och motivera ditt förslag.

Under lång tid har läke medels ordinationer skrivits för hand och då många personalgrupper i vården är stressade kan det bli ottydligheter när man skriver ordinationer för hand. Detta uppdagas ofta när studenter el. ny personal ska tyda läke medelstifterna. "Gammal" och van ssk personal ser ofta mellan fingrarna när ordinationen är oläslig och delar ändå ut läke medlet. Ofta blir det rätt →

Härmed godkänner jag att Jämtlands läns landsting lagrar och behandlar de personuppgifter jag lämnat. Förslaget kommer att diarieföras och blir därmed offentligt, förslaget kan även bli publicerat på landstingets webbplats.

Underskrift:

Maria Pettersson

men studier visar att det förekommer
mycket säkerhetsbrister i detta sätt att
hantera problemet.

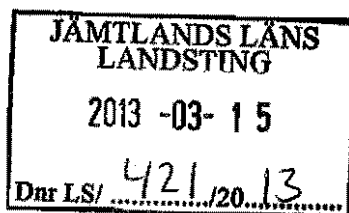
Upprepade uppmaningar till ordinerande
läkare att skriva tydligare hjälper
ofta inte. Därför bör ALL läkemedels
ordination ske elektroniskt.

Sjukhuset = landstinget dokumenterar
med datastöd, men där ingår inte
läkemedelslistan som kanske borde
högprioriteras pga säkerheten.

Socialstyrelsen påpekar att de vanligaste
avvikelserna inom slutenvård handlar om
bristfälligt utformade ordinationer.

Hjälp därför ordinerande läkare genom
elektroniskt stöd (=läsbar stil + alla delar
i en ordination kommer med).

Jag vet också att avvikelserapporteringen
om detta borde vara mångdubbel men
sjukstötterskorna rapporterar inte
detta längre eftersom rapporterna inte
leder till några förändringar.



2013-03-07

Motion ställd till landstingsfullmäktige i Jämtlands läns landsting, angående utredning av försäljning av delar av landstingsbostäders fastighetsbestånd.

Bakgrund

Landstingsbostäder, LABO, är en stor aktör på den lokala bostadsmarknaden i Östersund. Totalt handlar det om 460 lägenheter fördelade på 33 hus, många med mycket attraktiva lägen i centrala Östersund, men även andra fina lägen på Frösön och i Sollidenområdet. Husen är uppförda mellan 1936 och 1979.

"LABO ska verka för att först och främst hyra ut bostäder till nyanställd svårrekryterad personal", vilket går att läsa på Jämtlands läns landstings hemsida. Dessutom har bolaget som verksamhetsbeskrivning att: "inom Jämtlands län förvärva, äga, bebygga, förvalta och avyttra fastigheter, tomträtter och bostadsrätter med huvudsakligen bostäder och därtill hörande kollektiva anordningar".

Det råder i dag stor efterfrågan på bostäder i Östersunds kommun och det är därför av stor vikt att fler bostäder, av alla karaktärer, byggs för att bidra till en positiv samhällsutveckling och för att människor ska kunna bo, jobba och verka i vårt område.

Det är alltså 34 år sedan LABO senast var aktiva inom produktionen av bostäder och det är hög tid att man nu tar sitt ansvar som allmännyttigt bolag och dessutom bidrar till den länsutveckling som är så nödvändig för vår region.

Förslag

Mot bakgrund av ovanstående motionerar därför undertecknad om att landstingsfullmäktige uppdrar åt landstingsstyrelsen att utreda möjligheten att sälja ut delar av landstingsbostäders fastighetsbestånd för att kunna finansiera och bygga nya bostäder. Detta i syfte att; dels tillmötesgå sin egen beskrivning av bolagets verksamhet; dels att tillmötesgå sin egen idé om att hyra ut bostäder till svårrekryterad personal.

Karin Ekblom, M

Ledamot, Landstingsfullmäktige



Ett hållbart val
CENTERPARTIET

Motion till Jämtlands läns landstingsfullmäktige

Om etablering av urangruva

Bakgrund

Uran är farligt. Farligt både för människors hälsa och för naturen. Farligt för generationer framåt när ämnet bryts, processas och sedan ska lagras.

Runt om i världen finns otäcka exempel där kärnkraften slagit sönder människors livsrum och kontaminerat mark och vatten. En sådan framtid kan vi inte med rent samvete lämna över till våra barn.

Centerpartiet vill att framtidens energisystem ska baseras på en mångfald av förnybar energiproduktion så som vindkraft, vattenkraft, användandet av biobränsle, biogas, solenergi, vågenergi och geotermisk energi. Vi vill att två tredjedelar av Sveriges energi ska vara förnybar år 2030 och Sveriges energiförsörjning år 2050 ska vara helt förnybar. Därmed fasas användningen av både fossil energi och kärnkraft ut helt.

I Oviken, i Bergs kommun vid Storsjön, har omfattande provborrningar efter uran gjorts. Prospekteringsbolagen anser sig ha funnit en stor urantäkt i det alunskiffer som utgör berget. Det är samma bergart som i Talvivaara i östra Finland, där stora mängder uranhaltigt vatten läckt ut i omgivningarna och ställt till med en av Europas största naturkatastrofer.

Omgivningarna är förgiftade av uran och tungmetaller.

Vad detta kommer att innebära för framtida sjukdomspanorama för deras befolkning är viktigt att följa!

Skulle en gruva etableras i Oviken och uranet läcka ut skulle vattnet förgiftas i Storsjön, vidare i Indalsälven och hela vägen ut i Bottenviken. På så sätt skulle stora delar av vårt läns befolkning drabbas.

Två lagstiftningar

1. Enligt minerallagen ges företag generallt tillstånd att leta efter metaller.
2. Enligt miljölagstiftningen har kommunerna vetorätt vad gäller etablering av urangruvor.

Det betyder att det med dagens lagstiftning i praktiken inte är möjligt att hindra företag från att leta metaller, inklusive uran. På denna punkt bör lagstiftningen skärpas.

Men, viktigast av allt, har den enskilda kommunen rätt att lägga in sitt veto (att säga nej) till en eventuell etablering av en urangruva.

Eftersom det inte idag är klarlagt vad följderna av etableringen av en urangruva skulle innebära för hälsorisker för våra medborgare och besökares hälsa, så är det viktigt att Jämtlands läns landsting stödjer kommunerna genom att säga nej till en etablering av en gruva!

Därför föreslår jag landstingsfullmäktige besluta

- Att Jämtlands läns landsting säger nej till uranbrytning.
- Att Jämtlands läns landsting uppmanar Bergs kommun att lägga sitt veto och därmed omöjliggöra uranbrytning i Oviken.

Vigge 2013-03-25

Berit Johansson, C
Fullmäktigeledamot



**Reglemente för kortsiktig likviditetsförvaltning,
finansiering och skuldförvaltning LS/1358/2013**

Version: 2

Ansvarig:

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.	12-05-18	Nyutgåva	Landstings- fullmäktige	2012-06-20 § 138
2.	13-10-03	Revidering		

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	5
2	MÅL OCH ÖVERGRIPANDE RIKTLINJER	5
2.1	Mål	5
2.2	Förbud mot spekulativ förvaltning	5
2.3	Riskbegränsningsprinciper	6
2.3.1	Matchningsprincipen	6
2.3.2	Diversifieringsprincipen	6
3	PLACERINGSREGLER.....	6
3.1	Tillåtna tillgångsslag	6
3.2	Ej tillåtna tillgångsslag	6
3.3	Tillåtna placeringsformer.....	6
3.4	Tillåtna emittenter och placeringslimiter	7
3.4.1	Tillåtna placeringar emitterade av svenska statsägda företag (eller liknande) utan rating utgivna i SEK	8
3.4.2	Tillåtna placeringar emitterade av övriga företag/banker utan rating utgivna i SEK	8
3.5	Åtgärder vid nedgraderingar	8
3.6	Limiter för enskilda värdepappers duration (viktad återstående löptid).....	8
3.7	Limiter för portföljens duration	9
3.8	Värdepappersfonder	9
3.9	Etiska och miljömässiga hänsyn.....	9
3.10	Beräkning av och åtgärder vid överskridande av limit.....	9
3.11	Motparter	10
3.12	Förvar	10
3.13	Extern likviditetsförvaltning	10
4	FINANSIERING OCH SKULDFÖRVALTNING	10
4.1	Landstingets upplåning	10
4.1.1	Kortsiktiga upplåningsbehov.....	10
4.1.2	Långsiktiga upplåningsbehov.....	10
4.2	Ingen upplåning för placeringar.....	11
4.3	Skuldförvaltning	11
4.4	Tillåtna upplåningsformer och långgivare	11
4.5	Leasing.....	12

5	UPPFÖLJNING OCH RAPPORTERING	12
5.1	Rapporter i samband med delårs- och årsbokslut	12
6	ORGANISATION OCH ANSVARSFÖRDELNING	12
6.1	Landstingsfullmäktiges ansvar	12
6.2	Landstingsstyrelsens ansvar	13
7	VERKSTÄLLIGHET	13
7.1	Ansvarsfördelning i organisationen och intern kontroll	13
7.1.1	Rätten att företräda landstinget	13
7.1.2	Fördelningen av ansvar för verkställighet	13
7.2	Rutiner för handläggning av köp eller försäljning av värdepapper samt upplåning	14
7.3	Rapportering av värdepappersaffärer	14
7.3.1	Rapportering till landstingsdirektören	14
7.3.2	Rapportering till landstingsstyrelsen	14
7.3.3	Rapportering till landstingsstyrelsens ordförande och revisorer	14
7.4	Övrig rapportering	15
7.5	Övrig internkontroll	15
7.5.1	Inventering av innehav	15
7.5.2	Kontroll av delegationsbeslut	15
8	DEFINITIONER	15

1 INLEDNING

Reglemente för kortsiktig likviditetsförvaltning, finansiering och skuldförvaltning innehåller de föreskrifter för medelshanteringen som landstingsfullmäktige ska besluta om enligt kommunallagen 8 kap 3 §.

2 MÅL OCH ÖVERGRIPANDE RIKTLINJER

2.1 Mål

Likviditetsförvaltningens syfte ska vara

- att maximera den del av räntenettet som skapas av den kortsiktiga likviditetsförvaltningen inom ramen för de riskbegränsningar som anges i detta reglemente. Målet är att avkastningen över den uppmätta perioden ska uppgå till minst den genomsnittliga räntan på STIBOR en vecka plus 0,10 procentenheter.
- att tillhandahålla likvida medel för löpande driftsutbetalningar och investeringar. För detta syfte ska alltid en likviditetsreserv finnas som innebär att
 - ett belopp motsvarande en månads löneutbetalning (ca 65 mkr) ska kunna utbetalas inom två bankdagar
 - ett belopp motsvarande en normal månads utbetalningar (ca 300 mkr) ska kunna utbetalas inom tre bankdagar.

Som likviditetsreserv räknas kortfristiga placeringar, behållning på landstingets bankkonton, samt checkräkningskrediten och eventuella kreditlöften.

2.2 Förbud mot spekulativ förvaltning

Landstinget ska inte ägna sig åt spekulativ likviditetsförvaltning. Åtgärder kan betraktas som spekulativa om de inte sker med hänsynstagande till matchnings- och diversifieringsprincipen. Ett exempel på spekulativ likviditetsförvaltning är följande: Landstinget har överlikviditet som kommer att behövas för utbetalningar om en månad. Om landstinget då köper ett värdepapper med förfall om en månad har ränterisken begränsats, eftersom man vet exakt hur mycket ränta som erhålls om värdepapperet behålls till förfall. Om man däremot köper en obligation med fem års återstående löptid som man avser att sälja om en månad då utsätter man landstinget för en ränterisk. Motiveringen för en sådan åtgärd kan vara att man tror att räntorna på obligationer med fem års återstående löptid kommer att sjunka med mer än vad övriga marknadsaktörer tror. Om så blir fallet uppstår en kursvinst. Å andra sidan kan försäljningen av obligationen om en månad leda till en kursförlust om denna utveckling ej blir verklighet. För att begränsa möjligheterna att utföra sådana och andra spekulativa åtgärder finns en mängd detaljregler i detta reglemente.

2.3 Riskbegränsningsprinciper

Riskerna vid medelsförvaltning kan sammanfattas som en osäkerhet om placeringarnas framtida avkastning och värde. Två huvudprinciper för riskbegränsning, som ska vara vägledande vid förvaltningen av landstingets likvida medel, är *matchningsprincipen* och *diversifieringsprincipen*.

2.3.1 Matchningsprincipen

Matchningsprincipen innebär att placeringarnas löptid matchas mot de tidpunkter då de likvida medlen ska tas i anspråk för utbetalningar. Avsikten är att minska ränterisken (enl definitionen i avsnitt 8). Den årliga likviditetsplanen, finansieringsbudgeten i landstingets treårsplan samt annan information om likviditetsutvecklingen utgör underlag för matchningen. Placeringarnas löptid mätt som duration (enl definitionen i avsnitt 8) ska aldrig överstiga den maxgräns för durationen som anges i avsnitt 3.7.

2.3.2 Diversifieringsprincipen

Diversifieringsprincipen innebär vid kortsiktig likviditetsförvaltning att placeringarna sprids på olika emittenter i syfte att minska likviditets- och kreditrisker (enligt definitionen i avsnitt 8). En diversifiering av avkastningen kan uppnås genom att sprida placeringarna på olika löptider och placeringsinstrument.

3 PLACERINGSREGLER

3.1 Tillåtna tillgångsslag

Medel får placeras i följande tillgångsslag:

- Räntebärande värdepapper i svenska kronor
- Likvida medel i svenska kronor

3.2 Ej tillåtna tillgångsslag

Medel får inte placeras i följande tillgångsslag:

- Aktier
- Räntebärande värdepapper i utländsk valuta
- Derivatinstrument (terminer, optioner etc)

3.3 Tillåtna placeringsformer

Medel får placeras i följande instrument:

- Bankinlåning, specialinlåning, samt dagslån
- Statsskuldväxlar
- Obligationer
- Marknadsbevis
- Certifikat
- Reverser
- Strukturerade instrument.

3.4 Tillåtna emittenter och placeringslimiter

Vid placering i räntebärande värdepapper i svenska kronor gäller följande limiter:

Emittent	Maxandel per emittent-kategori	Maxandel per emittent	Max duration enskilt värdepapper
A Svenska staten eller av svenska staten garanterade värdepapper	100 %	100 %	5 år
B Svenska kommuner och landsting	100 %	100 %	5 år
C Banker och bostadsfinansieringsinstitut med lägst rating A- eller A3	100 %	25 %	5 år
D Företag med lång rating om lägst A- eller A3	25 %	25 %	3 år
E Företag med kort rating om lägst A-2, K1 eller p-2	25 %	20 mkr	6 mån
F Företag med kort rating om lägst A-3, K2 eller p-3	25 %	10 mkr	3 mån
G Svenska statsägda företag eller liknande utan rating utgivna i SEK enligt avsnitt 3.4.1	25 %	10 %	5 år
H Övriga företag utan rating, men med skuggrating från bank motsvarande minst A- (avsnitt 3.4.2)	25 %	20 mkr	6 mån
I Övriga företag utan rating, men med skuggrating från bank motsvarande minst BBB- (avsnitt 3.4.2)	25 %	10 mkr	3 mån
J Strukturerade kapitalgaranterade placeringsprodukter med rating om lägst A eller A2	25 %	25 %	5 år

Rating = kreditbetyg

Vid investering i räntefond ska den kapitalvägda genomsnittliga ratingen i fonden motsvara ratingen i tabellen ovan.

3.4.1 Tillåtna placeringar emitterade av svenska statsägda företag (eller liknande) utan rating utgivna i SEK

Vissa svenska företag och organisationer har valt att emittera värdepapper på den svenska penningmarknaden utan att skaffa en kreditvärdering. Anledningen är vanligen att de har sådana ägare, till exempel svenska staten, att de flesta placerare betraktar dem som kreditvärdiga även utan rating. Kategori G i avsnitt 3.4 ovan, utgörs av de företag som anges i nedanstående tabell.

Företag/organisation	Ägare	Kommentar
Vasakronan (tidigare AP Fastigheter)	Holdingbolag ägt av AP-fonderna 1-4	Ägare med högsta kreditvärdighet och ett finansiellt stabilt företag.
Sveaskog	Svenska staten	Ägare med högsta kreditvärdighet och ett finansiellt stabilt företag.
Jernhusen	Svenska staten	Ägare med högsta kreditvärdighet och ett finansiellt stabilt företag.

3.4.2 Tillåtna placeringar emitterade av övriga företag/banker utan rating utgivna i SEK

Flera storbanker gör egna kreditvärderingar av låntagare utan rating och tilldelar dem en så kallad "skuggrating". Placeringar tillåts i värdepapper emitterade av låntagare som saknar officiell rating, men tilldelats en skuggrating från bank enligt uppdelningen i kategori H och I i tabellen i avsnitt 3.4.

3.5 Åtgärder vid nedgraderingar

Om den situationen uppstår att kreditbetyget för ett befintligt värdepappersinnehav nedgraderas och att kreditbetyget därefter understiger den angivna nedre gränsen enligt tabellen i avsnitt 3.4 ska en bedömning göras av värdepapperets risk. Om försäljningar beräknas leda till kursförluster överstigande 20 prisbasbelopp ska en beskrivning göras av den beräknade förlusten och den bedömda risken av att behålla värdepapperet. Därefter fattas beslut om huruvida värdepapperet ska behållas eller säljas. Händelsen ska rapporteras till landstingsstyrelsen.

3.6 Limiter för enskilda värdepappers duration (viktad återstående löptid)

Termen *duration* används i detta reglemente för att begränsa ränterisken, vilken vanligen blir större ju längre löptid ett värdepapper har. Men, det finns placeringar med långa löptider som ändå har en låg ränterisk, t ex FRN-lån (en lång placering med korta räntebindningsperioder). Det finns även strukturerade instrument som är så konstruerade att förändringar av räntenivån inte påverkar instrumentets marknadsvärde. För detta slags värdepapper beräknas durationen efter den räntekänslighet det har, vilket innebär att durationen kan bli väsentligt kortare än löptiden.

Ett annat syfte med en maxgräns för durationen är att begränsa kreditrisken. För värdepapper emitterade av emittenter med olika rating finns därför olika begränsningar avseende tillåten duration, vilka framgår av den sista kolumnen i limittabellen i avsnitt 3.4.

3.7 Limiter för portföljens duration

Portföljens duration ska vara ett resultat av den likviditetsprognos som är ett underlag för placeringarna. Eftersom den kortsiktiga likviditetsportföljen ska utgöra en buffert för snabba kortsiktiga likviditetssvängningar sätts dock en maxgräns för portföljens högsta tillåtna duration till i genomsnitt 630 dagar.

3.8 Värdepappersfonder

Placeringar får ske i andelar i värdepappersfonder vars placeringsinriktning i allt väsentligt överensstämmer med bestämmelserna i detta reglemente, som står under tillsyn av Finansinspektionen eller annan motsvarande tillsynsmyndighet inom EU och som uppfyller kraven i lag om investeringsfonder.

3.9 Etiska och miljömässiga hänsyn

Landstingets verksamhetsidé är att verka för god hälsa och positiv livsmiljö i Jämtlands län. Av etiska skäl och med hänsyn till landstingets helhetssyn på förhållandet ekonomi, miljö och hälsa, gäller följande restriktioner:

- Placeringar får ej köpas, som är emitterade av företag vars huvudsakliga verksamhet är produktion och/eller försäljning av krigsmateriel, tobak- eller alkoholvaror eller som har verksamheter kopplade till sexindustrin.
- Om sådana företag, vars huvudsakliga verksamhet är produktion och/eller försäljning av krigsmateriel, tobak- eller alkoholvaror eller som har verksamheter kopplade till sexindustrin, ingår i värdepappersfonder får varje sådant företags andel av fondens marknadsvärde utgöra högst 2 procent. Om sådant företags andel av fonden skulle överstiga 2 procent av fondens marknadsvärde ska fondandelarna avyttras så snart det kan ske utan förluster.
- Placeringar får ej köpas vars avkastning är beroende av utvecklingen av marknadspriserna på livsmedel.

3.10 Beräkning av och åtgärder vid överskridande av limit

Om någon limit överskrids ska räntebärande värdepapper säljas så snart som möjligt med hänsyn tagen till den ökning av portföljens totala risk som överskridandet leder till, samt effekten på räntenettot. Överskridandet ska rapporteras till landstingsstyrelsen tillsammans med förslag till åtgärd.

3.11 Motparter

Godkända motparter vid transaktioner med portföljens tillgångar är

- Värdepappersinstitut som har finansinspektionens tillstånd för utförande av order avseende finansiella instrument på kunders uppdrag, enligt 2 kap 1 § p.2 lagen (2007:528) om värdepappersmarknaden eller motsvarande tillstånd från motsvarande tillsynsmyndighet inom EU.

Transaktioner ska ske enligt principen betalning mot leverans.

3.12 Förvar

Portföljens tillgångar ska förvaras hos värdepappersinstitut som har finansinspektionens tillstånd att ta emot värdepapper för förvaring, enligt 2 kap 2 § p. 2 lagen (2007:528) om värdepappersmarknaden eller motsvarande tillstånd från motsvarande tillsynsmyndighet inom EU.

3.13 Extern likviditetsförvaltning

För förvaltning av delar av portföljens tillgångar kan förvaltare hos sådant värdepappersinstitut anlitas som har finansinspektionens tillstånd för diskretionär portföljförvaltning avseende finansiella instrument enligt 2 kap 1 § p.4 lagen (2007:528) om värdepappersmarknaden eller motsvarande tillstånd från motsvarande tillsynsmyndighet inom EU.

4 FINANSIERING OCH SKULDFÖRVALTNING

4.1 Landstingets upplåning

4.1.1 Kortsiktiga upplåningsbehov

För tillfälliga och kortfristiga likviditetsbehov ska landstingets checkräkningskredit nyttjas.

4.1.2 Långsiktiga upplåningsbehov

Landstingsfullmäktige beslutar årligen i landstingsplanen för de kommande tre åren om eventuell upplåning.

4.2 Ingen upplåning för placeringar

Upplåning i syfte att öka mängden placeringar får ej ske, med två undantag:

- Tillfälligt nyttjande av landstingets checkkredit vid kortare perioder, exempelvis dagarna innan landstingsskatten inbetalas till landstingets konto varje månad.
- Landstingets likviditetssituation kan förbättras snabbare än prognostiserat. Om landstinget då har bundna lån, som endast kan lösas i förtid med extra kostnader som följd, är det tillåtet att invänta lånens förfall.

4.3 Skuldförvaltning

Finansieringens löptider ska anpassas till planerad/prognostiserad likviditetsutveckling de närmaste åren. Landstingets ekonomi kan variera kraftigt under flerårsperioder. För att i så liten utsträckning som möjligt förbinda sig till upplåning som kanske inte kommer att behövas om några år ska:

- låneportföljens genomsnittliga löptid ej överstiga landstingets planeringshorisont på tre år enligt landstingsplanen. Portföljens genomsnittliga löptid får därför uppgå till högst 3 år.
- räntebindningstiden för enskilda lån ej överstiga 5 år.

För att minska ränterisken och under förutsättning att landstingsplanen och upprättad likviditetsplan visar på ett fortsatt upplåningsbehov under hela den närmaste treårsperioden ska

- max 35% av landstingets nettolåneskuld förfalla inom 12 månader.
- lånens löptid spridas på olika räntebindningstider.

4.4 Tillåtna upplåningsformer och långgivare

Finansiering får ske i form av:

- lån hos
 - svenska staten
 - bank eller bankägt finansbolag
 - svenska försäkringsbolag och pensionsanstalter
 - svenska kommuner och landsting
 - Kommuninvest i Sverige AB
- utgivande av kort- och/eller långfristiga skuldebrev på penning- och kapitalmarknaden (certifikats- och obligationslån)
- leasing

4.5 Leasing

Leasing är en finansieringsform som ska jämföras med upplåning. Beslutet om *anskaffande* av lös egendom fattas av centrumchef eller landstingsdirektör, beroende på beloppsstorlek, i enlighet med landstingsdirektörens befogenhetsplan.

Beslutet om huruvida *finansieringen* av anskaffandet ska ske med landstingets egna likvida medel, extern upplåning eller finansiell leasing ska kopplas till det beslut om finansiering som landstingsfullmäktige fattat i landstingsplanen för de kommande tre åren (se avsnitt 6.1) och till eventuellt beslut om leasing fattat av landstingsstyrelsen (se avsnitt 6.2). I de fall landstingsfullmäktige och landstingsstyrelsen fattat beslut som innebär att finansiell leasing tillåts ska hanteringen ske av landstingets upphandlingsenhet.

5 UPPFÖLJNING OCH RAPPORTERING

5.1 Rapporter i samband med delårs- och årsbokslut

Redovisning av placerings- och finansieringsverksamheten ska ske genom att rapporter lämnas till landstingsstyrelsen efter delårsbokslutet i april och augusti samt efter årsbokslutet. Vid behov kan rapporter lämnas oftare.

I rapporten redovisas:

- likviditetsutvecklingen de senaste fem åren
- utestående volymer med fördelning på penningmarknadsinstrument och löptid och en jämförelse med tillåtna limiter enligt detta reglemente
- placeringsportföljens duration i relation till tillåten duration
- avkastningsberäkning i procent och kronor i relation till uppsatt mål
- om landstinget har hållit en likviditetsbuffert som motsvarar uppsatt mål
- kommentar till ränteutvecklingen
- utestående upplåning på certifikatsprogram/checkräkning
- eventuella avvikelser från limiter, samt vidtagna åtgärder
- kostnader för förvaltningen

En gång per år ska en likviditetsplan ingå i likviditetsrapporten, baserad på nästa års budget.

6 ORGANISATION OCH ANSVARSFÖRDELNING

6.1 Landstingsfullmäktiges ansvar

Landstingsfullmäktige fattar beslut om

- reglemente för kortsiktig likviditetsförvaltning, finansiering och skuldförvaltning
- lånefinansiering, vilket anges i landstingsplanen för kommande år

6.2 Landstingsstyrelsens ansvar

Landstingsstyrelsen

- ansvarar för att landstingets placerings- och finansieringsverksamhet verkställs i enlighet med detta reglemente
- beslutar om upprättande av certifikatsprogram
- beslutar om finansiell leasing och upptagande av obligationslån.

7 VERKSTÄLLIGHET

7.1 Ansvarsfördelning i organisationen och intern kontroll

7.1.1 Rätten att företräda landstinget

Beslutanderätten avseende köp och försäljning av värdepapper och upplåning, i de fall landstingsfullmäktige beslutar om en upplåningsram, innehas av den befattningshavare som utses i *landstingsdirektörens delegationsbestämmelser*.

7.1.2 Fördelningen av ansvar för verkställighet

För att uppnå säkerhet och intern kontroll i förvaltningen fördelas ansvaret på minst två funktioner, med en klar uppdelning mellan de som verkställer och de som kontrollerar värdepappersaffärer:

- Finansfunktion. Utsedd befattningshavare samt ersättare enligt delegationsbestämmelserna fattar beslut om köp respektive försäljning av värdepapper, samt upplåning i enlighet med bestämmelserna i detta reglemente.
- Internkontrollfunktion. De personer som omfattas av denna funktion utför intern kontroll av enskilda affärer och avstämmer affärer mot placeringsreglemente, bokföring och besked från banker, samt avstämmer att portföljen håller sig inom fastställda limiter.

I syfte att upprätta kompetens samt hög säkerhet bör flera personer kunna utföra och granska arbetet. Vid varje tidpunkt bör det därför finnas ersättare utsedd för varje funktion.

7.2 Rutiner för handläggning av köp eller försäljning av värdepapper samt upplåning

Intern avräkningsnota på beslutat köp eller försäljning av värdepapper respektive upplåning ska upprättas av finansfunktionen så snart en affär är uppgjord. Denna nota ska utan dröjsmål lämnas till internkontrollfunktionen.

I enlighet med *landstingsdirektörens delegationsbestämmelser* ska finansfunktionen skriva ett delegationsbeslut som lämnas till internkontrollfunktionen och landstingsdirektören efter varje ny affär.

För att förbättra säkerheten ska överenskommelse träffas med varje motpart om leveransadress för avräkningsnotor, kontrakt och engagemangsbesked. Dessa handlingar ska alltid gå direkt till landstingets huvudkassa.

När avräkningsnotan anländer från banker eller fondkommissionärer ska internkontrollfunktionen avstämma avräkningsnotan mot den interna avräkningsnotan.

Bokföringsordrar ska kontrolleras av internkontrollfunktionen och attesteras av ekonomichefen. Betalningsuppdrag till banker i samband med värdepappersaffärer ska alltid undertecknas enligt landstingsdirektörens delegationsbeslut om vilka personer som är befullmäktigade att utkvittera medel inestående på landstingets bankräkningar och konton, med kontrasignation av ytterligare en person. Detta innebär att sådana betalningsuppdrag alltid ska skrivas på av två personer i förening. Finansfunktionen får aldrig befullmäktigas att utkvittera medel inestående på landstingets konton.

7.3 Rapportering av värdepappersaffärer

7.3.1 Rapportering till landstingsdirektören

Direkt rapportering om beslutade affärer sker genom att ett delegationsbeslut skrivs och överlämnas till landstingsdirektören.

7.3.2 Rapportering till landstingsstyrelsen

Landstingsstyrelsen informeras om beslutade affärer genom de delegationsbeslut som landstingsdirektören meddelar styrelsen.

7.3.3 Rapportering till landstingsstyrelsens ordförande och revisorer

Den tjänsteman som innehar den interna kontrollfunktionen ska rapportera direkt till landstingsstyrelsens ordförande och till landstingets revisorer om misstanke skulle uppkomma om oegentligheter i finansfunktionen.

7.4 Övrig rapportering

De rapporter (se avsnitt 5.1) som lämnas till landstingsstyrelsen i samband med delårs- och årsbokslut visar om förvaltningen av värdepapper och/eller lån följer regler och limiter i detta reglemente.

7.5 Övrig internkontroll

7.5.1 Inventering av innehav

Minst en avstämning vid varje delårs- och årsbokslut ska göras av huvudbok mot depåbesked från bank/fondkommissionär. Dessutom ska varje år minst tre avstämnings göras av alla värdepappersaffärer, både köp, försäljningar och förfall, under en slumpvist vald månad mot transaktionslistor från bankerna. Avstämningsarna ska utföras av internkontrollfunktionen.

Motsvarande avstämnings ska ske av landstingets lån enligt huvudboken mot lån enligt engagemangsbesked och transaktionslistor från bank. Avstämningsarna ska göras av internkontrollfunktionen. Internkontrollfunktionen ska även kontrollera att innehav respektive låneportfölj följer reglerna i avsnitt 3 och 4.3-4.4.

7.5.2 Kontroll av delegationsbeslut

Samtliga delegationsbeslut överlämnas till internkontrollfunktionen innan de skickas vidare till landstingsdirektören. Internkontrollfunktionen ska kontrollera följande:

- Delegationsbeslutet ska innehålla de viktigaste uppgifterna för att man ska kunna fastställa att placeringen ryms inom ramarna för reglementena, huvudsakligen
 1. emittent, samt placeringskategori/kreditrating
 2. tillgångsslag
 3. belopp
 4. återstående löptid/duration
 5. avkastning
 6. motpart (bank/fondkommissionär)
- Informationen i delegationsbeslutet ska sedan kontrolleras mot avtalade villkor enligt avräkningsnota och, i förekommande fall, prospekt. I de fall delegationsbeslutet rör lån ska informationen kontrolleras mot avtalade villkor enligt avräkningsnota eller andra lånehandlingar.

8 DEFINITIONER

Duration

Ett räntebärande värdepappers återstående löptid i genomsnitt. Måttet beskriver samtidigt värdepapperets räntekänslighet, d v s hur mycket priset på värdepapperet förändras när räntan

förändras med en procentenhet. Till skillnad från begreppet "återstående löptid" tar durationsmättet hänsyn till effekten på räntekänsligheten av återinvesteringen av obligationens räntekuponger. Värdet på en obligation går ned när räntan går upp. Samtidigt kan obligationens räntekupong återinvesteras till en högre ränta vilket motverkar värdenedgången. Durationen för en fastförräntad kupongobligation är därför alltid kortare än dess faktiska återstående löptid.

Kreditrisk

Risken att låntagaren inte fullgör sina betalningsförpliktelser.

Likviditetsrisk

Risken att ett värdepapper inte går att sälja när som helst på andrahandsmarknaden till ett känt pris.

Ratingkategorier

Ratinginstituten Standard & Poor's (S & P's) och Moody's Investors Service Inc (Moody's) klassificering av långfristig upplåning kan illustreras enligt följande: S&P's kreditvärdighetsbedömningar av svenska företagscertifikat och kommuncertifikat baserar sig på en inhemsk ratingskala som sträcker sig från K-1 till K-5. En emittent av penningmarknadsinstrument som hänförs till kategori K-1 bedöms ha en mycket god kapacitet att möta aktuella betalningsförpliktelser medan en emittent som placerats i kategori K-5 är, eller förväntas bli, ur stånd att i tid möta aktuella betalningsförpliktelser.

Ratinginstitut	Mycket hög kreditvärdighet	Hög kreditvärdighet	Spekulativ kreditvärdighet	Mycket låg kreditvärdighet
S & P's	AAA till AA-	A+ till BBB-	BB+ till B-	CCC till D
Moody's	Aaa till Aa3	A1 till Baa3	Ba till B	Caa till C

Ränterisk

Risken för att variationer i det allmänna ränteläget leder till kapitalförluster eller ger effekter på räntenettet.

Strukturerat instrument

Ett strukturerat instrument klassificeras som en obligation och det nominella värdet är garanterat på förfallodagen. Instrumentet är konstruerat av en obligation och en/flera optioner. Syftet är ofta att avkastningen ska följa ett index, t ex ett aktiemarknadsindex. Men, strukturerade instrument kan även ha en avkastning som är kopplad till ränteutvecklingen.

Valutarisk

Risken att värdet i svenska kronor förändras för placeringar och lån i utländsk valuta.

Finanschef
Annika Jonsson
Tfn: 063-14 76 61
E-post: annika.jonsson@jll.se

2013-10-09

LS/1386/2013

Revidering av placeringsreglemente för förvaltning av pensionsmedel

Förändringar i omvärlden, samt landstingets ekonomiska utveckling de senaste åren, motiverar några förändringar i placeringsreglemente för förvaltning av pensionsmedel.

Efter finanskrisen 2008 har räntorna på obligationer med långa löptider sjunkit till historiskt låga nivåer, vilket lett till att sådana obligationer ökat kraftigt i värde. Under denna period uppvisade landstinget svaga eller negativa resultat i verksamheten, samtidigt som investeringstakten var hög. Detta medförde att landstingets likviditet försämrades, vilket möttes med försäljningar ur pensionsportföljen. Det var främst obligationer med långa löptider som såldes, vilket berodde på att räntorna förväntades stiga de närmaste åren, enligt prognoser från världens större finansiella institutioner. I en situation med stigande räntor, skulle den realiserade kursvinsten i landstingets obligationsinnehav ha börjat krympa och det skulle till och med ha kunnat uppstå en latent kursförlust, om räntorna hade stigit snabbt och mycket.

Sedan ett år tillbaka, har landstingets likviditet stabiliserats, främst till följd av en mer dämpad investeringstakt. Inom de närmaste åren kommer en del av placeringarna i pensionsportföljen att förfalla. Därför görs bedömningen att det nu är möjligt att göra nya avsättningar till pensionsportföljen.

Utvecklingen i landstingets ekonomi har visat att landstinget behöver ha mer flexibla finansiella placeringar. Landsting och kommuner tar fortlöpande in skatteintäkter för sin verksamhet och kan därmed även betala ut pensioner till tidigare anställda. Skälet till att medel sätts av i en särskild portfölj för framtida pensioner är därför främst att kunna investera i tillgångar som historiskt gett en högre avkastning, till exempel långa obligationer och aktier, och inte för att direkt användas för pensionsutbetalningar. I nuläget, med extremt låga räntor, skulle ytterligare investeringar i långa obligationer kunna leda till att obligationsinnehavet sjunker i värde i takt med att de långa räntorna stiger. Landstinget måste då skriva ned värdet på obligationerna, vilket kommer att försämra resultatet efter finansiella intäkter och kostnader. Om landstinget behöver göra stora byggnadsinvesteringar eller liknande om några år, blir alternativet att antingen sälja obligationsinnehavet och realisera kursförlusterna eller att låna upp pengar till en högre ränta än vad de årliga räntekupongutbetalningarna från obligationsinnehavet ger. Nya ränteplaceringar de närmaste åren bör därför företrädesvis ske i obligationer med kortare löptider.

I nuläget är även de korta räntorna låga och kommer att så förbli under en period framöver, om man får tro på uttalanden från många av världens centralbankschefer. För att med detta utgångsläge kunna uppnå både en jämnare och högre avkastning över tiden, behövs en större spridning av placeringarna. Därför föreslås den tillåtna andelen aktier utökas. För närvarande medger reglementet en maximal andel aktier på 25 procent. Det innebär att man måste köpa en betydligt mindre andel aktier än 25 procent för att inte tvingas sälja av aktier tidigt under perioder, då aktieandelen växer snabbare än ränteandelen i pensionsportföljen. Maxgränsen för aktieandelen i portföljen skulle behöva ligga på en avsevärt högre nivå för att en normal andel aktier i portföljen ska kunna uppgå till 25-35 procent. Av detta skäl föreslås maxandelen aktier i portföljen höjas till 50 procent.

De beskrivna förslagen till förändringar har införts i avsnitt 4 *Placeringsregler*. Avsnittsindelningen har delvis strukturerats om för att uppnå en logisk ordning. En ny tabell har lagts in i det nya stycket 4.2 *Tillgångsfördelning och limiter*, som visar varje tillgångsslags maximala andel av pensionsportföljens marknadsvärde. Under avsnitt 4.3.1 *Duration* har den maximala durationen (kapitalvägda återstående löptiden) för realränteobligationer sänkts från 20 till 10 år, en förändring som är en anpassning till durationen i det obligationsinnehav som kvarstår i pensionsportföljen efter de senaste årens försäljningar. Nya obligationer kan köpas med betydligt kortare löptider än 10 år.

I nuvarande reglemente tillåts endast placeringar i nordiska aktier. För att uppnå en större spridning i placeringarna föreslås även utländska aktier tillåtas upp till en andel om högst 40 procent av hela portföljen. Detta har skrivits in i underavsnittet 4.4.2 *Utländska aktier*, i vilket även nordiska aktier ingår fortsättningsvis. Avsnitt 4.4.1 *Svenska aktier* omfattar därefter bara svenska aktier. Den totalt tillåtna andelen aktier i portföljen, det vill säga både svenska och utländska aktier, är 50 procent, vilket framgår i tabellen i avsnitt 4.2.

Under avsnitt 4.7 *Vindkraft* har ett förtydligande införts om beräkningen av marknadsvärdet för vindkraftverket. Enligt förslaget baseras beräkningen på landstingets förväntade framtida likvidflöden kopplade till vindkraftsinvesteringen. Beräkningen görs på samma sätt som när marknadsvärdet räknas fram för en obligation med årliga räntekupongutbetalningar.

Med de föreslagna förändringarna i placeringsreglementet läggs grunden för att landstinget ska kunna samarbeta med andra landsting kring upphandling av förvaltning av pensionsmedel. Genom ett eventuellt samarbete med andra landsting, är det möjligt att sänka kostnaderna för kapitalförvaltningen.



Placeringsreglemente för förvaltning av pensionsmedel (LS/1386/2013)

Version: 2

Ansvarig: Landstingsfullmäktige

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.		Nyutgåva	Landstingsfullmäktige	2012-06-20 § 132
2.		Revideringar i avsnitt 4.		

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	5
2	LANDSTINGETS PENSIONSÅTAGANDE	5
2.1	Beskrivning	5
2.2	Definition av återlån	5
3	FÖRVALTNINGSMÅLET	6
4	PLACERINGSREGLER.....	6
4.1	Tillåtna tillgångsslag	6
4.2	Tillgångsfördelning och limiter	6
4.3	Räntebärande värdepapper	7
4.3.1	Duration	7
4.3.2	Tillåtna emittenter och placeringslimiter	7
4.4	Aktier	8
4.4.1	Svenska aktier	8
4.4.2	Utländska aktier	8
4.5	Strukturerade obligationer	8
4.6	Värdepappersfonder	8
4.7	Vindkraft	8
4.8	Direktinvesteringar i andra tillgångsslag än aktier och ränteplaceringar	9
4.9	Åtgärder vid nedgraderingar	9
4.10	Värdepappersfonder	9
4.11	Belåning	9
4.12	Etiska och miljömässiga hänsyn	9
4.13	Beräkning av och åtgärder vid överskridande av limit	10
4.14	Motparter	10
4.15	Förvar	10
4.16	Uppföljning	11
5	RAPPORTERING OM PENSIONSMEDELSFÖRVALTNING.....	11
5.1	Rapport i samband med delårsbokslut	11
5.2	Årsrapport	11
6	ANSVARSFÖRDELNING	12
6.1	Landstingsfullmäktiges ansvar	12

6.2	Landstingsstyrelsens ansvar	12
7	VERKSTÄLLIGHET AV PENSIONSMEDELSFÖRVALTNING	12
7.1	Ansvarsfördelning i organisationen och intern kontroll	12
7.1.1	Rätten att företräda landstinget.....	12
7.1.2	Fördelningen av ansvar för verkställighet	12
7.2	Rutiner för handläggning av köp eller försäljning av värdepapper	13
7.3	Rapportering av värdepappersaffärer.....	13
7.3.1	Rapportering till landstingsdirektören.....	13
7.3.2	Rapportering till landstingsstyrelsen.....	13
7.3.3	Rapportering till landstingsstyrelsens ordförande och revisorer	14
7.4	Övrig internkontroll.....	14
7.5	Övrig internkontroll.....	14
7.5.1	Inventering av innehav	14
7.5.2	Kontroll av delegationsbeslut.....	14
8	DEFINITIONER.....	15

1 INLEDNING

Landstingets åtagande för medarbetarnas pensioner uppgick per 2012-12-31 till ca 3,3 miljarder kr, vilket var 53 procent högre än landstingets samtliga tillgångar. Det närmaste decenniet kommer pensionsutbetalningarna att öka kraftigt. I syfte att klara av detta började landstinget 1999 att flytta en del av de likvida medlen till en långsiktigt förvaltat värdepappersportfölj.

Detta dokument innehåller de särskilda föreskrifter för förvaltningen av medel avsatta för pensionsförpliktelser som landstingsfullmäktige ska besluta om enligt kommunallagen 8 kap 3 a §.

2 LANDSTINGETS PENSIONSÅTAGANDE

2.1 Beskrivning

Landstingets pensionsåtagandet har följande uppdelning:

<u>Balansräkningen</u>	
Avsatt för pensioner inklusive särskild löneskatt	786,6 miljoner kronor
(Inom linjen) Ansvarsförbindelse för pensioner	2 464,7 miljoner kronor

Ansvarsförbindelse för pensioner omfattar pensioner intjänade till och med 1997-12-31. Ansvarsförbindelsen räknas om varje år men förändringarna i värde belastar inte resultaträkningen. Pensionsutbetalningarna kopplade till ansvarsförbindelsen bokas däremot som en kostnad i resultaträkningen.

2.2 Definition av återlån

Ökningen av pensionsåtagandet består av ökning eller minskning av *ansvarsförbindelsen* samt ökning av *avsatt till pensioner*. Om denna ökning inte motsvaras av investeringar som öronmärks för framtida pensioner, innebär det att landstinget *återlånar*. *Återlånet* används då antingen som likviditetsbuffert, till investeringar i landstingets verksamhet eller för att täcka löpande utgifter. Enligt *Rekommendation 7.1 från Rådet för kommunal redovisning*, definieras återlån, som skillnaden mellan det totala pensionsåtagandet och förvaltade pensionsmedel angivna till marknadsvärde.

3 FÖRVALTNINGSMÅLET

Värdepappersportföljen för pensioner uppgick i slutet av 2012 till 350 miljoner kronor, vilket motsvarade 11 procent av pensionsåtagandet. Pensionsåtagandets storlek värderas genom att de framtida pensionsutbetalningarna nuvärdesberäknas med en kalkylränta fastställd av SKL (Sveriges Kommuner och Landsting). Förändringar av kalkylräntan sker, enligt reglerna, endast när marknadsräntorna under en längre tid legat utanför ett intervall kring den rådande kalkylräntan. Då räknas pensionsåtagandet om. Förändringen i *avsatt till pensioner* tas upp i resultaträkningen som en ökad eller minskad kostnad.

Vid beräkningen av det nyckeltal – konsolideringsgrad – som används för att utvärdera om landstinget uppnår förvaltningsmålet för pensionsportföljen, görs samma beräkning av pensionsåtagandet. Men vid beräkningstillfället används rådande marknadsränta istället för SKLs kalkylränta.

Målet för pensionsmedelsförvaltningen är att uppnå en konsolideringsgrad på minst 95 %. Konsolideringsgraden mäter i vilken utsträckning pensionsportföljens värde utvecklas i takt med pensionsåtagandet.

Konsolideringsgrad	=	Pensionsportföljens marknadsvärde
		Marknadsvärdet på den del av pensionsåtagandet som investerats

Jämfört med att mäta enbart portföljens avkastning visar detta nyckeltal *portföljens avkastning i relation till pensionsåtagandet*. Det kan finnas perioder när portföljen ger en hög avkastning, men pensionsåtagandet växer ännu mer. Konsolideringsgraden kommer då att visa detta tydligt genom att den sjunker.

4 PLACERINGSREGLER

4.1 Tillåtna tillgångsslag

- Nominella obligationer
- Realränteobligationer
- Strukturerade obligationer
- Likvida medel i svenska kronor
- Aktier

4.2 Tillgångsfördelning och limiter

Vid beräkning av en tillgångs andel av den totala portföljen tillämpas aktuellt marknadsvärde.

Tabell 4:1 Övergripande limiter för tillgångsslagen, i procentandel av den marknadsvärderade pensionsportföljen

Tillgångsslag	Max
Likvida medel	10
Räntebärande värdepapper	100
Vindkraft	100
Aktier	50

4.3 Räntebärande värdepapper

4.3.1 Duration

Räntebärande värdepapper får ha följande duration:

- Nominella obligationer max 10 år
- Realränteobligationer max 10 år
- Strukturerade obligationer max 7 år

4.3.2 Tillåtna emittenter och placeringslimiter

Tabell 4:2 Limiter för tillåtna placeringar i olika räntebärande värdepapper utifrån emittentens rating och duration, i procentandel av den marknadsvärderade pensionsportföljen

Emittent Duration	Emittent- kategori < 3 år	Emittent- kategori 3 – 5 år	Emittent- kategori > 5 år	Maxandel per emittent
A Svenska staten, svenska kommuner och landsting med rating om lägst AAA eller av svenska staten, svenska kommuner och landsting garanterade värdepapper	100 %	100 %	100 %	100 %
B Värdepapper, banker med rating om AAA/Aaa	60 %	50 %	50 %	50 %
C Värdepapper, svenska banker, svenska kommuner och landsting med rating om AA/Aa2	30 %	30 %	30 %	15 %
D Värdepapper, svenska banker, svenska kommuner och landsting med rating om A/A2	20 %	10 %	5 %	5 %
E Värdepapper, svenska banker, svenska kommuner och landsting med rating om BBB/Baa	10 %	5 %	0 %	5 %

Ratingen i tabellen är enligt Standard & Poor's eller Moody's. Om låntagaren har rating från både Standard & Poor's och Moody's, krävs att minst en av dem ligger på angiven nivå.

4.4 Aktier

Landstinget tillåter placering i en portfölj av börsnoterade aktier eller i andelar av aktiefonder.

4.4.1 Svenska aktier

Andelen svenska aktier får högst uppgå till 25 procent av pensionsportföljen.

Aktieinnehavet ska spridas på flera bolag företrädesvis från aktiebörsens större bolagslistor. Varje enskilt företag eller bolag ingående i samma koncern får utgöra maximalt 5 procent av aktieportföljens marknadsvärde. Aktieportföljen bör i första hand bestå av svenska börsnoterade aktier som haft en stabil utdelning till ägarna de senaste åren.

4.4.2 Utländska aktier

Andelen utländska aktier får högst uppgå till 40 procent av pensionsportföljen. Investeringen ska bestå av aktier från flera länder/regioner. Varje enskilt företag eller bolag ingående i samma koncern får utgöra maximalt 5 procent av aktieportföljens marknadsvärde.

4.5 Strukturerade obligationer

Strukturerade obligationer består av räntebärande värdepapper och derivat i kombination. Ett vanligt exempel på strukturerade obligationer är så kallade *aktieindexobligationer*. Placeringar i aktierelaterade instrument får endast göras om instrumentets totala risk är jämförbar med eller lägre än den/de aktier som instrumentets framtida avkastning är hänförlig från.

Placering får ej ske i aktierelaterade instrument vars konstruktion innebär en kreditrisk som är högre än de limiter som avser kreditrisk under avsnitt 4.3.2.

Aktierelaterade instrument ska som huvudregel betraktas som en aktieplacering i det lands aktiemarknad som instrumentet skapar exponering gentemot. Undantag medges för kapitalgaranterade produkter där aktieinslaget är av obetydligt värde. Investeringen ska i undantagsregeln klassificeras som en obligationsplacering med kreditrisk som motsvarar den strukturerade obligationen.

4.6 Värdepappersfonder

Placering får ske i värdepappersfonder vars placeringsinriktning i allt väsentligt överensstämmer med bestämmelserna i detta placeringsreglemente och som står under tillsyn av myndighet eller annat behörigt organ i EU-land.

4.7 Vindkraft

Landstingets investering i vindkraft ska ingå i pensionsportföljen. Marknadsvärdet på vindkraftsinvesteringen beräknas som en kupongobligation, baserat på prognostiserade framtida likvidflöden och verkets bedömda livslängd på 20 år.

4.8 Direktinvesteringar i andra tillgångsslag än aktier och ränteplaceringar

Landstinget beslutade 2010 om att investera i vindkraft. Utvecklingen under kommande år kan leda till att även andra direktinvesteringar, med förankring i det geografiska närområdet eller i andra tillgångsslag, såsom mark, skog och vatten, kan matcha pensionsåtagandet. I detta fall kan det bli aktuellt med investeringar i onoterade aktier och andelar eller i form av finansiering. För sådana investeringar ska beslutsunderlag upprättas. Beslutsunderlaget ska innehålla en investeringskalkyl med en uppskattning av hur investeringen kan matcha pensionsåtagandet avseende avkastning och värdeutveckling. Underlaget ska även innehålla en bedömning av i vilken utsträckning investeringen leder till en diversifiering av pensionsportföljen med avseende på avkastning, kreditrisk och likviditet. Därefter kan fullmäktige fatta beslut om sådan investering. (Detta stycke har förts in från *Inriktningsdokument för finansförvaltningen* (LS/302/2009) som landstingsfullmäktige antog 2009-04-21—22.)

4.9 Åtgärder vid nedgraderingar

Om den situationen uppstår att kreditbetyget för ett befintligt värdepappersinnehav nedgraderas och att kreditbetyget därefter understiger den angivna nedre gränsen enligt tabellen i avsnitt 4.3.2 ska en bedömning göras av värdepapperets risk. Om försäljningar beräknas leda till kursförluster överstigande 20 prisbasbelopp ska en beskrivning göras av den beräknade förlusten och den bedömda risken av att behålla värdepapperet. Därefter fattas beslut om huruvida värdepapperet ska behållas eller säljas.

Händelsen ska rapporteras till styrelsen.

4.10 Värdepappersfonder

Placeringar får ske i andelar i värdepappersfonder vars placeringsinriktning i allt väsentligt överensstämmer med bestämmelserna i detta reglemente, som står under tillsyn av Finansinspektionen eller annan motsvarande tillsynsmyndighet inom EU och som uppfyller kraven i lag om investeringsfonder.

4.11 Belåning

Portföljens tillgångar får ej belånas med undantag för sådan tillfällig belåning som följer av gällande likvidschema vid avyttring av värdepapper.

4.12 Etiska och miljömässiga hänsyn

Landstingets verksamhetsidé är att verka för god hälsa och positiv livsmiljö i Jämtlands län. Av etiska skäl och med hänsyn till landstingets helhetssyn på förhållandet ekonomi, miljö och hälsa, gäller följande restriktioner:

- Placeringar får ej köpas, som är emitterade av företag vars huvudsakliga verksamhet är produktion och/eller försäljning av krigsmateriel, tobak- eller alkoholvaror eller som har verksamheter kopplade till sexindustrin.
- Om sådana företag, vars huvudsakliga verksamhet är produktion och/eller försäljning av krigsmateriel, tobak- eller alkoholvaror eller som har verksamheter kopplade till sexindustrin, ingår i värdepappersfonder får varje sådant företags andel av fondens marknadsvärde utgöra högst 2 procent. Om sådant företags andel av fonden skulle överstiga 2 procent av fondens marknadsvärde ska fondandelarna avyttras så snart det kan ske utan förluster.
- Placeringar får ej köpas vars avkastning är beroende av utvecklingen av marknadspriserna på livsmedel.

4.13 Beräkning av och åtgärder vid överskridande av limit

Om någon limit överskrids ska räntebärande värdepapper säljas så snart som möjligt med hänsyn tagen till den ökning av portföljens totala risk som överskridandet leder till, samt effekten på räntenettet. Överskridandet ska rapporteras till landstingsstyrelsen tillsammans med förslag till åtgärd.

4.14 Motparter

Godkända motparter vid transaktioner med portföljens tillgångar är

- Värdepappersinstitut som har finansinspektionens tillstånd för utförande av order avseende finansiella instrument på kunders uppdrag, enligt 2 kap 1 § p.2 lagen (2007:528) om värdepappersmarknaden eller motsvarande tillstånd från motsvarande tillsynsmyndighet inom EU.

Transaktioner ska ske enligt principen betalning mot leverans.

4.15 Förvar

Portföljens tillgångar ska förvaras hos värdepappersinstitut som har finansinspektionens tillstånd att ta emot värdepapper för förvaring, enligt 2 kap 2 § p. 2 lagen (2007:528) om värdepappersmarknaden eller motsvarande tillstånd från motsvarande tillsynsmyndighet inom EU.

Utländska institutioner som har tillstånd liknande det som anges i punkt 1 och som står under tillsyn av myndighet eller annat behörigt organ.

4.16 Uppföljning

Aktuella uppgifter om landstingets pensionsåtagande ska med jämna mellanrum hämtas från landstingets pensionsadministratör. Konsolideringsgraden framräknas sedan genom att det uppdaterade pensionsåtagandet marknadsvärderas och jämförs med den marknadsvärderade pensionsportföljen inklusive avkastning.

5 RAPPORTERING OM PENSIONSMEDELSFÖRVALTNING

5.1 Rapport i samband med delårsbokslut

Till landstingsstyrelsen ska i samband med varje delårsbokslut en skriftlig redogörelse lämnas avseende pensionsportföljens förvaltning till och med utgången av april respektive augusti. Redogörelsen ska innehålla följande:

- Aktuell konsolideringsgrad i förhållande till den del av pensionsåtagandet som ska täckas.
- Pensionsportföljens totala avkastning sedan årsskiftet.
- Procentuell fördelning på tillgångsslag.
- Procentuell fördelning på emittenter med olika rating i förhållande till limiterna i avsnitt 4.3.2.
- Efterlevnad mot etik- och miljökravet i avsnitt 4.12.
- Uppgift om pensionsåtagandets duration.
- Kostnader för förvaltningen.

5.2 Årsrapport

Till landstingsstyrelsen ska en årsrapport över pensionsportföljens förvaltning lämnas. Denna ska innehålla en redogörelse över det gångna årets placeringsverksamhet samt en bedömning av det kommande årets utveckling.

I övrigt ska rapporten innehålla samma punkter som delårsbokslutsrapporten.

6 ANSVARFÖRDELNING

6.1 Landstingsfullmäktiges ansvar

Det är landstingsfullmäktiges ansvar att

- förvaltningen sker i överensstämmelse med Kommunallagen 8 kap 2 - 3a §
- fastställa placeringspolicy och placeringsreglemente
- besluta om direktinvesteringar i andra tillgångsslag än aktier och ränteplaceringar i enlighet med avsnitt 4.8.

6.2 Landstingsstyrelsens ansvar

Det är landstingsstyrelsens ansvar att

- tillse att förvaltningen verkställs enligt reglerna i detta placeringsreglemente
- fastställa regler för intern kontroll
- bedöma behovet av att uppdatera placeringsreglemente och policy

7 VERKSTÄLLIGHET AV PENSIONSMEDELSFÖRVALTNING

7.1 Ansvarsfördelning i organisationen och intern kontroll

7.1.1 Rätten att företräda landstinget

Beslutanderätten avseende köp och försäljning av värdepapper innehas av den befattningshavare som utses i *landstingsdirektörens delegationsbestämmelser*.

7.1.2 Fördelningen av ansvar för verkställighet

För att uppnå säkerhet och intern kontroll i förvaltningen fördelas ansvaret på minst två funktioner, med en klar uppdelning mellan de som verkställer och de som kontrollerar värdepappersaffärer:

- Finansfunktion. Utsedd befattningshavare samt ersättare enligt delegationsbestämmelserna fattar beslut om köp respektive försäljning av värdepapper i enlighet med bestämmelserna i detta reglemente.
- Internkontrollfunktion. De personer som omfattas av denna funktion utför intern kontroll av enskilda affärer och avstämmer affärer mot placeringsreglemente, bokföring och besked från banker, samt avstämmer att portföljen håller sig inom fastställda limiter.

I syfte att upprätta kompetens samt hög säkerhet bör flera personer kunna utföra och granska arbetet. Vid varje tidpunkt bör det därför finnas ersättare utsedd för varje funktion.

7.2 Rutiner för handläggning av köp eller försäljning av värdepapper

Intern avräkningsnota på beslutat köp eller försäljning av värdepapper ska upprättas av finansfunktionen så snart en affär är uppgjord. Denna nota ska utan dröjsmål lämnas till internkontrollfunktionen.

I enlighet med *landstingsdirektörens delegationsbestämmelser* ska finansfunktionen skriva ett delegationsbeslut som lämnas till internkontrollfunktionen och landstingsdirektören efter varje ny affär.

För att förbättra säkerheten ska överenskommelse träffas med varje motpart om leveransadress för avräkningsnotor, kontrakt och engagemangsbesked. Dessa handlingar ska alltid gå direkt till landstingets huvudkassa.

När avräkningsnotan anländer från banker eller fondkommissionärer ska internkontrollfunktionen avstämma avräkningsnotan mot den interna avräkningsnotan.

Bokföringsordrar ska kontrolleras av internkontrollfunktionen och attesteras av ekonomichefen. Betalningsuppdrag till banker i samband med värdepappersaffärer ska alltid undertecknas enligt landstingsdirektörens delegationsbeslut om vilka personer som är befullmäktigade att utkvittera medel inestående på landstingets bankräkningar och konton, med kontrasignation av ytterligare en person. Detta innebär att sådana betalningsuppdrag alltid ska skrivas på av två personer i förening. Finansfunktionen får aldrig befullmäktigas att utkvittera medel inestående på landstingets konton.

7.3 Rapportering av värdepappersaffärer

7.3.1 Rapportering till landstingsdirektören

Direkt rapportering om beslutade affärer sker genom att ett delegationsbeslut skrivs och överlämnas till landstingsdirektören.

7.3.2 Rapportering till landstingsstyrelsen

Landstingsstyrelsen informeras om beslutade affärer genom de delegationsbeslut som landstingsdirektören meddelar styrelsen.

7.3.3 Rapportering till landstingsstyrelsens ordförande och revisorer

Den tjänsteman som innehar den interna kontrollfunktionen ska rapportera direkt till landstingsstyrelsens ordförande och till landstingets revisorer om misstanke skulle uppkomma om oegentligheter i finansfunktionen.

7.4 Övrig internkontroll

De rapporter (se avsnitt 5.1) som lämnas till landstingsstyrelsen i samband med delårs- och årsbokslut visar om förvaltningen av värdepapper och/eller lån följer regler och limiter i detta reglemente.

7.5 Övrig internkontroll

7.5.1 Inventering av innehav

Minst en avstämning vid varje delårs- och årsbokslut ska göras av huvudbok mot depåbesked från bank/fondkommissionär. Dessutom ska varje år minst tre avstämningar göras av alla värdepappersaffärer, både köp, försäljningar och förfall, under en slumpvist vald månad mot transaktionslistor från bankerna. Avstämningarna ska utföras av internkontrollfunktionen. Motsvarande avstämningar ska ske av landstingets lån enligt huvudboken mot lån enligt engagemangsbesked och transaktionslistor från bank. Avstämningarna ska göras av internkontrollfunktionen.

Internkontrollfunktionen ska även kontrollera att innehav följer reglerna i avsnitt 4.

7.5.2 Kontroll av delegationsbeslut

Samtliga delegationsbeslut överlämnas till internkontrollfunktionen innan de skickas vidare till landstingsdirektören. Internkontrollfunktionen ska kontrollera följande:

- Delegationsbeslutet ska innehålla de viktigaste uppgifterna för att man ska kunna fastställa att placeringen ryms inom ramarna för reglementena, huvudsakligen
 1. emittent, samt placeringskategori/kreditrating
 2. tillgångsslag
 3. belopp
 4. återstående löptid/duration
 5. avkastning
 6. motpart (bank/fondkommissionär)
- Informationen i delegationsbeslutet ska sedan kontrolleras mot avtalade villkor enligt avräkningsnota och, i förekommande fall, prospekt. I de fall delegationsbeslutet rör lån ska informationen kontrolleras mot avtalade villkor enligt avräkningsnota eller andra lånehandlingar.

8 DEFINITIONER

Duration

Ett räntebärande värdepappers återstående löptid i genomsnitt. Måttet beskriver samtidigt värdepapperets räntekänslighet, d v s hur mycket priset på värdepapperet förändras när räntan förändras med en procentenhet. Till skillnad från begreppet "återstående löptid" tar durationsmåttet hänsyn till effekten av återinvesteringen av obligationens räntekuponger. Värdet på en obligation går ned när räntan går upp. Samtidigt kan obligationens räntekupong återinvesteras till en högre ränta vilket till en viss grad motverkar värdenedgången. Durationen för en fastförräntad kupongobligation är därför alltid kortare än dess faktiska återstående löptid.

Emittent

Organisation som ger ut en obligation och därigenom lånar pengar på penningmarknaden.

Kreditrisk

Risken att låntagaren inte fullgör sina betalningsförpliktelser.

Likviditetsrisk

Risken att ett värdepapper inte går att sälja när som helst på andrahandsmarknaden till ett känt pris.

Ratingkategorier

Ratinginstituten Standard & Poor's (S & P's) och Moody's Investors Service Inc (Moody's) klassificering av långfristig upplåning kan illustreras enligt följande:

S&P's kreditvärdighetsbedömningar av svenska företagscertifikat och kommuncertifikat baserar sig på en inhemsk ratingskala som sträcker sig från K-1 till K-5. En emittent av penningmarknadsinstrument som hänförs till kategori K-1 bedöms ha en mycket god kapacitet att möta aktuella betalningsförpliktelser medan en emittent som placerats i kategori K-5 är, eller förväntas bli, ur stånd att i tid möta aktuella betalningsförpliktelser.

Ratinginstitut	Mycket hög kreditvärdighet	Hög kreditvärdighet	Spekulativ kreditvärdighet	Mycket låg kreditvärdighet
S & P's	AAA till AA-	A+ till BBB-	BB+ till B-	CCC till D
Moody's	Aaa till Aa3	A1 till Baa3	Ba till B	Caa till C

Ränterisk

Risken för att variationer i det allmänna ränteläget leder till kapitalförluster eller ger oförutsedda effekter på räntenettot.

Strukturerade instrument

Ett strukturerat instrument klassificeras som en obligation och det nominella värdet är garanterat på förfallodagen. Instrumentet är konstruerat av en obligation och en/flera optioner. Syftet är ofta att avkastningen ska följa ett index, t ex ett aktiemarknadsindex. Men, strukturerade instrument kan även ha en avkastning som är kopplad till ränteutvecklingen.

Valutarisk

Risken att värdet i svenska kronor förändras för placeringar och lån i utländsk valuta.



Långsiktig utvecklingsplan område miljö

Jämtlands läns landsting

Version: 2

Ansvarig: Landstingsfullmäktige

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.	2013-09-18	Nyutgåva		
2.	2013-10-03		Beredningen för demokrati och folkhälsa	2013-10-03

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	6
2	INRIKTNING OCH MÅL.....	7
2.1	Kunskap och utbildning.....	7
2.1.1	Mål för kunskap och utbildning.....	7
2.2	Användning av material och produkter.....	7
2.2.1	Mål för material och produkter	7
2.3	Avfall	7
2.3.1	Mål för avfall	7
2.4	Kemikalier och kemiska ämnen i produkter	8
2.4.1	Mål för kemikalier och kemiska ämnen i produkter	8
2.5	Läkemedel	8
2.5.1	Mål för läkemedel och miljö	8
2.6	Energi.....	8
2.6.1	Mål för energi.....	8
2.7	Resor och transporter	8
2.7.1	Mål för resor och transporter.....	8
2.8	Livsmedel	9
2.8.1	Mål för livsmedel	9
2.9	Strategiskt arbete.....	9
2.9.1	Mål för strategiskt arbete	9
3	AKTIVITETER OCH GENOMFÖRANDE.....	9
3.1	Kunskap och utbildning.....	9
3.1.1	Aktiviteter	9
3.1.2	Förutsättningar och behov	10
3.2	Material och produkter.....	10
3.2.1	Aktiviteter	10
3.2.2	Förutsättningar och behov	10
3.3	Avfall	11
3.3.1	Aktiviteter	11
3.3.2	Förutsättningar och behov	11
3.4	Kemikalier och kemiska ämnen i produkter	11
3.4.1	Aktiviteter	11

3.4.2	Förutsättningar och behov	11
3.5	Läkemedel och miljö	12
3.5.1	Aktiviteter	12
3.5.2	Förutsättningar och behov	12
3.6	Energi	13
3.6.1	Aktiviteter	13
3.6.2	Förutsättningar och behov	13
3.7	Resor och transporter	13
3.7.1	Aktiviteter	13
3.7.2	Förutsättningar och behov	14
3.8	Livsmedel	14
3.8.1	Aktiviteter	14
3.8.2	Förutsättningar och behov	14
3.9	Strategiskt arbete	15
3.9.1	Aktiviteter	15
3.9.2	Förutsättningar och behov	15
4	BAKGRUND OCH PLANERINGSFÖRUTSÄTTNINGAR.....	16
4.1	Miljöbalken	16
4.2	Kunskap och utbildning	16
4.2.1	Bakgrund	16
4.2.2	Nuläge	17
4.3	Material och produkter	17
4.3.1	Bakgrund	17
4.3.2	Nuläge	18
4.4	Avfall	18
4.4.1	Bakgrund	18
4.4.2	Nuläge	19
4.5	Kemikalier och kemiska ämnen i produkter	20
4.5.1	Bakgrund	20
4.5.2	Nuläge	21
4.6	Läkemedel	22
4.6.1	Bakgrund	22
4.6.2	Nuläge	24
4.7	Energi	24
4.7.1	Bakgrund	24

4.7.2	Nuläge.....	25
4.8	Resor och transporter	26
4.8.1	Bakgrund	26
4.8.2	Nuläge.....	27
4.9	Livsmedel	28
4.9.1	Bakgrund	28
4.9.2	Nuläge.....	30
4.10	Strategiskt arbete	30
4.10.1	Bakgrund	30
4.10.2	Nuläge.....	31
5	UTVÄRDERING OCH REVIDERING	32

1 INLEDNING

Jämtlands läns landsting ska som stor aktör vara drivande och ett föredöme i arbetet för en hållbar utveckling.

En socialt, ekologisk och ekonomisk hållbar verksamhet skapar bättre förutsättningar för jämt fördelad god hälsa bland länets befolkning.

Att arbeta förebyggande med miljö- och klimatfrågor bidrar till att minska negativ miljö- och hälsopåverkan. Det är viktigt att förebygga de klimatförändringar som både på kort och lång sikt riskerar att medföra förändringar som hotar kommande generationers rätt till ett bra liv och livskraftig miljö.

En god miljö är en förutsättning för god, jämlik och jämställd hälsa, både för nuvarande och kommande generationer. Med miljö menas inte bara naturen utan även miljön inomhus, människors exponering för kemikalier, buller och luftföroreningar. Påverkan på människor kan vara positiv, främjande för hälsan eller negativ, störande eller skadlig.

Att genomföra ett långsiktigt arbete med att minska miljö och klimatpåverkan i verksamheten kommer att kräva resurser men även minska kostnader på många områden.

Ett område som landstinget kommer att prioritera är landstingets hantering av kemikalier som förutom en negativ miljöpåverkan kan utgöra en arbetsmiljörisk för personal och patienter och kan även kosta mycket att köpa in och hantera. Kan några av dessa kemikalier ersättas av ofarliga kemikalier minskar vi både risker och kostnader. Eftersom barn är särskilt känsliga för skadliga ämnen sätter vi särskilt fokus på att minska barns exponering.

Landstinget ska arbeta både med vår indirekta och direkta miljöpåverkan och sträva efter ständiga förbättringar i miljöarbetet.

Landstinget ska bedriva verksamhet i hälsofrämjande miljöer såväl inomhus som utomhus.

2 INRIKTNING OCH MÅL

2.1 Kunskap och utbildning

2.1.1 Mål för kunskap och utbildning

- Alla medarbetare har en medvetenhet om grundläggande miljö- och hållbarhetsfrågor och ska få kontinuerlig uppdatering i frågorna.
- Inom varje organisatorisk enhet ska det finnas kunskap om verksamhetens specifika miljöpåverkan och hur man kan uppnå förbättringar.
- Landstinget ska ha en hög kompetens i miljöfrågor och en god omvärldsbevakning.

2.2 Användning av material och produkter

2.2.1 Mål för material och produkter

- Minska negativ miljö- och hälsopåverkan från material och produkter såväl i byggnader som i verksamheten.
- Det ska finnas information om innehåll i det material och de produkter som används inom landstinget respektive byggs in i landstingets fastigheter.
- Successivt öka andelen förnybart och återvunnet material.
- Material och produkter som kan användas flera gånger bör prioriteras framför engångs där så är lämpligt.
- Produkter som kan repareras med bibehållen funktion och kvalitet är att föredra framför produkter som måste kasseras i sin helhet.
- Material och produkter som landstinget använder ska vara tillverkade under socialt och etiskt godtagbara förhållanden.

2.3 Avfall

2.3.1 Mål för avfall

- De totala avfallsmängderna ska minska successivt.
- Andelen avfall som går till återvinning ska öka successivt.
- Vid upphandling prioriteras i första hand produkter som kan sorteras för materialåtervinning och/eller återanvändning.

Målen för material och produkter har även stor betydelse för avfallsmängden och återvinningsgraden.

2.4 Kemikalier och kemiska ämnen i produkter

2.4.1 Mål för kemikalier och kemiska ämnen i produkter

- Minimera negativ påverkan på miljö och hälsa från kemikalier och kemiska produkter.
- Fasa ut hormonstörande kemikalier och ersätta andra hälso- och miljöfarliga kemikalier och produkter.
- Minska barns exponering för farliga kemikalier.

2.5 Läkemedel

2.5.1 Mål för läkemedel och miljö

- Minimera negativ läkemedelspåverkan på miljö och hälsa.
- Uppföljningsbara krav på minskad miljöpåverkan och socialt ansvar i produktionsledet.
- Utsläppen av utvalda svårnedbrytbara läkemedel ska minska.
- Landstingets klimatpåverkan från lustgas ska minska.

2.6 Energi

2.6.1 Mål för energi

- Minimera behovet av tillförsel av energi och minimera klimatpåverkan från energianvändningen genom effektiv energianvändning, energi från förnyelsebara källor och egen förnyelsebar energiproduktion.
- Energianvändningen ska minska med 20 % till 2018 och 30 % till år 2026.

2.7 Resor och transporter

2.7.1 Mål för resor och transporter

- Minska behov av resor och transporter.
- Öka nyttjande av distansoberoende teknik.
- Minimera klimatpåverkan från resor och transporter såväl i tjänsten som resor till och från arbetet samt patienttransporter.
- Utveckla samverkanstransporter av nödvändiga material.
- Fordon ska så långt möjligt drivas med förnyelsebara drivmedel.
- Resor som medför utsläpp av växthusgaser klimatkompenseras.

2.8 Livsmedel

2.8.1 Mål för livsmedel

- Landstinget ska prioritera klimatsmart mat.
- Socialt-etiskt ansvarstagande i såväl andel socialt-etiskt märkta livsmedel, (10% till 2026) såsom socialt-etiska krav på producenter/leverantörer i upphandlingar.
- Öka möjligheten för leverantörer att leverera närproducerade livsmedel till landstinget.
- Andelen ekologiska livsmedel ska öka och vara minst 30 % till 2026.

2.9 Strategiskt arbete

2.9.1 Mål för strategiskt arbete

- Som stor aktör medverka till innovation och teknikutveckling framför allt inom clean-tech.
- Ha beredskap för de effekter som klimatförändringarna medför framför allt vad gäller miljö, hälsa och dricksvattenförsörjning.
- Nyttja möjligheter till samverkan med andra aktörer.

3 AKTIVITETER OCH GENOMFÖRANDE

3.1 Kunskap och utbildning

3.1.1 Aktiviteter

- Alla nya medarbetare ska få en introduktion om landstingets miljöarbete för att kunna bidra på ett konstruktivt sätt i landstingets strävan mot en hållbar utveckling.
- När personal övergår till en chefsroll och när nya chefer anställs ska de erbjudas utbildning dels i de lagkrav som rör landstingets miljöfrågor och dels grundläggande kunskap för att kunna motivera medarbetarna och leda arbetet på ett sätt som främjar miljö och hälsa.
- Det ska finnas centralt stöd med sakkunskap inom miljö som har kompetens och kapacitet att ge stöd till verksamheten för att alla funktioner ska kunna identifiera vilken miljöpåverkan verksamheten har och vad man kan göra för att minimera negativ miljöpåverkan och uppnå ständiga förbättringar.
- Landstinget ska samverka med andra landsting och regioner och andra relevanta aktörer för att hitta de bästa lösningarna för ett effektivt miljöarbete inom hälso- och sjukvårdsverksamhet.

3.1.2 Förutsättningar och behov

Introduktion av nyanställda förutsätter att det finns tillräcklig kompetens i ämnet på aktuell enhet för att kunna ge en god introduktion vilket bör kompletteras med ett introduktionsmaterial. Det förutsätter i sig att det finns centrala resurser för att kunna utbilda nyckelfunktioner, miljöombud, chefer samt ta fram stödmaterial som hålls aktuellt.

Det centrala stöd med sakkunskap inom miljöområdet är i dagsläget begränsat, dock är verksamhetsstödande insatser och utbildning prioriterade.

Sveriges landsting och regioner har nätverk för miljösakkunniga inom flera olika områden med stort utbyte av erfarenheter och kunskap där det finns stora möjligheter att hitta effektiva åtgärder som är beprövade. I de nätverken kan Jämtlands läns landsting vara mer aktiv.

3.2 Material och produkter

3.2.1 Aktiviteter

- En kartläggning över vilka material och produkter som köps in i landstinget ska göras.
- Vid inköp och avtal ställa krav på information om innehåll i material och produkter som används inom landstinget respektive byggs in i våra fastigheter.
- Vid inköp ska krav ställas så att återvunnet material prioriteras där så är lämpligt och möjligt.
- Prioritera inköp av material och produkter som kan användas flera gånger istället för engångsmaterial/produkter där så är miljömässigt motiverat och säkert ur hygienisk synpunkt.
- Ställa krav på att produkter är reparerbara och att det finns utbytbara delar där så är möjligt och lämpligt för att slippa kassera en hel produkt om bara en liten del går sönder.
- Sociala och etiska krav ställs vid upphandling och inköp i största möjliga utsträckning.

3.2.2 Förutsättningar och behov

En kartläggning över material och produkter bedöms vara ett stort arbete, vilket tar en hel del resurser i anspråk då data i dagsläget inte finns samlad. Det är därför oklart när ett sådant arbete kan påbörjas.

Övriga aktiviteter handlar om att i vissa fall införa rutiner och i andra fall göra bedömningar om i vilka upphandlingar och inköp kraven är möjliga att ställa och följa upp där det inte redan görs, vilket medför ett merarbete i upphandlings- och inköpskedet.

3.3 Avfall

3.3.1 Aktiviteter

- I arbetet med processer, framtagande av rutiner, införande av nya metoder etc så ska resurseffektiviteten beaktas avseende på vilket material som behövs och i vilka mängder för att minimera resursförbrukningen och därmed även avfallsmängden.
- Vid upphandling och inköp ställa krav så att material och produkter landstinget använder så långt möjligt är förberett för att kunna återvinnas då det är förbrukat.
- I dialog med avfallsmottagare se över om landstinget kan öka andelen avfall som kan återvinnas istället för att förbrännas eller gå till deponi.

3.3.2 Förutsättningar och behov

För att få in etablerade tankesätt med resurseffektivitet även vad gäller material och energi på ett bra sätt krävs att personal finns i arbetet med de olika processerna, rutinerna etc som har tillräcklig kunskap inom området, vilket hör ihop med målen om kunskap och utbildning. Dialog med avfallsmottagare kan dels göras med nuvarande avfallspartners och initieras i nya upphandlingar av avfallsmottagare.

3.4 Kemikalier och kemiska ämnen i produkter

3.4.1 Aktiviteter

- Med stöd av kemikaliehanteringssystemet sammanställa och kategorisera hälso- och miljöskadliga ämnen som hanteras inom landstinget.
- Landstinget ska arbeta med utbyte och utfasning av hälso- och miljöskadliga kemikalier där så är möjligt.
- Vid inköp ställa krav för att minimera material och produkter med innehåll av hälso- och miljöskadliga ämnen med särskilt fokus på hormonstörande ämnen.
- Framtagande av landstingsgemensamma regler för hållbara inköp.
- Arbeta särskilt för att kartlägga och minska barns exponering för farliga kemikalier inom landstingets verksamhetsområde.

3.4.2 Förutsättningar och behov

Ett första steg är att få ett kemikaliehanteringssystem på plats vilket kommer att ta en hel del resurser i anspråk under 2013-2014 med upphandling, avtal, införande och utbildning. De flesta andra landsting och regioner har sedan tidigare tagit fram utfasnings- och utbyteslistor som vårt landsting i samverkan kan ta del av för att få en snabbare start på vårt eget arbete.

Vi behöver identifiera de sammanhang landstingets verksamhet påverkar barns exponering för farliga ämnen och därefter kartlägga vilka typer av material och produkter i dessa sammanhang som kan medföra en risk.

I upphandlingar utgår landstinget i dagsläget i stor utsträckning från de miljökriterier som är framtagna av Miljöstyrningsrådet. Där ingår oftast kriterier för att minimera inflödet av skadliga ämnen. Där det ännu saknas kriterier är det en större utmaning att bedöma när det är relevant att ställa olika miljökrav.

Upphandlingsenheten har en rutin för hållbar upphandling som man kan utgå från när man tar fram landstingsgemensamma regler för hållbara inköp, varför en stor del av grundarbetet redan är utfört.

3.5 Läkemedel och miljö

3.5.1 Aktiviteter

- Läkemedel och miljö är en komplex fråga som kräver nära samarbete mellan sakkunniga i området inom landstinget och i samverkan med andra landsting.
- En utredning om förutsättningar och kostnader för att installera central destruktionsanläggning för lustgas bör göras.
- Miljöstyrningsrådets kriterier för upphandling av läkemedel ska tillämpas så långt möjligt.
- Landstinget ska följa kunskapsläget och forskningen vad gäller läkemedel och miljö för att kunna göra sakliga bedömningar om vilka åtgärder som är lämpliga.

3.5.2 Förutsättningar och behov

Sakkunniga inom miljö respektive läkemedel kan öka samarbetet för att hitta åtgärder och rutiner för att minimera miljöpåverkan från läkemedel från vår egen verksamhet samt via upphandling i produktionsledet. Landstinget deltar i landstingens och regionernas nätverk för läkemedel och miljö.

De flesta andra landsting och regioner har installerat eller är på gång att installera centrala destruktionsanläggningar för lustgas på sina förlossningssjukhus, erfarenheter vi i vårt landsting kan ta del av inför en utredning om lustgasdestruktion.

3.6 Energi

3.6.1 Aktiviteter

- En fördjupad analys behöver göras av möjliga energieffektiviseringsåtgärder samt hur klimatpåverkan från energianvändningen kan minimeras.
- Vid upphandling och inköp av utrustning som kräver energitillförsel ska energibehovet tas med i bedömningen och där så är möjligt ska den energieffektivaste lösningen väljas.

3.6.2 Förutsättningar och behov

- Med hjälp av energieffektiviseringsstöd från Energimyndigheten har energiarbetet senaste året även kunnat fokusera på verksamhetens egen elenergianvändning. Som en förutsättning för beviljade medel har en energi- och klimatstrategi tagits fram med mål för 2014 och 2020 och en lista på åtgärder
- Analys av möjliga effektiviseringsåtgärder och minimering av klimatpåverkan kan göras utifrån befintliga underlag, kunskap och erfarenheter inom organisationen.
- Det etablerade samarbetet mellan upphandling, miljöskunniga och fastighetsenheten kan utforma rutiner för tillämpning av energikrav i upphandlingar. Det behöver kompletteras med skrivning i regler för hållbara inköp för att lämpliga åtgärder ska vidtas vid samtliga relevanta inköp.

3.7 Resor och transporter

3.7.1 Aktiviteter

- En informationsinsats ska göras så att landstingsgemensamma regler för resor blir mer kända av alla inom landstinget som reser i tjänsten.
- Utbildnings- och informationsinsatser ska göras för att öka kunskapen om, och öka nyttjande av distansoberoende teknik och främja nya användningsområden.
- Landstinget ska kontinuerligt välja det effektivaste sättet att transportera material ur såväl miljömässigt, ekonomiskt och tidsmässigt perspektiv och överväga möjligheter till samtransporter såväl internt som i samverkan med andra.
- Vid inköp och hyra av fordon ska fordon med minsta möjliga miljöpåverkan prioriteras.
- En sammanställning av data över patient- och sjuktransporter ska göras för att kunna hitta lämpliga åtgärder för att minimera klimatpåverkan.
- En utredning om hur resor ska kunna klimatkompenseras ska göras.

3.7.2 Förutsättningar och behov

Erfarenheter bland annat från andra landsting visar att det ofta är samma personer som bokar videokonferenser, vilket tyder på att det finns ett behov av att få prova på tekniken utan att det är "skarpt läge" för att man ska använda sig av tekniken. Det kan därför vara lämpligt att erbjuda utbildningar i videokonferenshantering för i första hand personal som i sitt arbete ordnar utbildningar, möten och konferenser.

Flera nationella studier visar att mäns och kvinnors resvanor skiljer sig åt, vilket man bör ta hänsyn till i utbildnings- och informationsinsatser.

Sammanställning av data över patient- och sjuktransporter respektive utredning om klimatkompensation tar en hel del resurser i anspråk i form av arbetstid.

3.8 Livsmedel

3.8.1 Aktiviteter

- I upphandling ge förutsättningar för ett brett urval av ekologiska och socialt-etiskt producerade livsmedel i leverantörernas sortiment.
- I upphandling möjliggöra för små producenter att lägga anbud och leverera livsmedel.
- Vid inköp och i menyplanering ha ett klimatsmart perspektiv, till exempel genom råvaror efter säsong, mer vegetabilier etc.
- Utifrån gällande mål ska inköp av ekologiska och socialt-etiska livsmedel balanseras i förhållande till övriga livsmedel.
- Se över möjligheter till alternativ beräkningsgrund och/eller redovisningsmodell för ekologiska och socialt-etiska livsmedel.

3.8.2 Förutsättningar och behov

Livsmedelsupphandling är ett omfattande arbete där man redan idag gör insatser för att möjliggöra för små leverantörer att lägga anbud. Ytterligare ansträngningar kräver ännu mer arbete i upphandling och utvärdering.

Då målen för ekologiska och socialt-etiska livsmedel är relaterade till andel av kostnaderna krävs en hel del arbete, löpande över hela året, för att balansera inköpen och kunna nå målen inom de ramar som ges i synnerhet vad gäller ekologiska livsmedel som generellt är dyrare i inköp. Om ett pris på en produkt förhandlas ner blir resultatet för ekologiska/socialt-etiska livsmedel lägre även om samma volym köps in, om målet är kostnadsrelaterat.

Målet för socialt-etiskt märkta livsmedel kommer sannolikt att bli svårt att uppnå. Andelen uppgår 2012 till ca 5 % och då det socialt-/etiskt och Fair Trade-märkta livsmedelsutbudet är begränsat och i dagsläget i princip består endast av kaffe, socker, färsk frukt, ris, kakao och te.

Det innebär att landstinget skulle behöva fördubbla konsumtionen för att nå ett mål på 10% vilket inte bedöms vara realistiskt under överskådlig tid. En förutsättning för att nå målet är därför att marknaden utvecklas mot ett större utbud av socialt-etiskt märkta livsmedel.

Inom patientkosten är förutsättningarna för att arbeta med klimatsmart mat begränsade då maten som tillagas skall ha ett visst näringsmässigt innehåll och vara anpassad för att ett optimalt tillfrisknande skall kunna ske. Inom den externa verksamheten är förutsättningarna något bättre, men fortfarande gäller att matgästerna föredrar traditionell kost, vilket man kunnat konstatera vad gäller nyckelhålsmärkta maten som är mindre populär än den övriga maten.

3.9 Strategiskt arbete

3.9.1 Aktiviteter

- Vara referensmiljö för nya varor och produkter.
- Medverka i innovationsupphandlingar där behov finns.
- Utredda möjliga åtgärder för att trygga dricksvattenförsörjningen till kritiska delar av hälso- och sjukvården.
- Stimulera till tvärssektoriell innovation, forskning och utveckling inom miljö, hälsa, etik bland landstingets medarbetare.
- Hålla kunskapen om klimatförändringarna och effekterna av dessa på nationell och regional nivå uppdaterade.

3.9.2 Förutsättningar och behov

Att ställa upp som referensmiljö för nya varor och produkter kräver en del arbete hos den verksamhet som tar in produkterna, men det ger också möjlighet att hitta bättre alternativa produkter för olika funktionsområden.

Innovationsupphandlingar tar stora resurser i anspråk och det finns i dagsläget inga förutsättningar för landstinget att kunna driva ett sådant arbete själva. Däremot kan landstinget medverka då innovationsupphandlingar sker inom områden där landstinget har ett behov av produkter och/eller produktutveckling ur t.ex. miljö- och hälsosynpunkt.

Kunskapen om klimatförändringarna och dess effekter bör ingå i omvärldsbevakningen för miljösakskunniga och kunskapen om effekterna på regional nivå bör ajourhållas i samverkan med kommunerna och Länsstyrelsen.

4 BAKGRUND OCH PLANERINGSFÖRUTSÄTTNINGAR

4.1 Miljöbalken

Miljöbalken är den övergripande lag som tillsammans med följdförfattningar reglerar det mesta inom miljöområdet.

I första kapitlet om Miljöbalkens (1998:808) mål och tillämpningsområde föreskrivs i den första paragrafen:

”Bestämmelserna i denna balk syftar till att främja en hållbar utveckling som innebär att nuvarande och kommande generationer tillförsäkras en hälsosam och god miljö. En sådan utveckling bygger på insikten att naturen har ett skyddsvärde och att människans rätt att förändra och bruka naturen är förenad med ett ansvar för att förvalta naturen väl.

Miljöbalken skall tillämpas så att

1. människors hälsa och miljön skyddas mot skador och olägenheter oavsett om dessa orsakas av föroreningar eller annan påverkan,
2. värdefulla natur- och kulturmiljöer skyddas och vårdas,
3. den biologiska mångfalden bevaras,
4. mark, vatten och fysisk miljö i övrigt används så att en från ekologisk, social, kulturell och samhällsekonomisk synpunkt långsiktigt god hushållning tryggas, och
5. återanvändning och återvinning liksom annan hushållning med material, råvaror och energi främjas så att ett kretslopp uppnås.”

4.2 Kunskap och utbildning

4.2.1 Bakgrund

Enligt 2 kapitlet 2 § Miljöbalken ska alla som bedriver eller avser att bedriva en verksamhet eller vidta en åtgärd skaffa sig den kunskap som behövs med hänsyn till verksamhetens eller åtgärdens art och omfattning för att skydda människors hälsa och miljön mot skada eller olägenhet.

Det innebär att alla är skyldiga att ta reda på hur ens egen verksamhet påverkar människors hälsa och miljön och vad man kan göra för att minimera den negativa påverkan.

Kunskap är också en grundläggande förutsättning för motivation att arbeta med förbättringar inom miljöområdet samt för att hitta de bästa lösningarna. Det är viktigt att grundläggande kunskap finns i alla delar av verksamheten då det är där man känner verksamheten bäst och kan hitta möjligheterna. Då människor med t.ex. olika kön och ålder påverkas olika av olika miljöfaktorer är det viktigt att även belysa dessa skillnader.

4.2.2 Nuläge

I Jämtlands läns landsting är det juridiska ansvaret för miljöfrågor ålagt chefer i linjen och respektive chef ansvarar även för att nyanställda får en introduktion i landstingets miljöfrågor. Som stöd i miljöfrågor på plats har cheferna funktionen miljöombud, men det är viktigt att cheferna själva också har en grundkunskap och känner till vilka lagkrav som gäller och hur miljömålsarbetet ska bedrivas. Det har under några år saknats miljöutbildning för chefer.

Som sakstöd i miljöfrågor finns idag tjänsterna miljöstrateg och miljöhandläggare.

Grundutbildning för miljöombud har inte erbjudits på många år och många av miljöombuden har inte fått någon grundutbildning alls. En grundutbildning för miljöombud där även chefer inbjuds genomförs under hösten 2013. Det kommer också att införas ett utbildningspass om miljö i utbildningspaketet ”Ny som chef” och läggas in en utbildning i ”Kunskapstorget” för befintliga chefer.

Behovet av utbildningar och uppsökande sakstöd är stort i nuläget, då detta arbete fått stå tillbaka under en längre tid.

4.3 Material och produkter

4.3.1 Bakgrund

Vårdens användning av engångsmaterial ökar, i vissa 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.

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 landstingets 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 konsumtionsperspektiv¹. Då ingår utsläppen av koldioxid, metan och lustgas från varor och tjänster under hela livscykeln (produktion, användning och

¹ Källa: Naturvårdsverkets rapport 5903 ”Konsumtionens klimatpåverkan”, november 2008.

avfall) oavsett var i världen utsläppen sker. Det är 25–35 procent mer än då bara utsläppen i Sverige räknas.

En stor del av världens textilier är tillverkade av bomull. Den globala bomullsodlingen står för 2,5 procent av världens uppodlade jordbruksmark, men använder cirka 25 procent av alla insektsbekämpningsmedel². Dessutom används 7 000–30 000 liter vatten för att producera ett kilo bomull, ofta i områden som redan har ett torrt klimat vilket leder till vattenbrist.

Det finns landsting som tittat på just kläder och ställt alternativet engångskläder mot flergångskläder ur miljösynpunkt och konstaterat att det är betydligt större miljöpåverkan vid användning av engångskläder jämfört med flergångs.

Landstingets möjligheter att minska användningen av förbrukningsmaterial är relativt begränsade, men en närmare bedömning kan inte göras i dagsläget då ingen utredning är gjord.

Den största potentialen till klimatvinster ligger i att ersätta ej förnybara material med förnybara. Klimatpåverkan från papper är ca 15 % av klimatpåverkan från plast per kilo, och 8 % av klimatpåverkan från metall³. Ett fåtal engångsprodukter bör också kunna ersättas av flergångsprodukter.

4.3.2 Nuläge

I dagsläget finns ingen samlad bild över vilken miljöpåverkan landstingets materialanvändning har. Några landsting har gjort analyser och bedömningar av vilken klimatpåverkan förbrukningsmaterialet inom landstinget har. För att få en bild över vår materialförbrukning och vår potential att minska miljöpåverkan behöver en analys göras. Det bedöms dock vara ett omfattande arbete som inte är möjligt att genomföra med befintliga egna resurser.

Det är dock viktigt att fortsätta arbetet med att hitta relevanta miljökrav i upphandlingar för att ändå uppnå förbättringar.

4.4 Avfall

4.4.1 Bakgrund

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. Vid förbränning av avfall bildas koldioxid som bidrar till växthuseffekten samt kväveoxid som kan ge nedsatt lungfunktion och irritation av luftvägar.

² Världsnaturfonden WWF:s rapport ”Bomull” 2005

³ Källa: Örebro läns landsting

Även utifrån ett ekonomiskt perspektiv är det motiverat att använda kretsloppsprincipen vid avfallshantering.

Miljöbalken anger att återanvändning och återvinning ska främjas och Avfallsförordningen föreskriver att vissa avfallsslag inte får blandas med annat och måste sorteras ut.

Ett tidigare nationellt etappmål för "God bebyggd miljö" var att den totala mängden genererat avfall inte ska öka och avfall ska tas till vara i så hög grad som möjligt samtidigt som påverkan på och risker för hälsa och miljö minimeras.

Genom att Landstinget sorterar sitt avfall till materialåtervinning som gör att avfallet blir nya produkter istället för att förbrännas eller deponeras, blir miljöpåverkan mindre.

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. I vissa fall kanske det finns lämpliga metoder utan att det uppstår avfall som alternativ.

Regeringens precisering av "God bebyggd miljö":

- Avfallshanteringen är effektiv för samhället, enkel att använda för konsumenterna och att avfallet förebyggs samtidigt som resurserna i det avfall som uppstår tas till vara i så hög grad som möjligt samt att avfallets påverkan på och risker för hälsa och miljö minimeras.

Regeringens etappmål för "God bebyggd miljö":

- Minst 50 procent av **matavfallet** från hushåll, storkök, butiker och restauranger sorteras ut och behandlas biologiskt så att växtnäring tas tillvara, där minst 40 procent behandlas, så att även energi tas tillvara senast 2018.
- Etappmålet om **byggnads- och rivningsavfall** innebär att insatser ska vidtas så att förberedandet för återanvändning, materialåtervinning och annat materialutnyttjande av icke-farligt byggnads- och rivningsavfall är minst 70 viktprocent senast 2020.

4.4.2 Nuläge

Landstinget har under flera år haft mål om att minska den totala mängden avfall och landstingets verksamheter har infört rutiner som möjliggör en enkel och effektiv sortering av olika avfall.

Data över de totala mängderna finns från 2004 och framåt där man kan se att landstinget som mest genererade 982 ton⁴ avfall av de fraktioner landstinget har statistik för. Sedan 2008 har mängderna minskat och för år 2012 var avfallsmängden 822 ton. Landstinget har dock inte data för de fraktioner av brännbart och komposterbart avfall som lämnas i andra kommuner än Östersund och har inte heller data över det bygg- och rivningsavfall som större projekt genererar.

⁴ År 2008

Mängden komposterbart avfall för 2012 var 143 ton som lämnades till Östersunds kommun för kompostering på Gräfsåsens avfallsanläggning.

Det är en stor utmaning att minska de totala avfallsmängderna dels på grund av ökning av engångsmaterial och dels då det i många fall saknas system för reparation och reservdelar för viss utrustning och det är i många fall billigare att köpa en ny än att reparera den produkt man har. Landstinget har dock en väl fungerande källsortering som underlättar återvinning av material.

Vi bedömer att den största andelen komposterbart avfall härrör från verksamheter där landstinget bereder och serverar måltider och det avfallet sorteras ut och går till kompostering redan i dagsläget.

För byggnads- och rivningsavfall ställer vi krav på entreprenörerna att de ska källsortera avfallet, men landstinget har i dagsläget inte data på vilka mängder de hanterar. För löpande underhåll och mindre projekt går byggnads- och rivningsavfallet via landstingets egna källsorteringssystem där landstinget har samlad data. För att minska mängden avfall som uppkommer i verksamheten är det viktigt att vid inköpsprocessen prioritera produkter och material som ingår i kretsloppet. I första hand ska förnybara råvaror väljas och i andra hand sådana varor som inte påverkar miljön negativt. Genom att göra miljöanpassade val kan landstinget påverka underleverantörer och stimulera utvecklingen av ny miljöanpassad teknik. Miljöhänsyn bör därför ingå som en naturlig del vid inköp, upphandling och i beslutsprocesser.

Om landstinget ska kunna öka materialåtervinningsgraden behövs fortsatt hög ambition vad gäller källsortering och kravställande i upphandlingar och inköp, men även en dialog med avfallsmottagarna för att maximera mängden material som kan gå till återvinning.

4.5 Kemikalier och kemiska ämnen i produkter

4.5.1 Bakgrund

Kemikalier förekommer i stort sett i alla varor och produkter. Det saknas fortfarande kunskap kring effekter på hälsa och miljö för många av dessa. Många är svårnedbrytbara i naturen och sprids via vind, vatten och näringskedjor. I takt med att kunskapen ökar upptäcks allt fler ämnen som kan ha potentiellt skadliga konsekvenser såsom cancer, astma, allergier och störningar på fertilitet och fosterutveckling. Nya forskningsrön tyder bland annat på att vissa kemikalier kan bidra till utvecklingen av fetma/diabetes, dålig spermakvalitet, tidig bröstutveckling, avbrutna graviditeter och störning av utvecklingen av barns nervsystem. Att människan exponeras för kemikalier i allt större omfattning är enligt forskare ett hot mot den globala hälsan och människans möjlighet till fortplantning. Barn och unga är mer känsliga för kemikalier än vuxna. Det beror dels på att deras kroppar, till exempel hjärnan, hormonsystemet och immunsystemet, inte är färdigutvecklade och om skador uppstår i ett tidigt utvecklingsskede kan det få livslånga konsekvenser. Barn betar sig också annorlunda jämfört med vuxna och blir därför mer

exponerade för kemikalier. De äter, dricker och andas mer än vuxna i förhållande till sin storlek. Mindre barn utforskar världen krypande och de suger och tuggar på saker för att uppleva dem.

Exponering för skadliga ämnen tidigt i livet medför också en ökad risk att en sjukdom hinner utvecklas under individens livstid på ett annat sätt än för vuxna och det finns även en längre tid för skadliga ämnen att ackumuleras i kroppen. Flera skadliga ämnen lagras i fettvävnad och dessa ämnen kan sedan utsöndras från mamman till barnet vid amning.

EU:s kemikalielag REACH trädde i kraft 2007 och ska vara fullt genomförd 2022. Under denna tid ska kemiföretagen ta fram kunskap om de mest använda kemikalierna. Kunskapen är i dagsläget relativt dålig om de mer än 100 000 industriellt tillverkade kemiska ämnen som används i samhället i synnerhet när det gäller hormonstörande ämnen och kombinationseffekter mellan olika kemikalier.

Regeringens preciseringar av målet Giftfri miljö:

- Information om miljö- och hälsofarliga ämnen i material, kemiska produkter och varor är tillgänglig.
- Användningen av särskilt farliga ämnen har så långt som möjligt upphört.
- Spridningen av oavsiktligt bildade ämnen med farliga egenskaper är mycket liten och uppgifter om bildning, källor, utsläpp samt spridning av de mest betydande av dessa ämnen och deras nedbrytningsprodukter är tillgängliga.

Utbyte av farliga kemikalier är en fråga om förbättrad arbetsmiljö, ökad patientsäkerhet och skydd av yttre miljön.

4.5.2 Nuläge

En samlad bild över vilka av landstingets produkter som kan innehålla skadliga ämnen saknas. Via upphandling har landstinget dock minskat andelen produkter med skadliga mjukgörare (s.k. ftalater).

För att få en samlad bild av vilka av landstingets produkter som innehåller skadliga ämnen behövs en utredning och analys av läget med särskilt fokus på verksamheter där barn kan påverkas, dock saknas det resurser i dagsläget för att göra sådan utredning. För att aktivt kunna minimera andelen produkter med skadliga ämnen behövs också insatser och resurser för att via upphandlingar ställa mer långtgående krav på produkters innehåll. En förutsättning är också att själva inköpen sker inom de upphandlade avtalen där dessa krav ställts.

Landstinget har inte någon samlad bild över vilka rena kemikalier som används i verksamheten. I jämförelse med andra landsting så använder vi i vårt landsting gissningsvis 1500-2500 kemikalier som är klassade som giftiga, brandfarliga, hälsoskadliga, miljöfarliga, frätande m.m. I både

miljölagstiftningen och arbetsmiljölagstiftningen ställs krav på att riskbedömningar ska göras för de kemikalier som används. Det är inte gjort i vårt landsting med några få undantagsfall.

I landstingsövergripande handlingsplan för miljö 2013 finns ett mål om att köpa in ett kemikaliehanteringssystem. Det krävs resurser för att sedan administrera systemet, utbilda och börja arbeta mer förebyggande och konstruktivt med t.ex. substitution av de skadligaste ämnena. Men förhoppningen är då att man ute på enheterna kan arbeta mer konstruktivt med kemikalier istället för att lägga arbetstid på att skaffa fram säkerhetsdatablad.

Först när ett kemikaliehanteringssystem är på plats kan ett mer konstruktivt arbete påbörjas för att identifiera de farligaste kemikalierna och initiera ett substitutionsarbete. Det kommer dock att krävas resurser för att kunna ge det centrala stödet i arbetet som behövs. De resurserna finns inte i dagsläget på centrala miljöfunktionen.

Inom landstinget återfinns kemikalier i alla verksamheter och landstinget behöver också en viss andel kemikalier för att verksamheterna skall kunna fungera. Landstinget kan dock troligen göra ett bättre arbete med valet av kemikalier. De flesta andra landsting arbetar med utfasningslistor för kemikalier.

Genom att ställa krav på vilka ämnen som inte får förekomma i landstingets produkter, samt arbeta för att byta ut och minska användningen av farliga kemikalier, kan landstinget minska sin påverkan på den yttre miljön och skapa en säker och mer hälsosam arbetsmiljö för medarbetare och patienter.

På Upphandlingsenheten arbetar man med att ställa krav för att undvika de mest skadliga ämnena, men det är när själva inköpen görs som valet görs. Det är därför önskvärt att regler för hållbara inköp tas fram som ett hjälpmedel för verksamheten för att undvika de mest skadliga ämnena och göra kloka val.

4.6 Läkemedel

4.6.1 Bakgrund

Läkemedel är till för att förebygga, bota eller lindra sjukdom och är gjorda för att brytas ner långsamt i kroppen. Vissa läkemedels förmåga att samlas i fettvävnad och den långsamma nedbrytningen gagnar människan, men kan orsaka problem för miljön. Det är en utmaning att tillgodose det ökande behovet av läkemedel och samtidigt balansera negativa effekter, exempelvis antibiotikaresistens hos bakterier. Kvaliteten på patienternas läkemedelsbehandling kommer emellertid alltid före eventuella miljörestriktioner för läkemedel.

I Sverige används ungefär 1200 aktiva läkemedelssubstanser, vilket motsvarar totalt ungefär 10 000 olika läkemedel för människor och djur⁵.

Läkemedelsrester som inte bryts ner i kroppen eller i våra reningsverk hamnar förr eller senare i våra vattendrag. Drygt 150 olika läkemedelssubstanser har rapporterats i ytvatten och i renat kommunalt avloppsvatten i Sverige och andra västländer. Det finns idag inga krav i Sverige på att reningsverk ska kunna avlägsna läkemedelsrester.

Kunskapen om hur läkemedel påverkar miljön på sikt är idag begränsad. Forskare har konstaterat att könshormoner som finns i p-piller påverkar fiskars kön och fortplantningsförmåga. När rester av smärtstillande och antiinflammatoriska medel kommer ut i miljön kan dessa ge njur- och leverskador på djur. Utsläpp av antibiotika kan påskynda utvecklingen av resistenta bakterier.

Tillverkningen av aktiva substanser i läkemedel som används i Sverige sker i stor utsträckning i Indien, Kina och flera utvecklingsländer. Reningen av avloppsvatten från produktionen har i flera fall visat sig vara bristfällig och svenska forskare har hittat extremt höga halter av vissa läkemedel i vattendrag och sjöar i närheten av produktionsanläggningar.

Förutom att vi i Sverige exporterat miljöproblem till andra länder finns risk att resistenta bakterier utvecklas i miljön kring produktionsanläggningarna och sprids även till oss. Det är därför av stor vikt att vi gör vad vi kan för att bidra till att minska miljöpåverkan från läkemedel såväl vid tillverkningen som i vår egen verksamhet.

Kunskaperna om vilka allvarliga effekter andra läkemedel kan ha på vattenlevande organismer är idag väldigt begränsad. Det saknas i dagsläget krav på att ta fram data om miljöeffekter för läkemedel.

Flera landsting har nu tillämpat Miljöstyrningsrådets kriterier för att ställa miljökrav i läkemedelsupphandlingar och man bedömer att det finns en stor potential att åstadkomma en förändring i hur läkemedelsföretagen arbetar med minskade utsläpp av läkemedelsrester vid produktionsanläggningarna.

Lustgas är ett läkemedel som används för smärtlindring och anestesi. Den mesta lustgasen används vid förlossningar. Lustgas är också en mycket stark växthusgas och dels den gas som bidrar mest till nedbrytning av ozonskiktet. Långvarig exponering för förhöjda halter av lustgas kan även medföra ohälsa för medarbetare inom vården. Det finns alternativa smärtlindringsmetoder i viss mån, men lustgasen har så pass många behandlingsmässiga fördelar att det inte är rimligt att upphöra med användningen.

Minimering av läckage och uppsamling och destruktion av den lustgas som används är de sätt landstinget kan minimera utsläppen. En destruktionsanläggning destruerar ca 90-95% av den uppsamlade lustgasen.

Regeringens preciseringar av målet Giftfri miljö:

⁵ Källa: SOU 2013:23

- Spridningen av oavsiktligt bildade ämnen med farliga egenskaper är mycket liten och uppgifter om bildning, källor, utsläpp samt spridning av de mest betydande av dessa ämnen och deras nedbrytningsprodukter är tillgängliga.

Riksdagens etappmål för begränsad klimatpåverkan:

- Utsläpp av växthusgaser från verksamheter som inte ingår i handeln med utsläppsrätter ska minska med 40% till år 2020 jämfört med 1990.

4.6.2 Nuläge

Landstinget är den största förskrivaren av humanläkemedel i länet och har möjlighet att påverka både vid inköp, förskrivning, användning och kassation.

Vårt landsting har inte något som motsvarar ”Kloka listan” som flera landsting använder sig av där även miljöhänsyn tas med i förskrivningsrekommendationerna. Provtagning av läkemedelsrester har genomförts av landstinget vid tre tillfällen (2007, 2009 och 2011) i dagsläget finns inga planer på fortsatta provtagningar.

Läkemedelsgenomgångar, ökad användning av startförpackningar vid nyinsättning av läkemedel för långtidsbruk är exempel på åtgärder som inte bara kan gynna patienten. En effektivare läkemedelsanvändning kan minimera överkonsumtion och bidra till minskad kassation som i sin tur minskar även negativ miljöpåverkan.

I patientkontakter kan landstinget underlätta för patienten att hantera läkemedelskassation på ett korrekt sätt t.ex. genom information.

Lustgasutsläppen står för ca 15-20 % av landstingets totala utsläpp av växthusgaser (statistik för referensåret 1990 saknas).

För att kunna göra konkreta minskningar av lustgasutsläppen krävs investering i en central destruktionsanläggning vid sjukhuset. En analys av förutsättningar, kostnader och effekt behöver göras.

4.7 Energi

4.7.1 Bakgrund

Tillgången på energi har stor betydelse för samhället. Samtidigt orsakar utvinning och användning av energi stora miljöproblem. Användningen av olja, kol, torv och naturgas, så kallade fossila bränslen, är den största källan till utsläpp av koldioxid, svaveldioxid och kväveoxider i Sverige. De påverkar växthuseffekten, ger upphov till försurning av skog och mark, och orsakar hälsoproblem. Kärnkraftens största miljöpåverkan är strålningsrisker och miljöeffekter när uran utvinns ur marken och när använt kärnbränsle och kärnavfall ska slutförvaras i berggrunden.

Vattenkraft, vindkraft, solenergi och biomassa kallas för förnybara bränslen. De påverkar miljön när marken används, till exempel när man bygger kraftverk. Idag finns ingen kommersiell reningsteknik för koldioxid. Utsläppen påverkas därför direkt av energianvändningen och hur mycket kol bränslet innehåller. Koldioxid släpps ut i atmosfären både vid förbränning av fossila bränslen och biomassa. Kolet, som släpps ut i form av koldioxid, har legat lagrat i jordskorpan i miljontals år. Utsläppen innebär därför ett tillskott av koldioxid till biosfären. Biomassa släpper ut koldioxid när det förbränns i samma mängd som det tog upp under sin tillväxt. Därför räknar man inte med några nettoutsläpp av koldioxid vid förbränning av biomassa, under förutsättning att biomassan tas ut på ett sådant sätt att inte skogs- eller jordbruksmarkens produktionsförmåga hotas.

Förnybara energikällor som vindkraft, vattenkraft och solenergi ger inte upphov till utsläpp av växthusgaser under användningsfasen.

Miljöpåverkan beror på tre faktorer: hur mycket energi som används, vilken energi och vilken teknik som används för att omvandla energin.

Energifrågan kopplad till klimatpåverkan är en prioriterad fråga både nationellt och internationellt. Riksdagens mål är att den totala energianvändningen per uppvärmd areaenhet i bostäder och lokaler bör minska med 20 procent till år 2020 och med 50 procent till år 2050 jämfört med 1995. Landstinget använder i sin verksamhet stora mängder energi vilket belastar miljön och ger upphov till betydande energikostnader. Energi- och klimatfrågan är därför av stor betydelse för landstinget. Att arbeta med energifrågorna på ett långsiktigt och systematiskt sätt med fokus på resurshushållning och kretsloppsanpassning är av mycket stor vikt för att minska energianvändningen, reducera utsläppen av koldioxid och begränsa kostnadsökningarna.

Vården blir alltmer högteknologisk till gagn för en effektivare vård och förbättrade behandlingsresultat. Allt fler enheter på sjukhus är därmed präglade av högteknologisk utrustning vid diagnosticering, behandling och omvårdnad. Allt mer teknisk utrustning kräver dock energi. Trots alla energieffektiviseringar av fastigheternas elinstallationer, så är landstingets elanvändning på samma nivå 2012 som 1995 beroende på den alltmer teknikintensiva sjukvården.

Vid upphandling och inköp av utrustning som kräver energitillförsel är det viktigt att inte bara titta på inköpskostnaden, utan även vilka driftskostnader som tillkommer varav energikostnaden ofta är en betydande del. I vissa fall går det inte bara åt energi att försörja själva utrustningen, utan även för att kyla utrymmet den används i.

4.7.2 Nuläge

Landstingets fastighetsbestånd är till största delen byggt under 60-70-talet. Landstinget har under många år arbetat systematiskt med fastigheter och installationer för att energieffektivisera byggnaderna. De senaste 10 åren har ca 1,5 miljoner per år använts till energieffektiviseringar. Framöver ser landstinget allt större utmaningar att nå målen då ytterligare effektiviseringar innebär svårare åtgärder och i vissa fall längre pay-off-tider.

Det arbetet fortsätter, men landstinget behöver också arbeta aktivt för att den utrustning som behövs för verksamheten också är så energieffektiv som möjligt. Av den totala energianvändningen står värmeenergi för 52 % och elenergi för 48 % (2012). Elen som verksamheterna själva använder utgör ca 50% av den totala elenergin. En stor utmaning är att genom förändring av vanor och beteenden hushålla med energi. Information är en färskvara och landstinget måste därför ha återkommande diskussioner och information om hur landstinget kan påverka energianvändningen på ett positivt sätt.

Landstinget behöver också arbeta mer med att ställa energikrav vid inköp. Det är därför viktigt att det tas fram regler för hållbar upphandling och stöddokumentation för att underlätta kloka val för den som står inför att köpa in en produkt eller utrustning som kräver energitillförsel.

Landstinget har nyligen investerat i egen produktion av el i form av ett vindkraftverk som beräknas kunna försörja landstinget med 30% av det totala el-energibehovet. Övrig el som köps in är Bra Miljöval-el.

4.8 Resor och transporter

4.8.1 Bakgrund

Transporter bidrar till påverkan på mark och vatten, klimatet, människors hälsa och natur- och kulturarv. Transporterna har ökat kraftigt i takt med ett stigande välstånd. Problemet med de ökade transporterna är att de nästan uteslutande drivs med fossila drivmedel. Förbränning av fossila bränslen står för det största bidraget till växthuseffekten både i Sverige och i övriga världen. Utsläppen av växthusgaser leder till en förstärkning av växthuseffekten vilket gör att klimatet förändras och att jordens medeltemperatur stiger. Det svenska transportsystemet är i dagsläget starkt beroende av fossila bränslen och inrikes transporter svarar för nästan en tredjedel av Sveriges totala utsläpp av växthusgaser. För att minska transportsektorns klimatpåverkan måste fordonen bli mer energieffektiva och andelen fordon som drivs med förnybara bränslen öka.

Jämtlands län är ett stort geografiskt område dominerat av glesbygd vilket medför många och långa transporter på landsväg. Jämtlands län har en vision om att vara fossilbränslefritt år 2030. Visionen är en möjlig framtidsbild, men en djärv utmaning. Utvecklingen av fordon med alternativ drift och bränslesnåla fordon har gått snabbt framåt, men Jämtlands län har en av Sveriges äldsta bilparker med en genomsnittsalder på över 12 år för personbilar i trafik.

När vi inom landstinget reser bör vi välja det resesätt som påverkar miljön minst, men där det går att hitta lösningar utan att resa bör vi prioritera det alternativet.

Resfria möten kan erbjuda en organisation ett alternativ till kostsamma, tidskrävande och miljöbelastande tjänsteresor. De främsta skälen till varför företag och andra organisationer börjar använda resfria möten är att spara tid och pengar för resandet men transporter och resor står

även för en stor del av en organisations miljö- och hälsobelastning och är ofta den största belastningen i tjänsteföretag.

Studier visar att mäns och kvinnors resande skiljer sig åt. Visserligen använder vi lika mycket tid för resande, men vi reser olika långt och med olika transportmedel. Män använder i större utsträckning än kvinnor bil medan kvinnor oftare åker kollektivt eller cyklar.⁶

Telemedicin/televård kan användas på olika sätt i vården och i alla dess delar. Det finns många fördelar som kan uppnås med telemedicin/televård såsom tillgång till högre kompetens och mer avancerad utrustning på olika områden än som finns i den egna organisationen/vårdenheten, snabbare diagnostisering och behandling än via remiss o.d., minskade fysiska persontransporter för patienter och anhöriga och för personalen, ökade och mer varierade möjligheter för patienter/vårdtagare och anhöriga/närstående att kommunicera med vården och med varandra, ökade möjligheter att ordna flerpartsmöten i vilka alla parter är ”närvarande”, minskade kostnader för personal, jour m.m., bättre och snabbare tillgång till aktuell medicinsk information om diagnostisering, behandlingsmetoder både för vårdpersonal och för patienter och allmänhet, samt bättre stöd för vårdpersonalen i grund- och fortbildning, träning o.d.

Riksdagens mål:

- 10 procent förnybar energi i transportsektorn 2020.
- Sverige ska år 2030 ha en fordonsflotta som är oberoende av fossil energi.
- 40 procent minskning av utsläppen av klimatgaser, jämfört med 1990. Utsläppen ska ske inom den icke handlande sektorn. (Den så kallade icke handlande sektorn omfattar bland annat transporter, jordbruk, bostäder och lokaler).

4.8.2 Nuläge

Det totala resandet räknat i antal mil, vad gäller tjänsteresor och transporter inom landstinget, har minskat de senaste åren, till stor del p.g.a. ekonomiska restriktioner/begränsningar och avyttrande av vissa verksamheter, men även sannolikt p.g.a. ökad användning av resfria alternativ. När det gäller antalet resor är trenden dock en ökning. Tjänsteresor och transporter står för ca 50% av landstingets koldioxidutsläpp. Statistik för sjukresor ingår dock inte i bedömningen.

För våra egna transporter och resor inom länet är det en stor utmaning att nå målen om kraftigt minskade utsläpp och förnybara bränslen. Jämtlands län är ett stort län geografiskt med befolkning fördelat över hela länet. I dagsläget är det en stor brist på alternativ bränsleinfrastruktur. Telemedicin/televård och resfria möten kan då vara en framgångsfaktor.

I nuläget är räckvidden för elbilar samt bränsleinfrastrukturen för biogas begränsande faktorer. Utvecklingen inom såväl fordonsteknik som bränsleinfrastruktur sker dock snabbt. Våra relativt korta leasingavtal för tjänstebilar (3 år) möjliggör relativt snabb anpassning till utvecklingen.

⁶ Kommunförbundet: *Ojämnställdhetens miljöer*, Helén Lundkvist, 1998

När det gäller längre resor så bör landstinget arbeta för att i möjligaste mån använda resfria alternativ så långt möjligt. Det handlar då till stor del att göra tekniken känd och att fler börjar använda möjligheterna. I utbildnings- och informationsinsatser bör man beakta de generella skillnaderna i mäns och kvinnors resmönster. Det behövs minst en fast tjänst som arbetar med frågorna om informationsspridning, teknikstöd och utveckling. När det gäller sjukresor behöver landstinget titta närmare på sjukresestatistiken för att bedöma läget.

Under 2012 beslutades om *Landstingsgemensamma regler för resor inom Jämtlands läns landsting* där man fastslår att grundsynen är att alternativa mötesformer som begränsar resandet alltid ska övervägas (telefonmöten, videokonferenser, datakonferenser mm) samt att allmänna kommunikationsmedel ska väljas i första hand m.m..

Om man gör en utredning om klimatkompensation finns det exempel landstinget kan ta del av, bland annat landsting som använt sig av klimatkompensationssystem för att främja valet av transporter med mindre klimatpåverkan.

4.9 Livsmedel

4.9.1 Bakgrund

Produktion och transporter av livsmedel står för en betydande del av den globala miljöpåverkan. Det omfattande beroendet av fossila insatsmedel i livsmedelsproduktionen och en hög köttkonsumtion ger en stor klimatbelastning. I många områden leder också konstbevattning till allvarlig vattenbrist. Kretsloppet av viktiga näringsämnen som kväve och fosfor är satt ur balans och leder bland annat till övergödning av sjöar och hav. Kemiska bekämpningsmedel, monokulturer och skogsavverkning påverkar den biologiska mångfalden negativt. Rapporter visar att antalet djur- och växtarter på jorden minskar i en högre takt än någonsin tidigare.

Spridningen av bekämpningsmedel orsakar skador och dödsfall bland arbetare i produktionen, och rester av bekämpningsmedel i maten riskerar också att påverka konsumenternas hälsa negativt. Livsmedelsverkets stickprov visar att 74 procent av importerad frukt och grönt innehåller rester av bekämpningsmedel, och 6 procent har halter som överskrider fastställda gränsvärden. Ekologiska livsmedel innehåller inga rester av bekämpningsmedel. Förutom de miljömässiga konsekvenserna av livsmedelsproduktionen kan kraven på billiga livsmedel även leda till arbetsmiljörisker och oacceptabla arbetsvillkor för anställda i produktionen. Prispress kan även leda till bristande djuromsorg, genom till exempel trängsel, långa transporttider och plågsam behandling vid slakt.

I många länder används antibiotika i förebyggande syfte i djurhållningen istället för restriktivt vid behandling av diagnostiserade åkommor. En för vidlyftig användning av antibiotika kan leda till ökad resistensutveckling.

Sverige har en mycket låg antibiotikaförbrukning inom djursektorn. En viktig orsak till detta är det goda djurhälsoläge som vi har i Sverige, men också att vi i Sverige var tidigt ute då det gäller

att begränsa avarter av antibiotikaanvändning. I många andra länder, t.ex. USA och Nederländerna, ligger huvuddelen av antibiotikaförbrukningen inom veterinärmedicinen och animalieproduktionen. I Sverige är förhållandet tvärtom och huvuddelen används inom humanmedicin.

I den ekologiska odlingen använder man inte konstgödsel och kemiska bekämpningsmedel. Fodret till djuren är i huvudsak producerat på den egna gården. Det är också viktigt att djuren får vistas utomhus och att de får utlopp för sina naturliga beteenden. Läkemedel för djur, till exempel antibiotika, används restriktivt. Om ett djur får läkemedel förlängs karenstiden innan djuret slaktas. Genetiskt modifierade organismer får inte användas vid ekologisk produktion. Bestrålning är inte heller tillåten. Ett fåtal tillsatser och så kallade processhjälpmedel kan användas reglerat.

Världshälsoorganisationen WHO uppskattar att 3 miljoner bönder och lantarbetare förgiftas av kemiska bekämpningsmedel årligen, och att 250 000 dör. Vissa kemikalier kan orsaka missfall, fosterskador och cancer och gör därmed barn särskilt utsatta. Etiskt och ekologiskt producerade livsmedel ger bättre arbetsmiljö och arbetsvillkor för jordbruksarbetare i utvecklingsländer och en hälsosammare miljö för lokalbefolkningen. Kraven för ekologisk produktion innebär också en förbättrad djuromsorg, då stor hänsyn tas till djurens naturliga beteenden och behov. Spridningen av bekämpningsmedel vid livsmedelsproduktion orsakar skador och dödsfall bland arbetare i produktionen, och rester av bekämpningsmedel i maten riskerar också att påverka konsumenternas hälsa negativt. Förutom de miljömässiga konsekvenserna av livsmedelsproduktionen kan kraven på billiga livsmedel även leda till arbetsmiljörisker och oacceptabla arbetsvillkor för anställda i produktionen.

Kriterierna för att få ge sina produkter en socialt-etisk märkning garanterar att producenter får ett minimipris för sin vara som överstiger produktionskostnaden och världsmarknadspriset. Anställda vid exempelvis plantager har rätt till den nationellt lagstadgade minimilönen. Kriterierna innefattar även att diskriminering och barnarbete motverkas bland anställd arbetskraft och de anställda skall ha rätt att organisera sig och rätt till ett ordentligt anställningsavtal. Maten står för en betydande del av vår klimatpåverkan – för en genomsnittlig svensk kommer drygt 25 % av utsläppen från matkonsumtionen. Enligt beräkningar som SCB och Naturvårdsverket gjort genererade aktiviteten ”att äta” i snitt drygt 2 ton CO₂e per person och år, troligtvis är det ännu mer.

Olika livsmedel och produktionsmetoder ger upphov till mycket varierande utsläpp och därför är maten ett område där man kan minska sin klimatpåverkan genom aktiva val och förändringar i kostvanor.

Det omfattande beroendet av fossila insatsmedel i livsmedelsproduktionen och en hög köttkonsumtion ger en stor klimatbelastning.

Regeringens nationella inriktningsmål för konsumtionen:

- 25 % ekologiska livsmedel i offentlig sektor till 2010.
(Målen har inte uppfyllts än och i väntan på en utredning kvarstår målen fram till 2013)

4.9.2 Nuläge

Landstinget hade för 2012 som mål att andelen ekologiska livsmedel skulle vara 20% av de totala livsmedelsinköpen räknat i kronor och resultatet blev 21,1 %.

Landstinget har övergått till en annan socialt-etisk märkning för vissa produkter under året (2012) med lägre kostnader. Det innebär dock att det blir en större utmaning att nå målen då målet har hittills varit baserat på andel av de totala kostnaderna. Man kan behöva se över möjligheten att inte enbart mäta inköpen i kronor utan även i volym. När bättre priser förhandlas fram sänkts andelen inköpta varor i kronor medan volymen är densamma vilket gäller även ekologiska livsmedel. Det i dagsläget begränsade utbudet av produkter med socialt-etiskt märkning gör att behoven/konsumtionen av livsmedel inom dessa produktgrupper också är en starkt begränsande faktor.

Ekologiska livsmedel är i genomsnitt 30% dyrare än konventionella livsmedel och man bör väga in den aspekten i förhållande till målsättning i planeringen.

Kostenheten planerar redan i dagsläget råvaror efter säsong. Dessvärre märks det tydligt att när vegetariska maträtter serveras är åtgången inte lika stor som på de traditionella rätterna samt att gästantalet dessa dagar är mindre. Inom patientkosten är förutsättningarna dock begränsade då maten som tillagas skall ha ett visst näringsmässigt innehåll och vara anpassad för att ett optimalt tillfrisknande skall kunna ske. Då behöver man t.ex. högre andel fullvärdigt protein vilket man enklast får av animaliska produkter och vissa kombinationer av vegetabilier. Många äldre och svårt sjuka människor har svårt att äta annan kost än man är van vid. Inom den externa verksamheten är förutsättningarna något bättre, men fortfarande gäller att matgästerna föredrar traditionell kost. Kostenheten ser inga problem att servera klimatsmart mat men en förutsättning för att få ekonomin att gå ihop är att matgästerna ökar. För att arbeta med klimatsmart mat gäller det att arbeta med matsedlar, göra klimatberäkningar, förnya recept, välja produkter och matlagningsmetoder. För att klara detta kommer det även att behövas mera resurser i administrationen. Man ser också att den nyckelhålsmärkta måltiden inte är lika populär som de övriga trots att det är ett hälsosammare val. Ett klimatsmart alternativ skulle troligen bli dyrare i både inköp och ut till kund.

Ett annat sätt att minska miljöpåverkan från livsmedelsområdet är insatser för att minska matsvinn.

4.10 Strategiskt arbete

4.10.1 Bakgrund

Miljöteknik är ett sammanfattande begrepp för tekniska lösningar som syftar till att vara miljövänliga. Det kan handla om allt från utveckling av vindkraftverk och miljövänliga bilar till miljövänliga kemikalier i industriprocesser och även hållbara produkter och tjänster till

sjukvårdssektorn. I många fall sammanfaller lösningar för miljöteknik med lösningar för kvalitetsteknik och det kallas även *Cleantech*.

Landstinget kan medverka till innovation och teknikutveckling till exempel genom att delta när det sker innovationsupphandlingar av produkter som landstinget har behov av samt att ställa upp som referensmiljö för nya produkter.

Den pågående klimatförändringen kommer att påverka människors hälsa på väldigt många olika sätt och drabbar generellt barn, kvinnor och äldre hårdare. Mer intensiva värmeböljor och högre halter av ozon leder till ett ökat antal sjukdomsfall och att fler dör. Små barn har svårare att reglera värme än vad vuxna har och spädbarn har svårt att hålla rätt kroppstemperatur. Små barn och äldre blir därför särskilt utsatta vid t.ex. värmeböljor. Häftiga skyfall och översvämningar orsakar fuktproblem och mögel i byggnader som ökar risken för luftvägsproblem, astma och allergi. Stora nederbörds mängder kan även leda till förorenat dricksvatten och risk för ras. Milda och nederbördsrika vintrar ändrar förutsättningarna för insekter och smittspridning. Det har konstaterats att värmeböljor ökar antalet sjukhusvårdade för problem från andningsorganen. Antalet inlagda ökar med 3% per grad när det är varmt säger en studie där bland annat Stockholm ingick. Bland äldre är ökningen ungefär dubbelt så kraftig. Även dödsfallen i andningsorganens sjukdomar samt i hjärt-kärlsjukdomar ökar signifikant med temperaturen på sommaren.

Vatten av god kvalitet är nödvändigt för att vi människor ska upprätthålla en god hälsa. Vi behöver rent vatten för att dricka, laga mat och tvätta oss och tillgång på vatten av god kvalitet i tillräcklig mängd är extra viktigt inom hälso- och sjukvården.

Jämtlands län har i flera områden en berggrund bestående av bland annat alunskifferar som är rikt på uran och andra tungmetaller. Under de senaste åren har ett antal tillstånd för prospektering av uran i Jämtlands län lämnats av Bergsstaten. Brytning av alunskiffer riskerar att hota miljön både direkt, i form av ökade strålningshalter och utsläpp till luft och vatten, och indirekt, genom att den positiva bilden av länet och produkter från länet kan förändras.

Jämtlands läns landsting är ett av de minsta landstingen i Sverige. Landstinget är därför extra beroende av samverkan med andra aktörer för att utbyta erfarenheter och goda exempel. Landstingen och regionerna i Sverige har ett antal nätverk inom miljöområdet som ger mycket kunskapsutbyte. Sveriges högskolor och universitet, statliga myndigheter, kommuner och andra organisationer har också kunskap och erfarenheter där landstinget i samverkan kan hitta synergieffekter i olika former.

4.10.2 Nuläge

Landstinget var tidigare projektägare för ett projekt för att främja framtagande av PVC-fria blodpåsar som inte finns på marknaden i dagsläget. Projektet övergick senare till Jegrelius på Regionförbundet Jämtlands län. Landstinget deltar också som referensmiljö på spädbarnsavdelningen för spädbarnskläder av bambu och ekologisk bomull.

I landstingets risk- och sårbarhetsanalys är dricksvattenförsörjningen en prioriterat fråga och möjligheterna att säkra dricksvattenförsörjningen ska utredas närmare.

Landstinget medverkar till viss del i landstingen och regionernas miljonätverk, men på grund av begränsade resurser är behovet i dagsläget betydligt större än möjligheterna att delta.

Detsamma gäller samverkan med andra myndigheter och organisationer, men det finns en stor potential att hitta effektiva samarbeten med ett större nätverk.

5 UTVÄRDERING OCH REVIDERING

Den långsiktiga utvecklingsplanen, område miljö följs upp inför varje kommande revidering. Den första revideringen ska ske under 2015, därefter vart 4:e år, då under första året av respektive mandatperiod. Inför första revideringen planeras medarbetardialoger för att få in synpunkter på vad som är viktigast för verksamheten att fokusera på inom miljöområdet samt för att öka förankringen. Medarbetardialoger planeras i första hand att genomföras i samband med planerade miljöutbildningar. Mål och aktiviteter i planen ska brytas ner i planer enligt landstingets styrmodell som följs upp i sin tur enligt gällande rutiner.



Policy om mångfald som utvecklingskraft

Jämtlands läns landsting

Version: 1

Ansvarig: Landstingsfullmäktige

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.	2013-07-01	Nyutgåva		
1.	2013-10-03		Beredningen för demokrati och folkhälsa	2013-10-03

Inledning

Policyn om mångfald som utvecklingskraft beskriver Jämtlands läns landstings värderingar i arbetet med jämställdhet, jämlikhet och rättighetsfrågor. Dessa områden är grunden i en demokratisk styrd organisation. Värderingarna ska därför utgöra en av utgångspunkterna i alla utvecklingsarbeten inom landstinget.

Värdering

Diskriminering, såväl direkt som indirekt, och andra missgynnanden ska motverkas. FN:s deklaration om de mänskliga rättigheterna är miniminivån för Jämtlands läns landstings arbete med jämställdhet och jämlikhet. Landstingets arbete med jämställdhet och jämlikhet ska ha högre ambitioner.

Människors olikheter är alltid en tillgång både för landstinget och hela länet. Alla ska ges möjlighet att medverka i landstingets verksamheter och utvecklingsarbeten. Individer med olika funktionsnedsättningar ska särskilt beaktas.

Alla former av kompetenser och erfarenheter som individer har tillägnat sig under livets gång är värdefulla. Ett normkritiskt förhållningssätt ska uppmuntras och värderas positivt eftersom det kan leda till nya infallsvinklar och förhållningssätt som gynnar landstingets och länets utveckling.

Jämtlands läns landsting ska stödja och vara pådrivande i arbetet med att avskaffa stereotypa föreställningar och hinder som utgör grunden för människors ojämlika villkor på det politiska, ekonomiska, sociala och kulturella området. Det gäller både inom landstinget och i samverkan utanför den egna verksamheten.

Jämtlands läns landsting ska vara ett jämställt och jämlikt landsting där kvinnors och mäns villkor, rättigheter, möjligheter och skyldigheter är lika i hela organisationen. Maktstrukturer måste synliggöras för att uppnå jämställdhet och jämlikhet. Kunskap om jämställdhet och intersektionalitet är nödvändig för att kunna förändra attityder och värderingar kring kvinnors och mäns förutsättningar. Härskartekniker är inte accepterat och ska motverkas.

Jämställdhets- och jämlikhetsintegrering ska tillämpas vid utformning av beslut, ekonomiska styrinstrument, metoder och allt annat som landstinget planerar, finansierar och tillhandahåller. All statistik från landstinget ska redovisas uppdelat utifrån kön.

Språk- och mångkulturell kompetens är avgörande för landstinget och positivt för länets utveckling.

All kontakt med det omgivande samhället ska ske med ett normkritiskt förhållningssätt. Landstingets information och kommunikation ska vara lättillgänglig och begriplig för alla som vill ta del av den. Det gäller oavsett vilken funktionsförmåga individen har.

Begrepp

Diskriminering

Diskriminering innebär att någon missgynnas genom att behandlas sämre än någon annan behandlas, har behandlats eller skulle ha behandlats i en jämförbar situation. Förutsättningen är att det har samband med någon av de sju diskrimineringsgrunderna: kön, könsöverskridande identitet/uttryck, etnicitet, religion eller annan trostillhörighet, sexuell läggning, funktionsnedsättning och ålder.

Intersektionellt perspektiv

Intersektionalitet är ett analytiskt hjälpmedel för att studera och visa på hur olika diskriminerande maktordningar samverkar i ett samhälle. Förutsättningarna för individer både inom gruppen kvinnor och gruppen män kan skilja sig åt beroende på ålder, ekonomisk status, utbildningsnivå, funktionsnedsättning, religiös tillhörighet eller annat. Att ha ett intersektionellt perspektiv innebär att man tar hänsyn till ovanstående.

Jämlikhet

Alla människors lika värde - oavsett vem du är.

Jämställdhet

Jämställdhet innefattar mäns och kvinnors lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter inom alla områden. Det övergripande målet för jämställdhetspolitiken är att ”kvinnor och män skall ha samma makt att forma samhället och sina egna liv”.

Jämställdhetsintegrering

Den strategi/metod som ska användas för att uppnå de jämställdhetspolitiska målen. Målet är ett jämställt samhälle. För Jämtlands läns landsting innebär det att alla beslut, all planering och allt utförande inom organisationen ska ha ett jämställdhetsperspektiv.

Normkritiskt

En norm är ett påbud om hur man bör agera eller hur något bör vara beskaffat eller organiserat. Att vara normkritisk handlar om att ifrågasätta sådana påbud eller regler. Ett exempel på en stark norm är heteronormen.

Stereotyp

En förenklad och fördomsfull inställning om vilka utmärkande egenskaper personer som ingår eller antas ingå i en viss grupp har.

Sekretariatet
Ewa Lundberg
Tfn: 063-14 76 32
E-post: ewa.m.lundberg@jll.se

2009-06-03
rev. 2009-06-08
rev. 2009-06-11
rev. 2009-07-09
rev. 2009-08-24
rev. 2009-10-20-21

LS/1055/2008

Policy

Alla på lika villkor -

delaktighet, jämlikhet och jämställdhet för personer med funktionsnedsättning

Denna policy anger inriktning för hur Jämtlands läns landsting ska verka för delaktighet och jämlikhet för att uppnå lika villkor för alla. Den tar speciell hänsyn till personer med funktionsnedsättning och frågor rörande funktionshinder utifrån landstingets värdegrund.

Alla människor har erfarenhet, kunskap och förmåga som är viktig att ta till vara på ett bra sätt. Det är en gemensam angelägenhet för hela befolkningen att samhället utvecklas så att orättvisor undanröjs och att jämställda och jämlika levnadsförhållanden eftersträvas. Alla kan på olika sätt medverka i utvecklingen och delta i samhällsgemenskapen. Ett samhälle för alla förutsätter att alla får ta del både av sina rättigheter och sina skyldigheter. Det är ytterst en fråga om demokrati att alla ges lika möjligheter att delta och att bidra. Att inte göra så är att utestänga stora grupper i befolkningen.

De bärande principerna för Jämtlands läns landsting är god hälsa och positiv livsmiljö för alla i Jämtlands län. Detta innebär att alla som tar del av landstingets insatser skall mötas med respekt samt hög kvalitet och god tillgänglighet i verksamheten. Värdegrunden säger följande; vi ska i våra dagliga möten och samtal handla med respekt för människors lika värde, ha förtroende för varandra och utgå från en helhetssyn på oss själva och personer vi är till för.

Landstinget ska som arbetsgivare säkerställa att medarbetarna får tillgång till den kunskap som krävs för förverkligandet av denna policy.

Bemötande handlar om attityder och värderingar.

Genom goda kunskaper om villkoren för människor med funktionsnedsättningar kan landstinget bidra till att motverka fördomar och missuppfattningar framförallt inom den egna verksamheten. Landstingets ledning och chefer har ansvar för medarbetarnas inställning och hur de uppträder i organisationen. Som förebild i länet kan landstinget påverka inställningen och insatserna långt utanför den egna organisationen.

Ideella organisationer är en resurs

Organisationerna är en resurs som landstinget ska använda i det kommande arbetet med att förverkliga och omsätta policyn i strategi och handlingsplan.

Samverkan i vardagsarbetet

Landstinget ska aktivt bidra till att öka medvetenheten och förståelsen för människor med funktionsnedsättnings villkor inom såväl som utanför den egna verksamheten. Genom sitt engagemang inom olika områden fungerar landstinget som idébärare och påverkar myndigheter, organisationer, företag och enskilda att i ökad utsträckning ta hänsyn till personer med funktionsnedsättning och deras situation.

Samverkan och utbyte över verksamhets- och yrkesgränser är viktigt i landstingets arbete för personer med funktionsnedsättning. Det kan handla om gemensamma projekt, men kan lika gärna vara naturliga kontakter i vardagsarbetet.

Vård och behandling ska ges på lika villkor

Befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad, tillgänglig och effektiv vård med god kvalitet. Hälso- och sjukvård ska ges utifrån individens behov och förutsättningar och med respekt för alla människors lika värde. Hur stort den enskilda patientens behov är beror på sjukdomens art och svårighetsgrad, men även dess varaktighet. I 2 § hälso- och sjukvårdslagen anges att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet och att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde i vården.

Förbättrad tillgänglighet

Landstinget ska kontinuerligt arbeta med att förbättra tillgängligheten inom olika områden. Följande områden är särskilt viktiga för personer med funktionsnedsättning;

- lokaler; möjligheten att ta del av och delta i landstingets verksamhet. För att detta ska vara möjligt måste byggnader, utformningen av rummen samt inredningen och utrustningen vara korrekt upphandlade, tillgängliga och användbara.
- information; möjligheten att kunna kommunicera med landstinget och ta del av dess information. Det gäller skriftlig information däribland Lättläst, webbplats och e-tjänster, film och TV/video samt telefonsamtal, korrespondens och meddelanden samt möten och konferenser.



Jämställdhets - och jämlikhetspolicy för förtroendevalda

Jämtlands läns landsting

Version: 1

Ansvarig: Landstingsfullmäktige

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.	2013-07-01	Nyutgåva		
1.	2013-10-03		Beredningen för demokrati och folkhälsa	2013-10-03

Inledning

Policyn fastställer landstingets värderingar för arbetet med en jämställd och jämlik verksamhet vilket utgör grunden i en demokratisk organisation. Den omfattar dels förtroendevaldas förutsättningar för sitt uppdrag utifrån ett jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv liksom det uppdrag som samtliga förtroendevalda inom Jämtlands läns landsting har avseende arbetet med en jämställd och jämlik verksamhet.

Värdering

Diskriminering, direkt liksom indirekt, och andra missgynnanden ska motverkas. FN:s deklaration om de mänskliga rättigheterna utgör miniminivån för Jämtlands läns landstings arbete med jämställd och jämlik verksamhet.

Människors olikheter är alltid en tillgång för landstinget och för hela länet. Alla former av kompetenser och erfarenheter som har tillägnats under livets gång är värdefulla. Ett normkritiskt förhållningssätt ska uppmuntras och värderas positivt då det kan leda till nya infallsvinklar och förhållningssätt som gynnar landstingets samt länets utveckling.

Alla förtroendevalda ska ha samma möjlighet att påverka förutsättningarna för sitt uppdrag liksom möjlighet att utföra uppdraget. Den miljö som förtroendevalda verkar i ska vara av hög kvalitet vilket ger förutsättningar för att kunna fullgöra sitt uppdrag. Mötestider liksom mötesförhållanden ska ta hänsyn till livssituation, eventuella funktionsnedsättningar och geografiska avstånd. Jämställdhetsperspektivet ska särskilt beaktas.

Jämtlands läns landsting ska vara ett jämställt och jämlikt landsting där kvinnors och mäns villkor, rättigheter, möjligheter och skyldigheter är likvärdiga i hela organisationen. Maktstrukturer måste synliggöras för att jämställdhet och jämlikhet ska uppnås. Kunskap om jämställdhet och intersektionalitet är nödvändigt för att kunna åstadkomma förändrade attityder och värderingar kring kvinnors och mäns förutsättningar. Härskartekniker är inte accepterat och ska motverkas.

Jämställdhets- och jämlikhetsintegrering ska tillämpas vid utformning av beslut, ekonomiska styrinstrument, metoder och allt annat som landstinget planerar, finansierar och tillhandahåller.

Begrepp

Diskriminering

Diskriminering innebär att någon missgynnas genom att behandlas sämre än någon annan behandlas, har behandlats eller skulle ha behandlats i en jämförbar situation, om missgynnandet har samband med någon av diskrimineringsgrunderna. De sju diskrimineringsgrunderna är; kön, könsöverskridande identitet/uttryck, etnicitet, religion eller annan trostillhörighet, sexuell läggning, funktionshinder och ålder.

Härskartekniker

Härskartekniker är olika metoder för att behålla eller ta sig negativ makt över andra individer eller sätt att hävda sig själv genom att förtrycka andra individer. De fem tekniker som ofta nämns är osynliggörande, förlöjligande, undanhållande av information, dubbel bestraffning och påförande av skuld och skam.

Intersektionellt perspektiv

Intersektionalitet är ett analytiskt hjälpmedel för att studera och påvisa hur olika diskriminerande maktordningar samverkar i ett samhälle. Förutsättningarna för individer inom gruppen kvinnor och gruppen män kan skilja sig åt beroende på ålder, ekonomisk status, utbildningsnivå, funktionsnedsättning, religiös tillhörighet eller annat. Att ha ett intersektionellt perspektiv innebär att hänsyn tas till ovanstående.

Jämlikhet

Alla människors lika värde – oavsett vem du är.

Jämställdhet

Jämställdhet innefattar mäns och kvinnors lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter inom livet alla områden. Det övergripande målet för jämställdhetspolitiken är att ”kvinnor och män skall ha samma makt att forma samhället och sina egna liv”.

Jämställdhetsintegrering

Den strategi/metod som ska användas för att uppnå de jämställdhetspolitiska målen. Målet är ett jämställt samhälle. Det innebär att alla beslut, all planering och allt utförande som sker inom Jämtlands läns landsting ska ha ett jämställdhetsperspektiv.

Normkritiskt

En norm är ett påbud om hur man bör handla eller om hur något bör vara beskaffat eller organiserat. Att vara normkritisk handlar om att ifrågasätta sådana påbud eller regler. Ett norm som är stark är exempelvis heteronormen.

Stereotyp

En förenklad och fördomsfull inställning om utmärkande egenskaper gentemot personer som ingår i en viss grupp eller antas ingå i en viss grupp.



Forsknings och utvecklingspolicy

Jämtlands läns landsting

Version: 1

Ansvarig: Landstingsfullmäktige

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.	2013-03-19	Nyutgåva		
1.	2013-10-03		Beredningen för demokrati och folkhälsa	2013-10-03

Inledning

Forskning och utveckling (FoU) är en förutsättning för att landstingets verksamheter ska kunna möta kunskapssamhällets behov i framtiden. Med FoU menas i detta sammanhang forskning, utveckling och innovation inom någon av landstingets verksamheter som kräver vårdens infrastruktur. Dagens sjukvård är i ständig utveckling och tenderar att gå mot en mer specialiserad vård. Umeå Universitet har förlagt delar av sin läkarutbildning vid Jämtlands läns landsting. Den akademiska miljön och forskningen måste därför leva upp till de krav som ställs. FoU-verksamheten inom Jämtlands läns landsting koordineras av Kliniskt forskningscentrum vid Östersunds sjukhus (KFC-Z).

Värdering

Oavsett kön eller yrkeskategori ska anställda inom Jämtlands läns landsting uppmuntras att utvecklas genom forskning och utvecklingsarbete så att landstingets forskningsverksamhet och kliniska utbildningsansvar utvecklas och säkerställs framgent. Att som medarbetare inhämta ny kunskap och omsätta den till praktiskt handlande inom sitt arbetsområde ska värderas positivt. Tydliga karriärvägar för medarbetare som vidareutbildar sig ska finnas för alla yrkeskategorier.

Landstingets FoU-verksamhet ska verka för att:

- Stimulera till en miljö där forsknings-, utbildnings- och innovationsprojekt har möjligheter att drivas tillsammans med universitet, landsting, kommuner, eller andra aktörer.
- Skapa goda förutsättningar för klinisk och patientnära forskning inom öppen- och slutenvård.
- Skapa goda förutsättningar för forskning som stödjer utvecklingen av god, jämställd och jämlik folkhälsa.
- Utveckla och sprida ny kunskap, byggd på vetenskaplig och objektiv grund.
- Utveckla medarbetares förmåga att omsätta nyvunnen kunskap i praktiskt handlande.
- Utveckla vetenskaplig och pedagogisk kompetens hos landstingets kliniska handledare.

Jämtlands läns landsting ska ge en god, jämställd och jämlik vård. Att beakta eventuella ålders- och könsskillnader samt genusperspektivet i sjukdomsuttryck och behandlingsstrategier i den forskning som bedrivs är därmed nödvändigt. Forskning och utveckling bidrar till kompetensväxling och skapar en grund för förändring och förbättring av verksamheten. FoU-verksamheten bidrar till en lärandemiljö som stimulerar till kritiskt tänkande och livslångt lärande. På så sätt kan nya metoder som gagnar den kliniska vardagen eller patientnyttan komplettera eller ersätta befintliga metoder. Forskning och utveckling gör landstinget till en attraktiv arbetsgivare för alla yrkeskategorier och stärker länets utveckling och landstingets varumärke.

Begrepp

- Akademisk miljö, miljö där högre utbildning och forskning bedrivs.
- FoU, forskning, utveckling och innovation inom någon av landstingets verksamheter som kräver vårdens infrastruktur.
- KFC-Z, kliniskt forskningscentrum vid Östersunds sjukhus.