Jämtlands Läns Landsting

SAMMANTRÄDESHANDLINGAR

LANDSTINGSSTYRELSEN

27-28 MAJ 2014

Patientsäkerhetsenheten
Maria Omberg
Tfn: 063-154303
E-post: maria.omberg@jll.se

2014-05-09

Dnr LS/438/2014
Dnr S2013/46/FS

Socialdepartementet
s.registrator@regeringskansliet.se
s.fs@regeringskansliet.se

Svar på remiss om Socialstyrelsens förslag om vaccination mot hepatit B

Jämtlands läns landsting, JLL, välkomnar Socialstyrelsens rekommendation att införa vaccination mot hepatit B i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn. Skälen är främst att,

- Sedan ett antal år tillbaka erbjuds föräldrar i JLL att mot självkostnadspris komplettera sitt barns vaccination med skydd mot hepatit B. Täckningsgrad för kompletterande av hepatit B-vaccin i Jämtland är relativt hög och steg från barn födda år 2010 41,0% till barn födda år 2011 66,6% (senaste siffror), vilket signalerar om ett stort intresse hos föräldrar i Jämtland att acceptera hepatit B-vaccin som del i det allmänna vaccinationsprogrammet.

  Nuvarande modell medför dock en klar risk för ojämlik hälso- och sjukvård som framför allt drabbar barn i ekonomiskt svaga familjer. Enligt muntliga meddelanden från BVC-sjuksköterskor i länet är denna grupp den avgjort största att tacka nej till kompletterande hepatit B-vaccination i Jämtland. Införande av vaccinationen i det allmänna vaccinationsprogrammet innebär vaccinationsmöjlighet för alla barn oavsett föräldrarnas ekonomiska situation.

- De tre övriga landstingen i Norrland, Västerbotten, Norrbotten och Västernorrland erbjuder redan idag gratis hepatit B-vaccin till alla barn. Vissa landsting erbjuder liksom Jämtland kompletterande hepatit B-vaccin mot självkostnadspris (ca 510 kr). För att säkra en regionalt och nationellt jämlik hälso- och sjukvård bör vaccination mot hepatit B ingå i det allmänna barnvaccinationsprogrammet. WHO har sedan 1992 rekommenderat att hepatit B-vaccination skall integreras i de nationella vaccinationsprogrammen.

- Hepatit B-infektion förekommer hos förskolebarn. Smitta mellan små barn är större med anledning av rörelsemönster, beteende och behov av närhet. Smitta hos förskolebarn medför ofta stor oro, behov av upprepad information, vaccination och uppföljning av berörd omgivning och sammantaget härmed stor risk

för stigmatisering av enskilda barn/smittade och deras familjer. Vi ser i Sverige en ökad migration från krigshärjade områden där vaccinationsprogram och andra samhällskydd kollapsat. För att undvika stigmatisering av små barn bör vaccination mot hepatit B ingå i det allmänna vaccinationsprogrammet.

JÄMTLANDS LÄNS LANDSTINGSSTYRELSE

Harriet Jorderud
Landstingsstyrelsens ordförande

Björn Eriksson
Landstingsdirektör

REGERINGSKANSLIET

Remiss

2014-03-13 S2013/46/FS

Socialdepartementet

Enheten för folkhälsa och sjukvård

JÄMTLANDS LÄNS LANDSTING
2014 -03- 17
Dnr LS/...../20.....

Vaccination mot hepatit B

Remissinstanser:

1. Riksdagens ombudsmän (JO)
2. Riksrevisionen
3. Arbetsmiljöverket
4. Barnombudsmannen (BO)
5. Diskrimineringsombudsmannen (DO)
6. Ekonomistyrningsverket (ESV)
7. Folkhälsomyndigheten
8. Socialstyrelsen
9. Läkemedelsverket
10. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)
11. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)
12. Statens medicinsk- etiska råd (Smer)
13. Statens skolinspektion
14. Statens skolverk
15. Arjeplogs kommun
16. Bengtsfors kommun
17. Bodens kommun
18. Borlänges kommun
19. Botkyrka kommun
20. Båstads kommun
21. Enköpings kommun
22. Flens kommun
23. Gagnefs kommun
24. Gotlands kommun
25. Gävle kommun
26. Göteborgs kommun
27. Härjedalens kommun
28. Kiruna kommun
29. Landskrona kommun
30. Lidköpings kommun
31. Linköpings kommun

Postadress 103 33 Stockholm
Telefonväxel 08-405 10 00
E-post: s.registrator@regeringskansliet.se
Besöksadress Fredsgatan 8
Telefax 08-723 11 91

32. Lycksele kommun
33. Lysekils kommun
34. Malmö kommun
35. Malung-Sälens kommun
36. Stockholms kommun
37. Strömsunds kommun
38. Södertälje kommun
39. Söderköpings kommun
40. Skövde kommun
41. Uddevalla kommun
42. Uppsala kommun
43. Umeå kommun
44. Örnsköldsviks kommun
45. Blekinge läns landsting
46. Dalarnas läns landsting
47. Gävleborgs läns landsting
48. Hallands läns landsting
49. Jämtlands läns landsting
50. Jönköpings läns landsting
51. Kalmar läns landsting
52. Kronobergs läns landsting
53. Norrbottens läns landsting
54. Skåne läns landsting
55. Stockholms läns landsting
56. Södermanlands läns landsting
57. Uppsala läns landsting
58. Värmlands läns landsting
59. Västerbottens läns landsting
60. Västernorrlands läns landsting
61. Västmanlands läns landsting
62. Västra Götalands läns landsting
63. Örebro läns landsting
64. Östergötlands läns landsting
65. Farmaciförbundet
66. Läkemedelsindustriföreningen (LIF)
67. Kungliga Ingenjörsvetenskapsakademien
68. Riksföreningen för familjer med hepatit-B smittade barn
69. Riksföreningen för skolsköterskor
70. Samarbetsorganet för etniska organisationer i Sverige (SIOS)
71. Smittskyddsläkarföreningen
72. Svenska Barnläkarföreningen
73. Svenska Infektionsläkarföreningen
74. Svenska Läkaresällskapet
75. Svensk förening för allmänmedicin
76. Svensk sjuksköterskeförening (SSF)
77. Sveriges Apoteksförening
78. Sveriges Farmaceuter
79. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)

80. Sveriges Läkarförbund
81. Sweden BIO
82. Vårdförbundet

Synpunkter på förslaget lämnas till Socialdepartementet senast **den 12 juni 2014.** Vi ser helst att ni endast skickar dem i elektronisk form och då både i word- och pdf-format. Remisssvaren skickas till s.registrator@regeringskansliet.se samt s.fs@regeringskansliet.se
I remissvaren ska Socialdepartementets diarienummer S2013/46/FS åberopas.

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 utförmas finns i Statsrådsberedningens publikation om att svara på remisser. Denna kan beställas från Regeringskansliet, Information Rosenbad, 103 33 Stockholm eller hämtas från nätet: www.regeringen.se

Frågor under remisstiden besvaras av Ellen Jones, Socialdepartementet, Enheten för folkhälsa och sjukvård, 08-405 34 10 eller ellen.jones@regeringskansliet.se

Socialdepartementet vill få del av era synpunkter på Socialstyrelsens förslag om att vaccination mot hepatit B införs i det nationella vaccinationsprogrammet för barn. Beakta därför särskilt om kriterierna för nationella vaccinationsprogram uppfylls (dessa framgår under rubriken bakgrund).
Följande underlag bifogas:

- Socialstyrelsens rekommendation om införande av hepatit B i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn
- Komplettering av beslutsunderlag
- Rapport från Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi (IHE) – En samhällsekonomisk analys av två strategier för vaccination mot hepatit B

Dokumenten finns även publicerade på Socialstyrelsens webbplats, http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-3-8.

Socialstyrelsen grundar sitt förslag på ett kunskapsunderlag som består av ytterligare dokument, även dessa finns publicerade på Socialstyrelsens webbplats.

- Hepatit B-vaccination – Kunskapsunderlag från experter, art nr 2010-1-21, samt appendix till detta kunskapsunderlag, http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-1-21

- Kostnadsanalys för hepatit B-vaccination – Analys av sjukvårdens förväntade och inbesparade kostnader vid införande av vaccination mot hepatit B i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn i Sverige, art nr 2010-1-22, http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-1-22

Bakgrund

Vid årsskiftet 2012/13 trädde nya bestämmelser i kraft i smittskyddslagen (2004:168) som reglerar de nationella vaccinationsprogrammen. Enligt den nya ordningen är det regeringen, efter förslag från Socialstyrelsen, som ska fatta beslut om vilka sjukdomar som ska omfattas av nationella vaccinationsprogram. En förutsättning för att en smittsam sjukdom ska omfattas av ett nationellt vaccinationsproram är att det finns ett vaccin mot sjukdomen som kan ges utan föregående diagnos av sjukdomen och kan ge mer än kortvarig immunitet mot sjukdomen i hela eller delar av befolkningen. Vidare så ska en smittsam sjukdom omfattas av ett nationellt vaccinationsprogram om vaccination kan förväntas:

1. effektivt förhindra spridning av smittsamma sjukdomar i befolkningen,
2. vara samhällsekonomiskt kostnadseffektiv, och
3. vara hållbart från etiska och humanitära utgångspunkter.

Regeringen har också beslutat om föreskrifter för den analys som Socialstyrelsen ska genomföra inför förslag till ändringar av nationella vaccinationsprogram. Det gäller t.ex. analys av sjukdomsbördan, vaccinationens förväntade effekt på sjukdomsbördan, acceptansen hos allmänheten, biverkningar, samhällsekonomiska effekter, vilka andra förebyggande åtgärder och behandlingar som kan vidtas eller ges som alternativ till vaccination samt medicinska och humanitära överväganden.

Socialstyrelsen lämnade in förslaget om att vaccination mot hepatit B ska ingå i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn till regeringen i början av 2013. Efter en begäran från regeringen kompletterades beslutsunderlaget den 29 november 2013. Av underlaget framgår att syftet med vaccinationen är att reducera smittsamhet och därmed smittspridning av en akut infektion men framförallt att förhindra kronisk sjukdom och dess följder såsom leversvikt och levercancer. Den riskgruppsvaccination som redan i dag genomförs mot hepatit B måste dock fortgå eftersom spridning av sjukdomen kan förväntas i samhället tills dess att dagens spädbarn blir vuxna.

Med vänlig hälsning

O. Wigzell

Olivia Wigzell
Departementsråd

Socialstyrelsens rekommendation om införande av hepatit B i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn

Socialstyrelsen

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnummer 2014-3-7

Publicerad www.socialstyrelsen.se, mars 2014

Förord

En ny lagstiftning träder i kraft den 1 januari 2013 som innebär att regeringen beslutar om införandet av nya vaccinationer i det nationella vaccinationsprogrammet. Socialstyrelsen har till uppgift att följa och bedöma ifall de nationella vaccinationsprogrammen behöver ändras och lämna förslag om ändringar till regeringen. Utifrån detta har Socialstyrelsen utarbetat denna rekommendation till regeringen om införande av hepatit B-vaccination i det nationella vaccinationsprogrammet för barn. Socialstyrelsens rekommendation grundar sig på en bedömning av:

- ett kunskapsunderlag som tagits fram av en grupp experter, Hepatit B-vaccination – Kunskapsunderlag från experter från 2008 [1]
- ett appendix till kunskapsunderlaget där uppdateringar och kompletteringar har förts in av Smittskyddsinstitutet, Läkemedelsverket och Socialstyrelsen år 2012 [2]
- en kompletterande kostnadsanalys utförd av Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi (IHE) [3]
- de faktorer som framgår av 7 d § smittskyddsförordningen (2004:255).

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

Förord 3
Rekommendation 7
Bedömning och grund för rekommendationen 9
Sjukdomsbörda, nuvarande vaccinations-program och förväntat resultat med ett allmänt vaccinationsprogram 9
Effekt och säkerhet 11
Målgrupp, logistik och infrastruktur för genomförande 12
Interaktion 13
Ekologi 13
Acceptans 13
Behov av informationsinsatser 14
Uppföljning 14
Hälsoekonomisk utvärdering 15
Medicinetiska och humanitära överväganden 16
Referenser 17

Rekommendation

Socialstyrelsen rekommenderar att vaccination mot hepatit B ska ingå i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn. Vaccinationen ska erbjudas vid 3, 5 och 12 månaders ålder.

De allra flesta faktorer som Socialstyrelsen har gått igenom talar för ett införande av vaccin mot hepatit B i det svenska vaccinationsprogrammet för barn.

Det finns en omfattande erfarenhet av vaccinet som visar att det är säkert och effektivt och existerande data tyder på att det kommer att finnas en stor acceptans av vaccinationserbjudandet.

Internationellt sett har Sverige en låg förekomst av hepatit B och vaccinationsstrategin har därför hittills varit inriktad på att vaccinera definierade riskgrupper. Riskgruppsvaccination är effektiv om riskgrupperna är väldefinierade, har en begränsad storlek och kan nås med och accepterar erbjudandet om vaccination. Vid alltför stora svårigheter att genomföra en effektiv riskgruppsvaccination kan fördelarna med att inkludera vaccinationen i ett allmänt vaccinationsprogram för barn komma att väga över även i ett lågendemiskt land som Sverige.

Sjukdomsbördan är koncentrerad till vissa grupper, vilket skulle tala för ett fortsatt riktat program, men när det gäller dagens vaccinationsprogram saknar vi kunskap om hur väl man har nått flera av de definierade riskgrupperna. Utifrån sjukdomsstatistiken kan man konstatera att programmet har varit framgångsrikt i vissa grupper (barn, arbetsrelaterad smitta och till stor del bland resenärer) men inte i andra (intravenösa missbrukare och MSM), där smittspridningen kvarstår, även om den ligger på en låg nivå interna-tionellt sett. För att kontrollera smittspridningen i Sverige behövs alltså förbättrade program, men det är idag svårt att bedöma i vilken utsträckning programmet för vaccination av riskgrupper kan förbättras och vilka resurser som krävs för detta. Det kan dock konstateras att försäljningsstatistiken tyder på att en ganska omfattande vaccination sker varje år, men sjukdomsstatistiken tyder samtidigt på att den bara till viss del når viktiga riskgrupper. Det riktade programmet har alltså inte lyckats kontrollera sjukdomsbördan, trots omfattande och troligen ganska dyrbara insatser, både för samhället och för individen (vid reseprofylax). Insatserna kan dessutom i vissa situa-tioner vara stigmatiserande för de utsatta grupperna.

Den hälsoekonomiska utvärderingen av allmän barnvaccination mot hepatit B pekar på att det på lång sikt är fördelaktigt att införa hepatit B vaccination i det allmänna barnvaccinationsprogrammet. Dessa besparingar är troligen relativt omfattande, men delvis oklara, eftersom det är svårt att värdera kostnaderna för dagens program. Ett införande av allmän barnvaccination mot hepatit B skulle även på lång sikt innebära stora vinster för flertalet statliga aktörer såsom, kriminalvård, sjukvård och polis.

Ett argument för hepatit B-vaccination som barn, istället för som vuxen, är att det ger ett bättre immunologiskt svar på vaccinationen. En ytterligare aspekt är att WHO har rekommenderat alla länder i världen att om möjligt införa vaccinet i sina program av flera skäl, bl.a. för att uppnå det långsiktiga målet att utrota sjukdomen. Det finns alltså även internationella solidaritetsskäl till att införa vaccinet i Sverige.

Det som inte helt entydigt talar för en allmän vaccination av barn mot hepatit B är att även om sjukdomsbördan är relativt stor, domineras den idag av personer med kroniskt bärarskap som har flyttat till Sverige. Denna grupp påverkas varken av ett allmänt eller av ett riktat vaccinationsprogram i Sverige. Hur denna del av sjukdomens epidemiologi kommer att utvecklas är omöjligt att förutsäga, då den kommer att vara helt beroende av framtidens invandrarströmmar och varifrån de kommer. Med en ökad vaccination i många av världens länder är en minskning av bärarskap i dessa grupper möjlig.

Numera finns en effektiv, men ofta livslång, behandling vid kronisk hepatit B, som motverkar senare komplikationer som skrumplever, leversvikt och cancerutveckling. Uppskattningsvis lever mer än 20 000 personer i Sverige med kronisk hepatit B, men hittills är det endast en mindre andel som får medicinering.

Sammantaget finner Socialstyrelsen det motiverat att vaccination mot hepatit B införs i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn.

Bedömning och grund för rekommendationen

Sjukdomsbörda, nuvarande vaccinationsprogram och förväntat resultat med ett allmänt vaccinationsprogram

Hepatit B utgör ett allvarligt globalt hälsoproblem och medför stor akut sjuklighet och dödlighet. Om infektionen blir kronisk kan den dessutom på sikt leda till komplikationer som skrumplever och levercancer. Studier har visat att 80 procent av all hepatocellulär cancer i världen är orsakad av hepatit B-infektion. I ett internationellt perspektiv har en snabbt ökad användning av vaccination börjat påverka sjukdomsbördan i en positiv riktning. Eftersom hepatit B bara förekommer hos människor innebär det att sjukdomen skulle kunna utrotas genom vaccination. WHO har sedan 1992 rekommenderat att hepatit B-vaccination ska integreras i de nationella vaccina-tionsprogrammen där så är möjligt.

WHO definierar låg prevelans av hepatit B såsom att förekomsten av kronisk hepatit B (bärarskap av HBsAg) bland befolkningen är mindre än 2 procent. I Sverige är prevalensen mindre än 1 procent av befolkningen. Under tioårsperioden 1997–2006 anmäldes i landet 9 124 laboratorieverifierade fall av kronisk hepatit B, av vilka 818 personer angavs vara smittade i Sverige. Majoriteten av smittade personer var i åldrarna 15–45 år.

Numera finns en effektiv, men i regel livslång, behandling vid kronisk hepatit B, som motverkar utvecklingen av sena komplikationer som skrumplever och cancer. Uppskattningsvis lever mer än 20 000 personer i Sverige med kronisk hepatit B, men hittills medicinerar endast en mindre andel.

Det finns ett okänt mörkertal av akut och kronisk hepatit B i Sverige. De odiagnostiserade fallen har betydelse för epidemiologin i och med att de kan smitta andra.

I Sverige har hepatit B-vaccination hittills riktats mot definierade riskgrupper. De utgörs av barn i familjer från länder med hög prevalens av hepatit B samt grupper med ökad risk för smitta, som intravenösa missbrukare och män som har sex med män (MSM). Dessutom har vissa yrkesgrupper, främst inom sjukvården, rekommenderats vaccination. Rikstäckande statistik för hur många som verkligen nås av erbjudandet om vaccination, och sedan fullföljer denna, saknas för de flesta av riskgrupperna. För senare år finns viss statistik över hur många barn som vaccineras och bl.a. efter de nya rekommendationerna från Socialstyrelsen år 2005 har antalet barn som vaccineras ökat.

I många länder är smitta från mor till barn under graviditet och förlossning en vanlig smittväg. Därför erbjuds alla gravida i Sverige möjlighet till

screening för att hitta dem som bär på hepatit B virus, och erbjuda barnet ett skydd genom vaccination efter förlossningen.

Smitta mellan små barn är också en förekommande smittväg och den kontrolleras i Sverige främst genom vaccination av personer som är i nära kontakt med barn som är kroniska bärare. Detta kan innebära ganska omfattande insatser, främst när barn ska börja på förskola och ibland ganska uttalade problem med stigmatisering av dessa barn.

Reserelaterad smitta förekommer och även här saknar vi information om hur stor andel av alla resenärer som vaccineras inför resa och vilka aktiviteter som medför ökad risk. Försäljningsstatistiken talar för att ganska många personer på eget initiativ väljer detta skydd, ofta som kombination med ett skydd mot hepatit A.

Trots de riktade vaccinationsinsatserna inrapporteras årligen omkring 100–200 fall av akut hepatit B i Sverige. Sedan 2003 har vi sett en nedgång i antalet rapporterade personer med akut hepatit B, vilket framför allt beror på färre rapporterade fall bland injektionsmissbrukare. Från att injektionsmissbruk har varit den dominerande smittvägen av akut hepatit B, står sexuell smitta (88 procent heterosexuellt smittade och 12 procent bland MSM) nu för närmare hälften av fallen. Det är svårt att med säkerhet veta vad som ligger bakom nedgången. Antalet rapporterade fall av akut hepatit B bland injektionsmissbrukare varierar över tiden och påverkas av olika faktorer som lokala utbrott, immunitetsläget i gruppen till följd av vaccination eller genomgången infektion, förändringar i testningsfrekvens eller ändrade injektionsvanor samt variationer i tillgång till rena sprutor och kanyler. En möjlig faktor som kan ha bidragit till den aktuella situationen är Socialstyrelsens reviderade profylaxrekommendationer från 2005, vilket kan ha medfört ökad vaccinationstäckning i riskgrupperna. Information om vaccinationstäckning bland injektionsmissbrukare och MSM tyder dock på att det är svårt att nå alla i dessa riskgrupper med ett erbjudande om vaccination, och åtminstone en del av de definierade riskgrupperna nås inte i tillräcklig utsträckning även om vi idag saknar statistik för hur väl dessa grupper är vaccinerade. En enkätundersökning år 2010 riktad till MSM visar att endast en tredjedel av de män som besvarade enkäten var vaccinerade. Däremot verkar vaccination av barn, speciellt barn till smittsamma mödrar, fungera tillfredsställande. Yrkesrelaterad smitta är mycket ovanlig, även om det är oklart hur stor andel av dem som utsätts för risk som verkligen är vaccinerade. Det finns heller inte någon information om hur stora resurser dessa riktade insatser kräver eller om ökade resurser skulle möjliggöra en bättre effekt bland de grupper som idag löper en ökad risk för smitta.

Det är tydligt att om allmän barnvaccination mot hepatit B införs, så måste vaccination av riskgrupperna fortgå. Perioden med kompletterande riskgruppsvaccination omfattar sannolikt åtminstone 20 år, och för vissa riskgrupper är den möjligen ännu längre Även screening av gravida för hepatit B behöver fortgå för att man vid behov ska kunna ge postpartumprofylax till det nyfödda barnet.

Slutsats

Det finns en kvarstående sjukdomsbörda i Sverige, som till stor del beror på smitta som har drabbat personerna innan de flyttade till Sverige. Det finns ett okänt mörkertal av akut och kronisk hepatit B i Sverige, och det är svårt att definiera riskgrupper, men det kan konstateras att sexuell smitta står för närmare hälften av antalet rapporterade fall. Smittan har inte kunnat förhindras med dagens riktade vaccinationsprogram och utsikterna för att denna situation ska förbättras är liten enligt de bedömningar som framkommer i kunskapsunderlaget. Det är svårt att uppskatta vilka resurser som idag satsas på detta inte helt effektiva program. Ett stort antal vaccinationer genomförs varje år, men dessa når uppenbarligen inte de mest utsatta grupperna i den utsträckning som behövs. Någon säker statistik över hur många av de barn som definierats inom riskgrupperna som verkligen blir vaccinerade med fullföljt schema finns inte. Eftersom hepatit B oftast är asymtomatisk under barnaåren är smittspridning svår att upptäcka och syns vanligen inte i statistiken över akuta fall. Införandet av en allmän hepatit B vaccination av barn följer WHOs rekommendation och kan förväntas minska antalet akuta och kroniska hepatiter i samhället. Barn svarar utomordentligt väl på vaccination. En allmän vaccination är det mest effektiva sättet att erhålla en god vaccinationstäckning och minskar stigmatisering av hepatit B-bärare. Idag är majoriteten fall med akut hepatit över 15 år, varför det kommer att ta tid innan barn som vaccineras når åldrar där risken är störst för smitta.

Effekt och säkerhet

Säkra och effektiva vacciner mot infektion med hepatit B-virus (HBV) har funnits sedan början av 1980-talet. Vaccin som ges före eller omedelbart efter exposition för smitta är effektivt i sjukdomsförebyggande syfte. Man beräknar att 85–90 procent av alla fall med dödlig utgång i hepatit B-infektion kan förhindras med vaccination.

Vaccin mot hepatit B kan ges som en komponent i hexavalenta vacciner (difteri, stelkramp, kikhosta, polio, *Haemophilus influenzae* typ B och hepatit B). Vid en introduktion i vaccinationsprogrammet för barn kommer det att ges under första levnadsåret tillsammans med andra vacciner, förslagsvis i form av multivalent vaccin. Det finns studier som stöder användningen av dessa vacciner i det svenska vaccinationsschemat vid 3, 5 och 12 månaders ålder. Ett flertal undersökningar visar att vaccinerade barn och unga får ett mycket långvarigt skydd mot HBV-infektion. Behovet av immunitetsförstärkning på lång sikt (mer än 15–20 år) genom en boosterdos är dock ännu inte klarlagt och kan vara beroende av i vilken utsträckning individen utsätts för en naturlig förstärkning i form av smittsamma personer i sin omgivning.

Risken för biverkningar i samband med hepatit B-vaccination är mycket liten och de biverkningar som vanligen ses är av mindre allvarlig och snabbt övergående karaktär.

De vanligaste biverkningarna, i samband med såväl monovalenta vacciner som kombinationsvacciner, är reaktioner vid injektionsstället inkluderande

smärta, rodnad och svullnad. Vidare ses ofta övergående symtom som feber, trötthetskänsla, illamående och allmän sjukdomskänsla. Dessa biverkningar är mer vanliga i samband med kombinationsvacciner.

Slutsats

Det finns idag mycket effektiva vacciner, som tillverkas av flera läkemedelsbolag. De kan dessutom ges som kombinationsvaccin tillsammans med vacciner som redan ges i det svenska programmet. Skyddseffekten är långvarig, men kanske inte livslång, i länder där sjukdomen är ovanlig. Resultat från pågående långtidsstudier får utvisa om en förnyelsedos kommer att behövas. Vaccinet har använts under lång tid till ett stort antal personer och bedöms som mycket säkert.

Målgrupp, logistik och infrastruktur för genomförande

De länder som har infört hepatit B-vaccin i sina barnvaccinationsprogram använder olika vaccinationsscheman. Generellt uttryckt har nyföddhetsvaccination införts i de länder som har hög hepatit B-prevalens, medan senare vaccination i småbarnsåldern eller tonåren har införts i länder med lägre prevalens. I Sverige kommer följande strategi att vara aktuell:

- Vaccination med hexavalent vaccin i det allmänna barnvaccinationsschemat vid 3, 5 och 12 månaders ålder för alla barn, förutom barn som har erhållit sin första vaccindos (monovalent hepatit B-vaccin) vid födelsen – se punkten nedan.
- Rekommendation om spädbarnsvaccination med en första dos vid födelsen samt vid 1, 3, 5 och 12 månader för barn som löper ökad risk för smitta. I de flesta fall rör det sig om barn med en moder som är smittad. Doserna vid födelsen och 1 månad ges med monovalent hepatit B-vaccin medan doserna vid 3, 5 och 12 månader kan ges med hexavalent vaccin inom ramen för ordinarie barnvaccinationsprogram. Alternativt kan för denna grupp barn, som har erhållit den första dosen vid födelsen, de följande doserna ges vid 1, 2 och 12 månader.
- Fortsatt vaccination av riskgrupper enligt de rekommendationer som finns idag till grupper som inte har vaccinerats som barn.

Målgruppen för allmän hepatit B-vaccination är småbarn under deras första levnadsår. Idag ges redan vaccination mot difteri, stelkramp, kikhosta, polio, *Haemophilus influenzae* typ b och pneumokocker enligt detta schema och vaccin mot hepatit B kan ges som ett kombinationsvaccin vid dessa tidpunkter. Det innebär alltså inga ytterligare besök vid BVC. En fortsatt vaccination av riskgrupper behövs under en övergångsperiod på åtminstone 20–30 år, dvs. tills dess att alla har fått erbjudande om vaccination som barn, eventuellt längre. Vid införandet av hepatit B-vaccination i vissa länder har man, för att få en snabbare effekt av programmet, även vaccinerat barn i de tidiga

tonåren. Men i Sverige, med låg förekomst av hepatit B, är spädbarnsvaccination kombinerat med en fortsatt riskgruppsvaccination en tillämpbar strategi.

Slutsats

Målgruppen vid en allmän vaccination är tydlig och vaccinet kan ges samtidigt som andra vacciner under första levnadsåret. Eftersom vaccinet kan ges som en kombination med redan använda vacciner blir logistiken för ett allmänt program relativt enkel, dvs. vaccinet ges vid 3, 5 och 12 månaders ålder i samband med redan existerade vaccinationstillfällen på BVC. Riskgruppsvaccinationer kommer att behöva fortsätta och har samma utmaningar som tidigare.

Interaktion

Det finns inget som talar för att hepatit B vaccinet skulle interagera med andra vacciner eller vaccinkomponenter i dagens vaccinationsprogram. De ovan nämnda multivalenta vaccinerna har prövats i omfattande studier med vissa tecken på minskande effekt av några komponenter, men inom ramen för vad som har ansetts som acceptabla nivåer

Slutsats

Vaccinet kan användas i det svenska programmet utan några problem med interaktion med redan existerande vacciner.

Ekologi

Vaccinet har god effekt för vaccinerade individer och har även visat sig ha god effekt på populationsnivå. Sammantaget finns det finns inga tecken på att subtyper uppträder som vaccinet inte skyddar mot, men i den uppföljande virologiska övervakningen kommer möjligheten av mutationer som undviker vaccineffekt att undersökas.

Det finns inte heller några tecken på att insjuknandet förflyttas till andra åldersgrupper. En viss flockimmunitet har noterats i länder som har inlett vaccinationsprogram, men då i länder med en hög allmän hepatit B-incidens. Det är därför svårt att förutse om liknande effekter kan tänkas uppkomma i Sverige.

Slutsats

Det finns, trots en omfattande användning i många länder med olika epidemiologi, inga tecken på negativa ekologiska effekter

Acceptans

Genomförda studier visar att föräldrar är positivt inställda till hepatit B-vaccinet och till att det förs in i ett framtida vaccinationsprogram. Av de svenska föräldrar som intervjuades år 2005 var 66 procent positiva till att låta

vaccinera sitt barn mot hepatit B. Majoriteten, 62 procent, i undersökningen svarade att de skulle föredra alternativet med kombinationsvaccin. Andelen föräldrar som angav att de skulle avstå från ett eventuellt erbjudande var endast 2 respektive 4 procent i två olika svenska studier.

I den svenska undersökningen fann man vidare att en hög acceptans för dagens barnvaccinationsprogram var den faktor som bäst svarade mot att ha en positiv inställning till att också låta sitt barn bli vaccinerat mot hepatit B. För en hög acceptans talar också det faktum att i landsting som redan erbjuder vaccination av barn mot hepatit B är vaccinationstäckningen så hög som upp till 84 procent (Jönköping 2011). Av försäljningssiffror för hepatit B-vaccin kan man konstatera att cirka 150 000 vuxna har vaccinerats per år de senaste åren, företrädesvis i form av resevaccination.

Det ska också understrykas att dagens riskgruppsvaccination i vissa situationer medför problem som stigmatisering av kroniska bärare av hepatit B och ibland olägenhet för de riskgrupper som behöver vaccineras.

Slutsats

Tillgängliga studier tyder inte på att det idag finns något motstånd mot att införa vaccinationen bland småbarn.

Behov av informationsinsatser

Information om att hepatit B införs i det allmänna vaccinationsprogrammet måste tas fram och spridas till barnavårdscentralerna. Eftersom vaccinet är välkänt och redan används i det riktade programmet finns det goda förutsättningar att effektivt nå ut till målgruppen.

Socialstyrelsens informationsmaterial riktat till föräldrar måste kompletteras med information om sjukdomen och vaccinet. Materialet finns översatt till många språk, vilket gör att också språkversionerna måste uppdateras. Information till föräldrar om den nya vaccinationen kommer huvudsakligen att lämnas på BVC i samband med att information ges om övriga vaccinationer som ges vid samma tillfälle.

Slutsats

Behovet av kommunikationsinsatser består huvudsakligen av att komplettera, revidera och sprida redan befintligt informationsmaterial riktat till barnhälsovård och föräldrar.

Uppföljning

För att stödja en utveckling och effektivisering av vaccinationsprogrammet behövs en uppföljning av sjukdomsförekomst, vaccinationstäckning, biverkningar och en mikrobiologisk övervakning. Dessutom behöver immuniteten i befolkningen kontrolleras med jämna mellanrum, och i detta ingår en framtida boosterstudie. Utöver den systematiska uppföljningen av barnvaccinationsprogrammet krävs för hepatit B att övervakning av riskgrupperna och riskgruppsvaccination fortgår under en längre följd av år.

Slutsats

Den uppföljning som görs för andra vacciner i vaccinationsprogrammet kommer även att omfatta hepatit B-vaccinationen. Det är viktigt att notera att uppföljningen av riskgruppsvaccinationerna behöver förbättras.

Hälsoekonomisk utvärdering

Kostnaden per vaccindos beräknas enligt IHE:s kostnadsanalys uppgå till 78 kr om vaccinet kan ges i anslutning till annan vaccination av barn i nyföddhetsperioden och antalet vaccinationstillfällen uppgår till tre under första levnadsåret (totalkostnaden per vaccinerat barn blir 234 kr).

Kostnaden för att införa allmän vaccination beräknas som skillnaden mellan allmän och riktad vaccination och för 2008 års födelsekohort blir skillnaden 19 miljoner (269 miljoner för ett program där alla barn ges hepatit B-vaccin jämfört med 250 miljoner då bara barn från riskgrupper får det). I strategin allmän vaccination antas att 98 procent i varje födelsekohort vaccineras med ett hexavalent vaccin och i strategin riktad vaccination antas att 19 procent i varje kohort vaccineras med ett hexavalent vaccin och 79 (98–19) procent med ett pentavalent vaccin. Kostnaden för vaccination av riskgrupper bland vuxna (MSM, intravenösa missbrukare, en del sjukvårdspersonal med flera) har på grund av brist på data inte kunnat beräknas, men denna kvarstår under ytterligare åtminstone 20–30 år.

Uttryckt i absoluta tal (fasta priser, 2008 års prisnivå) beräknas kostnadsbesparingen för vaccinationsprogrammet uppgå till 4 600 kr det första året som strategin allmän vaccination införs och 4 500 000 kr 40 år senare. Observera att i denna analys syns alltså inte den totala framtida besparingen som sker till följd av allmän vaccination, eftersom den till stor del infaller på längre sikt.

Enligt beräkningar i kunskapsunderlaget för hepatit B-vaccination blir det vid en allmän vaccination en nettokostnad per vaccinerat barn på ca 161 kr för sjukvårdshuvudmannen, respektive 130 kr ur ett samhällsperspektiv (då förutom kostnader för sjukvården även kostnader för samhället i form av t.ex. förlorat arbete räknas bort). Fördelat per undviket fall av akut hepatit B motsvarar detta en nettokostnad på ca 82 000 kr. Nettokostnaden per LYS (*Life Year Saved*) uppgår till ca 319 000 kr utan diskontering av LYS, och ca 1 040 000 kr med diskontering till 3 procent av LYS. Den högre summan beror alltså på att de minskade kostnaderna för sjukvården inte inträffar förrän ganska långt fram i tiden.

Kostnader för övervakning och uppföljning

Kostnaderna för uppföljningsprogrammet bör ingå i den hälsoekonomiska bedömningen inför ett ställningstagande om hepatit B ska ingå i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn i Sverige. Eftersom de kostnadskrävande studierna nedan (c och d) inte kommer att utföras förrän om ca 10 år kan kostnaden redovisas som ett ungefärligt belopp på 7–10 miljoner kr anpassat till dagens kostnadsläge. Följande moment ingår i beräkningen:

a) Övervakning av sjukdomsförekomst av akut och kronisk hepatit B

b) Registrering av vaccinationstäckning

c) Seroepidemiologiska undersökningar

d) Uppföljning av immunologiskt minne – boosterstudie

e) Virologisk övervakning

Slutsats

Kostnaderna för att införa allmän vaccination är i absoluta tal relativt låga, eftersom extrakostnaden per dos för att få ett vaccin som också innehåller hepatit B är låg. Kostnaderna för räddade levnadsår blir dock förhållandevis höga, eftersom sjukdomsbördan som kan förhindras är relativt liten och de stora kostnadsbesparingarna uppkommer först årtionden efter vaccinationen. Beräkningarna av kostnaderna för dagens vaccinationsprogram innehåller dock bara vaccination av riskbarn och inte andra riskgrupper, varav åtminstone vaccination av intravenösa missbrukare, MSM och sjukvårdspersonal till stor del betalas av landstingen. Tyvärr saknas statistik över hur många vaccinationer som genomförs i dessa grupper och inte heller vet vi hur många som vaccineras i samband med utbrott eller för att skydda personer i omgivningen runt kroniska bärare av hepatit B. Den grupp personer som vaccinerar sig inför resor finns inte heller med, även om denna vaccination idag betalas av individen. De totala kostnaderna för dagens vaccinationer är alltså troligen betydligt högre än vad som visas i kalkylen och nettokostnaden för införandet av allmänvaccination alltså betydligt lägre.

För uppföljningskostnaderna är den framtida boosterstudien den största engångsposten om 7–10 miljoner kr och den kan först genomföras om 10–15 år. Fördelat över åren från införandet innebär det totalt en årlig uppföljningskostnad om 500 000–700 000 kr.

Medicinetiska och humanitära överväganden

WHO rekommenderar sedan 1992 att vaccination mot hepatit B ska ingå i de nationella vaccinationsprogrammen där så är möjligt.

Referenser

1. Hepatit B-vaccination – Kunskapsunderlag från experter. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.

2. Appendix till kunskapsunderlag om hepatit B-vaccination. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.

3. Kostnadsanalys för hepatit B-vaccination – Analys av sjukvårdens förväntade och inbesparade kostnader vid införande av vaccination mot hepatit B i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn i Sverige. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.

Komplettering av beslutsunderlag

Socialstyrelsens rekommendation om införande av hepatit B i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn

Socialstyrelsen

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnummer 2014-3-8
Publicerad www.socialstyrelsen.se, mars 2014

Förord

Denna rapport är en komplettering till det beslutsunderlag som Socialstyrelsen överlämnade till regeringen 2012-12-28 tillsammans med Socialstyrelsens rekommendation om att införa hepatit B vaccination i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn. Beslutsunderlaget har kompletterats och anpassats till den nya vaccinationsordningen och samtliga faktorer i 7 d § Smittskyddsförordningen har därmed belysts. I enlighet med uppdraget i regeringsbeslut med diarienummer S2013 /46/ FS (delvis) omfattar kompletteringen särskilt en analys av medicinetiska och humanitära aspekter av den föreslagna vaccinationen samt en analys av vaccinationens samhällsekonomiska effekter och en redogörelse för hur dessa kostnader och intäkter fördelas mellan stat, landsting och kommun.

Taina Bäckström
ställföreträdande generaldirektör

Innehåll

Förord 3
Sammanfattning 7
Socialstyrelsens bedömning 8
Uppdraget 9
Bakgrund 9
Riskgruppsvaccination 10
Komplettering av underlag 11
Hepatit B vaccin i Sverige 11
Samhällsekonomisk analys 13
Medicinetiska och humanitära överväganden 16
Referenser 19
Bilaga 1 Läshänvisning till underlaget 21
Bilaga 2 Faktablad hepatit B 26

Sammanfattning

Detta är en komplettering av underlaget till Socialstyrelsens tidigare rekommendation till regeringen om införande av hepatit B vaccination i det allmänna barnvaccinationsprogrammet enligt den nu gällande ordningen för de nationella programmen. Socialstyrelsens bedömning och slutsatser är oförändrade jämfört med föregående rapport.

Efter genomgång av samtliga 13 faktorer har underlag för områdena vaccinanvändning inklusive säkerhet och medicinetiska och humanitära aspekter samt samhällsekonomi kompletterats. Socialstyrelsen har utifrån underlagen gjort en sammanvägd bedömning utan inbördes rangordning av de 13 faktorerna i Smittskyddsförordning 2004:255 7 d §. Rapporten innehåller förtydliganden om var i underlaget information om enskilda faktorer återfinns.

Användningen av hepatit B vacciner har de senaste åren ökat och flera landsting har redan infört erbjudande om hepatit B vaccin i barnvaccinationsprogrammen på regional nivå, antingen gratis eller mot viss avgift, vilket har inneburit att vaccinationstäckningen mot hepatit B i barngruppen har ökat. Idag vaccineras cirka 45 procent av barnen i Sverige, och i enstaka landsting är cirka 85 procent av barnen vaccinerade. I vissa landsting, särskilt mindre landsting, som inte infört erbjudande om hepatit B vaccination är vaccinationstäckningen däremot betydligt lägre (15–20 procent). Denna skillnad mellan landstingen innebär en ojämlik vård.

Resultatet av den samhällsekonomiska analysen visar visserligen att det är svårt att säga om vaccination mot hepatit B inom ramen för det allmänna barnvaccinationsprogrammet är kostnadseffektiv eller inte. Detta är dock inte avgörande för Socialstyrelsens rekommendation om att införa vaccinationen i det nationella programmet, särskilt inte som en av slutsatserna i den ekonomiska analysen är att resultaten är mycket känsliga för antaganden om pris på vaccinationen och nuvarande täckningsgrad, vilket bidrar till att analysen är osäker.

I kompletteringen av de medicinetiska och humanitära aspekterna har frågan tagits upp av Socialstyrelsens råd för etiska frågor. Rådet har inte identifierat något hepatit B-specifikt dilemma avseende de medicinetiska och humanitära perspektiven för ett införande av hepatit B vaccination i det allmänna nationella vaccinationsprogrammet för barn. Övervägandena är huvudsakligen av mer generell natur och avviker inte från de vaccinationer som redan ingår i barnvaccinationsprogrammet. Däremot är det mycket som talar för en rekommendation om vaccination i tidig ålder, såsom frågan om stigmatisering, det goda vaccinanslaget vid ung ålder och den långa oskyddade perioden för den enskilde vid vaccination i högre ålder. Tillgången till förebyggande hälsovård i form av vaccination av barn kan även finna stöd i § 24 FN:s konvention om barnets rättigheter.

Socialstyrelsens bedömning

Genomgången av det underlag som ligger till grund för Socialstyrelsens tidigare rekommendation visar att underlaget fortfarande är aktuellt. Kompletteringen har anpassat underlaget till gällande ordning för de nationella programmen. Kompletteringen ändrar inte den tidigare bedömningen om att rekommendera ett införande av hepatit B vaccination i det allmänna barnvaccinationsprogrammet.

Socialstyrelsens sammanvägda bedömning är att vaccination mot hepatit B uppfyller grundkraven i SmL (2004:168) 2 kap 3 d § och 3 e §. Bedömningen av faktorerna i smittskyddsförordningen 7 d § visar att det ur nationell synpunkt är motiverat att vaccination mot hepatit B införs i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn.

I denna komplettering ingår dels förtydliganden om var i det tidigare underlaget de enskilda faktorerna finns belysta och dels kompletteringar när det gäller vaccinanvändning, medicinetiska och humanitära aspekter respektive samhällsekonomi.

Vid den djupare analysen av de medicinetiska och humanitära aspekterna samt genomgången av aktuell vaccinanvändning har jämlikhetsaspekten blivit tydliggjord. Den samhällsekonomiska analysen visar att ett införande av vaccination mot hepatit B i det allmänna vaccinationsprogrammet innebär en kostnadsförskjutning från det privata till landstingen.

Socialstyrelsen uppskattar den årliga merkostnaden för att införa hepatit B i det allmänna barnvaccinationsprogrammet till 19 miljoner kronor baserat på 2013 års listpris för vaccinet. Den samhällsekonomiska analysen är känslig för bl.a. antaganden om pris för vaccinet. Socialstyrelsen bedömer att det finns förutsättningar för ett gynnsamt samhällsekonomiskt utfall vid införande av hepatit B i det allmänna vaccinationsprogrammet.

Ett införande av vaccination mot hepatit B i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn skulle bidra till att värna tillgången till jämlik vård. Den enskilde vårdnadshavarens ekonomiska ställning blir då inte avgörande för om barnet får den förebyggande vaccinationen.

Utredningen om hepatit B vaccination av barn har hamnat mellan den nya och gamla vaccinationsordningen för införandet av vaccinationer i barnvaccinationsprogrammet. Det är ett skäl till att processen dragit ut på tiden och lämnat utrymme för landstingen att regionalt införa vaccinationen. I förlängningen kan det över landet heterogena erbjudandet om hepatit B vaccination leda till ojämlik vård för enskilda individer. Socialstyrelsen anser att ett sådant program är en nationell angelägenhet oavsett om enstaka eller alla landsting infört det eller inte.

Tidsaspekten är i detta sammanhang värd att notera liksom de arbets- och kostnadsmässiga konsekvenser det har medfört att hålla underlaget aktuellt.

Uppdraget

Socialstyrelsen fick i maj 2013 i uppdrag av regeringen att i förväg, dvs. innan processen för den nya ordningen är fastställd, utvärdera hepatit B vaccination enligt den nya ordningen. I den utsträckning det är möjligt skulle de modeller för arbetsprocesser för framtagande av beslutsunderlag som myndigheten har fått i uppdrag att utarbeta användas.

I uppdraget ingick att komplettera det beslutsunderlag [1, 2 och 3] som ligger till grund för myndighetens förslag till ändring [4] av smittskyddsförordningen (2004:255). Socialstyrelsen skulle utifrån de faktorer som finns i 7 d § smittskyddsförordningen göra en bedömning av om beslutsunderlaget behöver uppdateras eller kompletteras. Samtliga faktorer skulle belysas, men medicinetiska och humanitära aspekter av den föreslagna vaccinationen skulle särskilt analyseras i samråd med myndighetens råd för etiska frågor.

Vidare skulle Socialstyrelsen göra en grundlig analys av vaccinationens samhällsekonomiska effekter och redogöra för hur dessa kostnader och intäkter fördelas mellan stat, landsting och kommun.

Uppdraget skulle redovisas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast 2013-12-01.

Bakgrund

Socialstyrelsen överlämnade 2012-12-28 ett förslag och tillhörande beslutsunderlag till Regeringskansliet (Socialdepartementet) om att införa hepatit B i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn. Vaccinationsförslaget innebar att tre doser hepatit B vaccin ges till målgruppen barn som vaccineras via BVC vid 3, 5 och 12 månader. Syftet med att införa hepatit B vaccination i det allmänna nationella vaccinationsprogrammet är dels att reducera smittsamhet och därmed smittspridning av en akut infektion men framför allt att förhindra kronisk sjukdom och dess följder såsom leversvikt och levercancer. Vaccin mot hepatit B, som är det första vaccin som skyddar mot cancer, har funnits sedan början av 1980-talet. Först några decennier senare följdes detta av ett andra cancerförebyggande vaccin nämligen vaccin mot HPV. På längre sikt, och vid generell internationell anslutning till WHO:s rekommendation om hepatit B vaccination i de nationella programmen, skulle hepatit B sjukdomen kunna elimineras och på sikt utrotas.

Det svenska arbetet med att ta fram ett underlag för allmän hepatit B vaccination påbörjades redan 2005. Ett antal faktorer har dock påverkat och försenat arbetsprocessen, bl.a. beslut om införande av vaccination mot HPV i barnvaccinationsprogrammet liksom influensapandemin 2009 samt utredning och proposition rörande ny vaccinationsordning. Den nya ordningen trädde i kraft 1 januari 2013 och Socialstyrelsen har därefter fått i uppdrag att ta fram en process för prövning av vaccinationer till de nationella programmen och en generell modell för samhällsekonomisk analys.

Riskgruppsvaccination

Socialstyrelsen har sedan tidigare utfärdat rekommendationer för vaccination mot hepatit B. I korthet innebär det att vaccination mot hepatit B rekommenderas till de personer som löper ökad risk att utsättas för dessa sjukdomar. Vilka av Socialstyrelsens rekommendationer till vaccination mot sjukdomar som ska omfattas av särskilda program för personer i riskgrupp kommer att utvärderas enligt den nya processen senast 2015, vilket innebär att riktad vaccination mot hepatit B då ses över för harmonisering mellan allmän och riktad vaccination mot denna sjukdom. Fram till dess gäller Socialstyrelsens rekommendationer för profylax mot hepatit B; profylax med vaccin och immunoglobulin – före och efter exposition [5].

Vid ett införande av hepatit B vaccination i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn kommer behovet av riskgruppsvaccination av spädbarn, med undantag för komplettering av tidigare ovaccinerade barn, att upphöra redan efter 1 år. Däremot kommer vaccination av övriga riskgrupper att behöva fortgå, liksom screening av gravida för hepatit B.

Komplettering av underlag

I enlighet med regeringsuppdraget har samhällsekonomiska effekter liksom medicinetiska och humanitära aspekter av förslaget analyserats. Socialstyrelsen har också gått igenom underlaget enligt de 13 faktorer som finns angivna i smittskyddsförordningen för den nya ordningen och kommit fram till att förutom de av regeringen begärda kompletteringsområdena behövde endast vaccinanvändningen i nuläget uppdateras ytterligare. Den slutsatsen är avstämd vid myndighetssamverkansmöte mellan Socialstyrelsen, Smittskyddsinstitutet (SMI) och Läkemedelsverket. Se också bilaga 1 med hänvisning till var dokumentation som rör de enskilda faktorerna återfinns i underlaget.

Uppdateringen beror inte på att tidigare inlämnade underlag inte var korrekta. Men det har tillkommit nya data och användningen har förändrats i landstingen där idag mer än hälften av alla spädbarn nås av ett landstingserbjudande om vaccination mot hepatit B. Sex landsting har inom ramen för regionala program infört allmän och kostnadsfri vaccination av barn medan ytterligare några erbjuder alla barn vaccination mot att föräldrarna betalar cirka 150 kr/dos.

Metod

För den samhällsekonomiska analysen [6] anlitades Institutet för hälsoekonomi (IHE) i Lund. Den modell som IHE har utformat enligt avrop i dnr 10059/2013 av den 18 februari 2013 om en generell modell för att kunna genomföra samhällsekonomiska analyser av nationella vaccinationsprogram skulle användas. Representanter för Socialstyrelsen, SMI och Läkemedelsverket deltagit i arbetet med att ta fram beräkningsunderlag liksom infektionsläkarexpertis och smittskyddsläkarexpertis.

För att belysa de medicinetiska och humanitära aspekterna för ett möjligt införande av allmän vaccination mot hepatit B i barnvaccinationsprogrammet har frågan behandlats på sammanträdet för Socialstyrelsens råd för etiska frågor i juni 2013.

I arbetet med Socialstyrelsens första lägesrapport om de nationella vaccinationsprogrammen [7] som lämnats in till regeringen 1 oktober 2013 konstaterades att även underlaget för de faktorer som rör användning av hepatit B vaccin i Sverige behöver uppdateras.

Hepatit B vaccin i Sverige

I denna del belyses följande faktorer:

5. vaccinets säkerhet
6. vaccinationens påverkan på verksamhet i landsting, kommuner och hos privata vårdgivare
7. vaccinets lämplighet att kombinera med övriga vacciner i de nationella vaccinationsprogrammen.

Tillgängliga vaccin[1]

I april 2013 godkändes ytterligare ett kombinationsvaccin inom EU. Hexyon, som är avsett för användning i barnvaccinationsprogram. Det skyddar, liksom Infanrix hexa, mot difteri, stelkramp, kikhosta, polio, Haemophilus influaenzae typ B och hepatit B.

Till skillnad från Infanrix hexa är Hexyon idag inte godkänt för användning enligt det svenska vaccinationsschemat, dvs. vaccination vid 3, 5, och 12 månaders ålder, utan den rekommenderade doseringen är tre primärdoser vid t.ex. 2, 3 och 4 eller 2, 4 och 6 månaders ålder och en boosterdos minst 6 månader senare.

Säkerhet och lämplighet att kombinera med övriga vacciner i de nationella vaccinationsprogrammen[2]

Under 2012 gjordes ändringar i produktinformationen för pneumokockvaccinet Prevenar 13 med en utvidgning av indikationen till att omfatta åldersgruppen 6 veckor till 17 år samt ett tillägg om en ökad förekomst av feberreaktioner vid samtidig användning av Prevenar 13 och Infanrix hexa. Kombinationsvaccinet Infanrix hexa ges för att förebygga difteri, stelkramp, polio, kikhosta, Hib och hepatit B. Feberreaktioner i samband med vaccination är i sig inte nytt, utan har rapporterats tidigare för flera barnvacciner.

Observationen tyder möjligen på en ökning i frekvens av feberreaktioner när Infanrix hexa ges tillsammans med pneumokockvaccin till spädbarn, men det är för närvarande inte möjligt att kvantifiera någon skillnad i frekvens när Infanrix hexa används istället för 5-valent vaccin tillsammans med pneumokock-vaccin i barnvaccinationsprogrammet. Regulatoriskt har denna signal inte gett upphov till någon förändrad rekommendation för användning av vaccinerna.

Vaccinanvändning i Sverige och vaccinationens påverkan på vårdgivarnas verksamhet

Som tidigare konstaterats i lägesrapporten om de nationella vaccinationsprogrammen har ett flertal landsting valt att redan idag och i form av regionala vaccinationsprogram erbjuda alla spädbarn hepatit B-vaccination (se tabell 1), antingen i form av kostnadsfri vaccination eller till självkostnadspris.

För några landsting har erbjudandet trätt i kraft under perioden 2011–2013, varför detta ännu inte återspeglas i vaccinationsstatistiken. Vaccinationsstatus vid två års ålder för barn födda 2006–2010 visar på nationell nivå en ökning av andelen vaccinerade mot Hepatit B med 3–4 doser från 22,5 procent i januari 2008 till 34,8 procent januari 2013.

[1] Källa Läkemedelsverket
[2] Källa: Läkemedelsverket

Tabell 1. Landstingens erbjudande om hepatit B vaccination till barn (gratis eller mot betalning).

Landsting	Befolkning		Typ av program mot hepatit B			Vaccinations-statistik januari 2013
	Antal	Andel (%)	Allmänt kostnads-fritt	Allmänt mot avgift	Riktat	Hepatit B 3-4 doser Barn födda 2010 (%)
Blekinge	152 315	1,6%			X	19,9%
Dalarna	276 555	2,9%		X		17,4%
Gotland	57 241	0,6%			X	14,6%
Gävleborg	276 637	2,9%		X		24,9%
Halland	304 116	3,2%			X	19,8%
Jämtland	126 201	1,3%		X		41,0%
Jönköping	339 116	3,5%		X		87,0%
Kalmar	233 548	2,4%		X		36,3%
Kronoberg	185 887	1,9%			X	22,5%
Norrbotten	248 637	2,6%	X			20,3%
Skåne	1 263 088	13,2%			X	35,2%
Stockholm	2 127 006	22,3%	X			39,3%
Sörmland	274 723	2,9%	X			29,6%
Uppsala	341 977	3,6%			X	27,2%
Värmland	273 080	2,9%		X		17,8%
Västerbotten	260 217	2,7%	X			28,6%
Västernorrland	241 981	2,5%	X			55,4%
Västmanland	256 224	2,7%			X	31,8%
Västra Götaland	1 600 447	16,7%			X	26,0%
Örebro	283 113	3,0%	X			83,2%
Östergötland	433 784	4,5%			X	25,0%
SUMMA	**9 555 893**					
Andel barn som omfattas			**36,0%**	**16,0%**	**48,1%**	**34,8%**

Slutsatser

Det har inte framkommit några nya data i säkerhetsuppföljningen som föranlett någon förändring i riskbedömningen jämfört med tidigare underlag. Vaccinationen ingår redan i flera landstings erbjudanden i samband med vaccination av barn.

Samhällsekonomisk analys

I denna del belyses faktor 10. vaccinationens samhällsekonomiska effekter och dess kostnader och intäkter i staten, kommunerna och landstingen.

Socialstyrelsen har gett IHE i uppdrag att genomföra en analys av olika strategier för vaccination mot hepatit B. I uppdraget står det att vaccinationens samhällsekonomiska effekter och dess kostnader och intäkter för staten, landstingen och kommunerna ska beaktas. För analysen användes den gene-

rella hälsoekonomiska modell för vaccinationsprogram som IHE utvecklat på uppdrag av Socialstyrelsen och som kalibrerades för det specifika fallet hepatit B. Resultaten finns tillgängliga i IHE:s rapport ”En samhällsekonomisk analys av två strategier för vaccination mot hepatit B” [6].

De två strategier som analyseras är:

1. Vaccination mot hepatit B inom ramen för det nationella barnvaccinationsprogrammet, i rapporten kallad allmän vaccination
2. Vaccination mot hepatit B såsom i dagens situation där Socialstyrelsen rekommenderar vaccination i särskilda riskgrupper.

I modellanalysen fördelades kostnader på tre kostnadsbärare: individer/arbetsgivare, landsting och stat. I modellen antar man en täckningsgrad på 98 procent i genomsnitt i varje födelsekohort vid allmän vaccination. För riktad vaccination gör modellanalysen tre antaganden kring täckningsgrad för att spegla den variation som förekommer i riket:

i. 20 procent, vilket motsvarar täckningsgraden om samtliga landsting endast vaccinerar barn tillhörande riskgrupper.
ii. 45 procent, vilket speglar genomsnittet i alla landsting år 2012/2013.
iii. 85 procent, vilket motsvarar täckningsgraden i de landsting som har högst täckningsgrad år 2012/2013.

Nedan följer utdrag ur rapporten och Socialstyrelsens analys.

Kostnader för stat, landsting, kommun

Analyserna visar att vid allmän vaccination mot hepatit B skulle resurser frigöras från privat sektor samtidigt som kostnaderna för landstingen som ansvarar för att genomföra vaccinationen skulle öka eftersom vaccinationer i barnvaccinationsprogrammet ska vara kostnadsfria för individen. Detta gäller för samtliga scenarier. Införande av allmän vaccination skulle innebära en omedelbar kostnadsökning i landstingen. Efterhand skulle kostnadsbäraren individ/arbetsgivare successivt kunna minska sin kostnad för vaccination då yngre kohorter redan har skydd mot hepatit B. På sikt sker även en viss minskning av annan sjukvårdskonsumtion till följd av färre fall av hepatit B. Resultaten spänner från att allmän vaccination har en hög kostnad per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår, QALY, vid dagens upphandlade priser, till att det är en kostnadsbesparande och livskvalitetshöjande strategi vid det hypotetiska framtida priset som beräknats utifrån samma rabattnivå på det hexavalenta vaccinet innehållande hepatit B som för det pentavalenta vaccinet som inte innehåller hepatit B. Liksom förväntat medförde diskontering med 3 procent att kostnadseffektiviteten för allmän strategi jämfört med riktad strategi blev sämre eftersom att framtida nytta och kostnadsbesparingar väger lättare i analysen i förhållande till mer närliggande års förhöjda kostnader för en utökad vaccinationstäckning.

Jämfört med dagens genomsnittliga täckningsgrad på 45 procent, och beräknat på 2013 års listpris för vaccin, innebär den allmänna strategin en genomsnittlig kostnadsökning på 19 miljoner per år och en kostnadsbesparing på 23 miljoner kronor per år för individer/arbetsgivare. Vid den lägre täck-

ningsgraden på 20 procent för strategi riktad blir skillnaden i landstingens totala kostnadsbörda större. Ett införande av allmän vaccination ökar då kostnaderna omkring 28 miljoner kronor per år. På motsvarande sätt blir det en mer blygsam kostnadsökning för landstingen när modellanalysen antar att den riktade strategin ger 85 procent täckningsgrad; cirka 4,7 miljoner per år eller 470 miljoner kronor över 100 år.

Den genomsnittlig årliga vaccinationskostnaden för landstingen om hepatit B vaccination inkluderas i det allmänna barnvaccinationsprogrammet, och beräknat på 2013 års listpris för vaccin, blir cirka 39 miljoner kronor för samtliga barn i en genomsnittlig födelsekohort om cirka 113 000 barn. Den totala merkostaden av en allmän strategi varierar dock mellan enskilda landsting, beroende på om de redan idag erbjuder vaccination till alla barn eller tillämpar en mer restriktiv strategi med enbart riskbarnsvaccination.

I den samhällsekonomiska analysen har man bedömt att kommunen har inga eller försumbara kostnader för hepatit B vaccination enligt gällande förslag, då vaccinationen kommer att ges till spädbarn via barnavårdscentral (landstingsverksamhet). Den direkta kostnad som kan tillkomma för kommun är uppvaccinering av de enskilda barn som inte erhållit vaccinationen inom ramen för BVC-verksamheten. Detta rör då huvudsakligen de barn som i skolåldern är nyanlända till Sverige och ovaccinerade. Antalet barn som kan bli aktuella för uppvaccinering är svårt att skatta, men det rör sig sannolikt om ett fåtal, och kostnaden bedöms därför som försumbar ur ett samhällsperspektiv. Eftersom denna kostnad inte kommer att skilja sig med hänsyn till vald strategi inom Sverige beaktas inte kostnaden för att vaccinera nyanlända invandrare i analyserna.

Den aktuella rapporten, baserad på 2013 års priser, redovisar högre kostnader för en allmän vaccination mot hepatit B jämfört med riktad strategi än tidigare rapport baserad på data för år 2007. De högre kostnaderna beror framförallt på förändringar i relativpriser mellan pentavalent och hexavalent vaccin mellan åren 2007 och 2013.

IHE konstaterar att det är svårt att säga om vaccination mot hepatit B inom ramen för det allmänna barnvaccinationsprogrammet är kostnadseffektivt eller inte. Modellanalysen visar att resultaten är mycket känsliga för antaganden om pris på vaccinationen och nuvarande täckningsgrad. Nuvarande täckningsgrad varierar mellan landsting och grupper av individer till följd av beslut om erbjudande av vaccination hos enskilda huvudmän såväl som beslut hos enskilda privatpersoner och arbetsgivare.

Slutsatser

Den samhällsekonomiska analysen visar att vaccinpriset är en viktig parameter och indikerar att resultatet av förhandlingen mellan huvudmän och tillverkare har stor betydelse för utfallet. Vinsten av vaccination ligger långt fram i tiden, men ur ett samhällsperspektiv ses kostnadsbesparing vid allmän vaccination om resultaten redovisas utan diskontering. Merkostnaden för landstingen varierar beroende på vilken vaccinationsstrategi som idag tillämpas regionalt. Kostnaden per vaccinerad individ förväntas bli lägre om allmän vaccination införs eftersom dessa vaccinationer kan administreras inom

de redan idag fungerande rutinerna för barnvaccination. Det skulle dock bli en kostnadsförskjutning från privat sektor till landstingen.

Medicinetiska och humanitära överväganden

I denna del belyses faktor 13. medicinetiska och humanitära överväganden.

Socialstyrelsens råd för etiska frågor

Socialstyrelsens råd för etiska frågor har ombetts att särskilt belysa de etiska, medicinetiska och humanitära aspekterna av vaccination av barn samt de eventuella specifika aspekterna för införande av allmän vaccination mot hepatit B i det nationella vaccinationsprogrammet för barn.

Frågan togs upp vid rådets sammanträde 2013-06-04. I protokollet från sammanträdet antecknades följande:

…..Ledamöterna diskuterade frågan om det överhuvudtaget är möjligt att vaccinera ett barn som inte själv är beslutskapabelt. Det konstaterades att rättsordningen är klar på denna punkt. I en sådan situation träder föräldrarna in i barnets ställe och får avgöra om deras barn ska vaccineras eller inte.

En annan fråga som diskuterades var om det i en vaccinationssituation ska göras några överväganden kring vinsterna för samhället med en vaccination i förhållande till riskerna för det enskilda barnet. En åsikt som fördes fram gick ut på att man aldrig i den enskilda situationen som barn eller förälder ska behöva göra avvägningar utifrån allmännyttan……

En annan viktig aspekt är att man inte heller vet vilka som kommer att tillhöra riskgrupperna. Ledamöterna ansåg att solidaritetstanken är ett viktigt argument. De ansåg dock att i en situation där föräldrarna företräder sitt barn kan föräldrarna aldrig ta hänsyn till en solidaritetshandling. Under alla förhållanden måste det alltid skiljas på vad som är praxis och vad som är argument för en sådan praxis. Det är viktigt när praxisen presenteras att fokusera på de goda effekterna i stället för på solidaritetstanken..…

I fråga om ansvars- och rollfördelning mellan hälso- och sjukvården och den enskilde konstaterades att de flesta vaccinationer sker i samband med utlandsresor. Kostnaderna flyttas då över på den enskilde. Dessa vaccinationer tar dock inte hänsyn till den långa osäkerhetsperiod som finns där den enskilde inte vet om han eller hon är smittad eller inte. Detta talar för en tidig vaccination i enlighet med det allmänna programmet som rekommenderas.

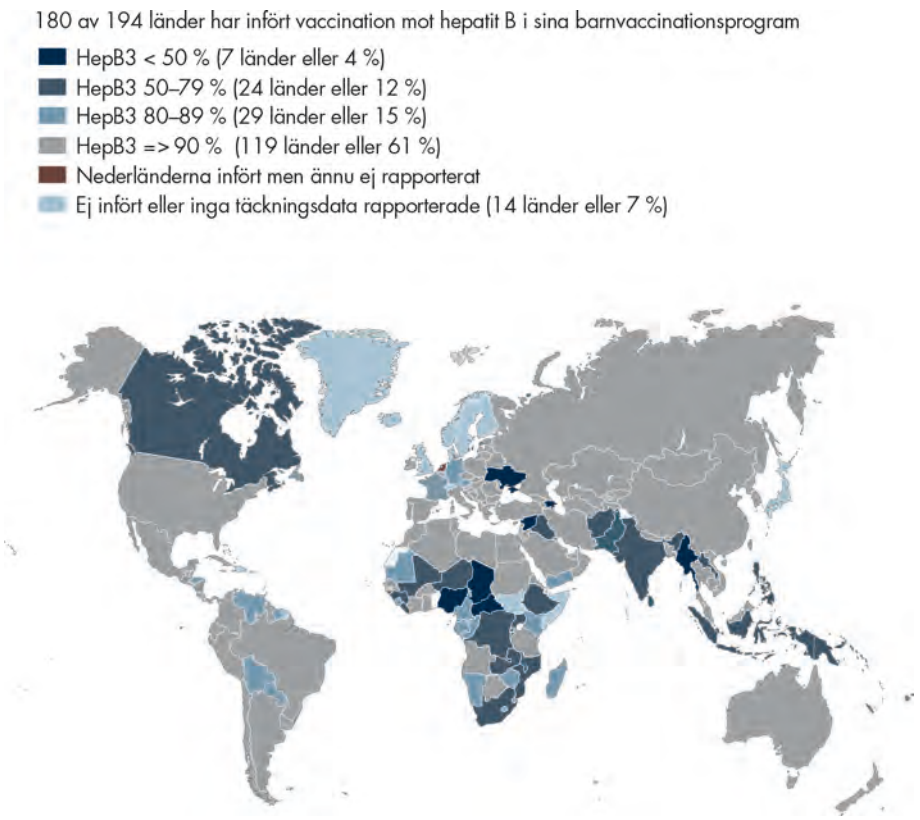
Slutligen diskuterades frågan om man kan beakta kostnaden för landets sjukhus som en parameter i en etisk diskussion, om vaccination mot hepatit B är lika angelägen som de vaccin som redan ingår i det allmänna vaccinationsprogrammet samt om den nu aktuella vaccinationen avviker från övriga vaccinationer som ingår i programmet. Beträffande den andra frågan ansåg några ledamöter att såväl allvarhetsgraden som frekvensen måste vara av betydelse.

Socialstyrelsens slutsats av det som nu redovisats är att rådet sammanfattningsvis fann att mycket talade för en rekommendation. Bedömningen är att rådet inte såg något medicinetiskt eller humanitärt dilemma som specifikt avsåg frågan om införandet av hepatit B vaccination i det allmänna nationella vaccinationsprogrammet för barn. De medicinetiska och humanitära överväganden ansågs vara huvudsakligen av mer generell natur. Dessa ansågs inte avvika från de vaccinationer som redan ingår i barnvaccinationsprogrammet.

WHO och FN:s Barnkonvention

Som nämns i tidigare underlag rekommenderar WHO sedan 1992 att hepatit B vaccination integreras i de nationella vaccinationsprogrammen där så är möjligt. Vaccination ingår i nästan alla världens länder (se graf 1, karta från WHO). Globalt har 180 länder infört hepatit B i barnvaccinationsprogrammet, 14 länder (7 procent) har ännu inte inkluderat hepatit B vaccination i det nationella vaccinationsprogrammet för barn. Undantagen i vår del av världen är Danmark, Norge, Finland, Island och Storbritannien. Irland och Holland var tidigare med bland undantagen men där har man nyligen infört vaccination mot hepatit B.

Graf 1: Karta över global vaccintäckning mot hepatit B. Källa WHO www.who.int/immunization_monitoring/diseases/hepatitis/en



Vaccination av barn kan även finna stöd i § 24 FNs barnkonvention där det står att varje barn har rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård. Det är olyckligt om barnens tillgång till förebyggande hälsovård ska avgöras av i vilket landsting man bor eller av föräldrarnas ekonomiska möjligheter att själva bekosta sådan vaccination som i andra landsting är kostnadsfri.

Övriga etiska och humanitära aspekter för allmän vaccination av barn mot hepatit B

I tidigare remissvar har företrädare för Svenska Barnläkarföreningen och Barnhälsovårdsöverläkarna lyft problematiken i samband med placering inom barnomsorgen av barn som är smittbärare för hepatit B.

Andra remissinstanser som smittskyddsläkarna och Riksföreningen för familjer med hepatit B bärande barn, RFHB, har framfört allmän vaccination av barn mot hepatit B som ett led i att minska stigmatiseringen av förskolebarn med kroniskt bärarskap. Allmän barnvaccination skulle kunna bidra till att minska rädslan hos omgivningen mot hepatit B och därmed leda till minskad risk för social stigmatisering av hepatit B-smittade barn. Ett införande av hepatit B-vaccination i det nationella vaccinationsprogrammet för barn skulle dessutom på några års sikt innebära minskat behov av hepatit B-vaccination av barn i förskolan kring smittad kamrat och i förlängningen att vaccination mot hepatit B av förskolebarn kan upphöra när barngruppen redan är skyddad.

Att landstingen nu på egen hand inför vaccination mot andra sjukdomar utöver vaccinationerna som ingår i det nationella programmet, väcker flera frågor, bl.a. huruvida förtroendet för vaccinationsprogrammen påverkas av att programmet skiljer sig åt beroende på i vilket landsting man bor.

Säkerhet och effektivitetsaspekterna är även viktiga för att bibehålla förtroendet för vaccinationsprogrammet och lyfter behovet av riktad information. Som exempel avser Socialstyrelsen att ta fram ett informationsblad till föräldrar där känsliga frågor belyses. (Bilaga 2, Faktablad hepatit B).

Slutsatser

Socialstyrelsens slutsats är att det ur medicinetisk och humanitär aspekt finns flera faktorer som talar för ett införande av hepatit B vaccination i det allmänna programmet och att det inte framkommit några för hepatit B specifika dilemman som talar mot ett införande. För frågan om jämlik vård innebär allmän vaccination en jämnare tillgång till vaccination samt att de som vaccineras med större sannolikhet genomför samtliga tre vaccinationer som ingår i grundvaccinationen.

Referenser

1. Hepatit B-vaccination – Kunskapsunderlag från experter. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010. Artikelnummer: 2010-1-21

2. Appendix till kunskapsunderlag om hepatit B-vaccination. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.

3. Kostnadsanalys för hepatit B-vaccination – Analys av sjukvårdens förväntade och inbesparade kostnader vid införande av vaccination mot hepatit B i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn i Sverige. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010. Artikelnummer: 2010-1-22

4. Socialstyrelsens rekommendation om införande av hepatit B i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn; 2012 samt Missiv Förslag om införande av vaccination mot hepatit B i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn daterat 121228; 2012

5. Rekommendationer för profylax mot hepatit B - Profylax med vaccin och immunoglobulin - före och efter exposition. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005. Artikelnummer: 2005-130-6

6. En samhällsekonomisk analys av två strategier för vaccination mot hepatit B. IHE; 2013

7. De nationella vaccinationsprogrammen – lägesrapport 2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013. Artikelnummer: 2013-10-7

Bilaga 1
Läshänvisning till underlaget

Faktorerna och läshänvisning till underlaget

Enligt smittskyddsförordningen (2012:622) ska 13 faktorer belysas i beslutsunderlag om införande av ny vaccination i det nationella vaccinationsprogrammet. Socialstyrelsen har för underlaget till rekommendation om införande av hepatit B vaccination fått i uppdrag att komplettera faktorerna 10, samhällsekonomiska konsekvenser samt faktor 13 medicinetiska och humanitära överväganden. Därutöver har även underlaget för faktorerna 5, 6 och 7, dvs. faktorer som rör vaccinanvändningen kompletterats.
Nedan följer en förteckning över de 13 faktorerna och var de tas upp i underlagen och analyseras. Samtliga faktorer redovisas utan inbördes rangordning.

1. sjukdomsbördan i samhället, i hälso- och sjukvården och för enskilda individer,

- Socialstyrelsens rekommendation: under avsnitt
    - Sjukdomsbörda, nuvarande vaccinations-program och förväntat resultat med ett allmänt vaccinationsprogram

- Hepatit B-vaccination Kunskapsunderlag från experter: under avsnitt
    - Hepatit B – klinik och global epidemiologi
    - Hepatit B och levercancer
    - Hepatit B-epidemiologi i Sverige

- Appendix till Hepatit B-vaccination – kunskapsunderlag från experter. Kompletteringar t.o.m. 2012; under avsnitt
    - Sjukdomsbörda av akut och kronisk hepatit B i Sverige
    - Män som har sex med män

2. vaccinationens förväntade påverkan på sjukdomsbördan och på sjukdomens epidemiologi,

- Socialstyrelsens rekommendation: under avsnitt
    - Sjukdomsbörda, nuvarande vaccinations-program och förväntat resultat med ett allmänt vaccinationsprogram

- Hepatit B-vaccination Kunskapsunderlag från experter: under avsnitt
    - Expertgruppens sammanfattning
    - Sjuklighet och vaccinationstäckning i grupper som rekommenderas hepatit B-vaccination
    - Tänkbara vaccinationsstrategier

- Komplettering av beslutsunderlag; under avsnitt
    - Övriga etiska och humanitära aspekter för allmän vaccination av barn mot hepatit B

3. det antal doser som bedöms krävas för att uppnå önskad effekt,

- Socialstyrelsens rekommendation: under avsnitt
    - Målgrupp, logistik och infrastruktur för genomförande

- Hepatit B-vaccination Kunskapsunderlag från experter: under avsnitt
    - Vaccin mot hepatit B-virusinfektion
    - Varaktighet av skyddet efter hepatit B-vaccination

4. de målgrupper som ska erbjudas vaccination,

- Socialstyrelsens rekommendation: under avsnitt
    - Målgrupp, logistik och infrastruktur för genomförande

- Hepatit B-vaccination Kunskapsunderlag från experter: under avsnitt
    - Tänkbara vaccinationsstrategier

- Komplettering av beslutsunderlag
    - Bakgrund

5. vaccinets säkerhet,

- Socialstyrelsens rekommendation: under avsnitt
    - Effekt och säkerhet

- Hepatit B-vaccination Kunskapsunderlag från experter: under avsnitt
    - Vaccin mot hepatit B-virusinfektion -Säkerhet och biverkningsprofil

- Komplettering av beslutsunderlag; under avsnitt
    - Användning av hepatit B vaccin i Sverige

6. vaccinationens påverkan på verksamhet i landsting, kommuner och hos privata vårdgivare,

- Socialstyrelsens rekommendation: under avsnitt
    - Målgrupp, logistik och infrastruktur för genomförande

- Hepatit B-vaccination Kunskapsunderlag från experter: under avsnitt
    - Tänkbara vaccinationsstrategier

Appendix till Hepatit B-vaccination – kunskapsunderlag från experter. Kompletteringar t.o.m. 2012; under avsnitt
    - Användning av hepatit B-vacciner i Sverige

- Komplettering av beslutsunderlag; under avsnitt
    - Användning av hepatit B vaccin i Sverige
    - Samhällsekonomisk analys

7. vaccinets lämplighet att kombinera med övriga vacciner i de nationella vaccinationsprogrammen,

- Socialstyrelsens rekommendation: under avsnitt
    - Interaktion

- Hepatit B-vaccination Kunskapsunderlag från experter: under avsnitt
    - Vaccin mot hepatit B-virusinfektion

- Komplettering av beslutsunderlag; under avsnitt
    - Användning av hepatit B vaccin i Sverige

8. allmänhetens möjlighet att acceptera vaccinet och dess påverkan på attityder till vaccinationer generellt,

- Socialstyrelsens rekommendation: under avsnitt
    - Acceptans

- Hepatit B-vaccination Kunskapsunderlag från experter: under avsnitt
    - Föräldrars attityd till vaccination

Appendix till Hepatit B-vaccination – kunskapsunderlag från experter. Kompletteringar t.o.m. 2012; under avsnitt
    - Användning av hepatit B-vacciner i Sverige

- Komplettering av beslutsunderlag; under avsnitt
    - Användning av hepatit B vaccin i Sverige

9. vilka andra tillgängliga, förebyggande åtgärder eller behandlingar som kan vidtas eller ges som alternativ till vaccination i ett nationellt vaccinationsprogram,

- Socialstyrelsens rekommendation: under avsnitt
    - Sjukdomsbörda, nuvarande vaccinations-program och förväntat resultat med ett allmänt vaccinationsprogram

- Hepatit B-vaccination Kunskapsunderlag från experter: under avsnitt
    - Socialstyrelsens nuvarande rekommendationer om hepatit B-profylax
    - Tänkbara vaccinationsstrategier

- Appendix till Hepatit B-vaccination – kunskapsunderlag från experter Kompletteringar t.o.m. 2012; under avsnitt
    - Användning av hepatit B-vacciner i Sverige
    - Behandling av kronisk hepatit B

- Komplettering av beslutsunderlag; under avsnitt
    - Användning av hepatit B vaccin i Sverige

10. vaccinationens samhällsekonomiska effekter och dess kostnader och intäkter i staten, kommunerna och landstingen,

- Socialstyrelsens rekommendation: under avsnitt
    - Hälsoekonomisk utvärdering

- Komplettering av beslutsunderlag; under avsnitt
    - Samhällsekonomisk analys

- IHE Rapport En samhällsekonomisk analys av två strategier för vaccination mot hepatit B

11. möjligheterna till uppföljning av vaccinationens effekter i de avseende som anges i 1-10 samt statens beräknade kostnader för sådan uppföljning,

- Socialstyrelsens rekommendation: under avsnitt
    - Uppföljning

Appendix till Hepatit B-vaccination – kunskapsunderlag från experter Kompletteringar t.o.m. 2012; under avsnitt

- Arbetsplan för övervakning av hepatit B-vaccination i det allmänna barnvaccinationsprogrammet
- Kostnadsberäkningar för övervakningen

12. behovet av informationsinsatser i förhållande till allmänheten och vårdgivare och kostnaden för dessa insatser,

- Socialstyrelsens rekommendation: under avsnitt
    - Behov av informationsinsatser

13. medicinetiska och humanitära överväganden.

- Socialstyrelsens rekommendation: under avsnitt
    - Medicinetiska och humanitära överväganden

- Komplettering av beslutsunderlag; under avsnitt
    - Medicinetiska och humanitära överväganden

Bilaga 2
Faktablad hepatit B

Vaccination mot hepatit B

INFORMATION TILL VÅRDNADSHAVARE

Från och med XX xxxxxxxxx XXXX ingår vaccination mot hepatit B i det nationella vaccinationsprogram som erbjuds kostnadsfritt till alla barn i Sverige. På detta faktablad finns information både om sjukdomen och eventuella biverkningar av vaccinet.

Hepatit B orsakar sjukdom i levern

Hepatit B är ett virus som orsakar en inflammation i levern. Spridningen sker via blod eller andra kroppsvätskor. Hos en del märks sjukdomen inte alls, medan andra kan bli mycket sjuka under flera månader. Vanligen visar sig sjukdomen genom trötthet, brist på matlust, muskel- och ledvärk samt ibland feber. Ögonvitorna och huden får därefter en gulaktig ton, vilket har gjort att sjukdomen även fått namnet gulsot.

Sjukdomen kan bli kronisk

Hos de flesta går sjukdomen över och de blir helt friska igen, men hos några stannar virus kvar i kroppen. Risken för att få en kronisk infektion är större ju yngre man är när man smittas av hepatit B och för de yngsta barnen uppemot 90%. På sikt kan en sådan s.k. kronisk infektion leda till olika former av leverskador eller cancer i levern. Risken för att få en kronisk infektion är större ju yngre man är när man smittas av hepatit B. För nyfödda är risken hela 90 procent, men den sjunker gradvis, så från 7 år är risken under 5 procent.

Vid kronisk infektion kan man minska virusmängden genom långvarig behandling med antivirusmedicin,

Vilka biverkningar förekommer?

Vacciner och andra läkemedel godkänns inom EU först efter att effekt och säkerhet noggrant har undersökts i kliniska studier. Vaccin mot hepatit B, liksom andra vacciner, kan ge biverkningar, men nyttan av vaccinationen bedöms dock vara större än riskerna.

Bland de biverkningar som förekommer är de flesta milda och snabbt övergående.

VANLIGT: (ses hos minst 1 av 10 vaccinerade): rött, svullet och ömt där nålen stacks in, feber, aptitlöshet, diarré, kräkning.

OVANLIGT ELLER SÄLLSYNT: omfattande svullnad där nålen stacks in, klåda, hudutslag.

Du som förälder avgör

Det finns inga krav på obligatorisk vaccination, utan det är du som förälder som avgör om ditt barn ska vaccineras. Var noga med att hålla reda på ditt barns vaccinationer genom BVC-kortet eller på annat sätt.

Vill du veta mer?

Vänd dig i första hand till barnavårdscentralen. Mer information om biverk-

men det finns ingen bra behandling som kan få infektionen att helt läka ut.

När ges vaccinationen?

Vaccinationen ges vid tre tillfällen under det första levnadsåret, vid 3, 5 och 12 månaders ålder. Hepatit B ingår i ett kombinerat vaccin som även innehåller vaccin mot difteri, stelkramp, kikhosta, polio och Hib-infektion. Det gör att det inte krävs något extra stick för att bli vaccinerad mot hepatit B.

Vilket skydd ger vaccinationen?

Hepatit B-vaccin **var** det första vaccinet med ett skydd mot en form av cancer. Vaccinet är mycket effektivt och nästan alla barn som blir vaccinerade utvecklar ett skydd. Skyddet är mycket långvarigt och troligen livslångt.

ningar hittar du i Patient-Fass www.fass.se.

VIKTIGT!

Före vaccinationen – Berätta om ditt barn är allergiskt eller reagerade onormalt på tidigare vaccinationer.

Efter vaccinationen – Kontakta barnavårdscentralen om du märker något ovanligt hos ditt barn den närmaste tiden.

The Swedish Institute for Health Economics
Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi

RAPPORT

En samhällsekonomisk analys av två strategier för vaccination mot hepatit B

Slutrapport 2013-10-04, reviderad 2013-10-23

Anna Häger Glenngård

Adam Lundqvist

Katarina Steen Carlsson

Box 2127 | Visit: Råbygatan 2
SE-220 02 Lund | Sweden
Phone: +46 46-32 91 00
Fax: +46 46-12 16 04
E-mail: info@ihe.se
www.ihe.se
Org nr 556186-3498
Vat no SE556186349801

Innehåll

Sammanfattning ... 4
Bakgrund ... 4
Syfte ... 4
Metoder och underlag ... 4
Priser ... 6
Resultat ... 6
Kostnadseffektivitet ... 6
Konsekvenser per kostnadsbärare ... 7
Slutsats ... 8
1 Bakgrund ... 9
1.1 Uppdraget från Socialstyrelsen ... 10
1.2 Studiens syfte ... 10
1.3 Genomförande ... 10
2 Metod och data ... 12
2.1 En generell modell för vaccinationsprogram ... 12
2.2 Välja och definiera modellens parametrar ... 13
Vaccinationsstrategier ... 13
Kategorier ... 14
Status ... 14
Smittvägar ... 15
Inflöden och utflöden ... 16
Tidsperspektiv ... 17
Kostnader ... 17
Livskvalitet ... 18
2.3 Inställning av modellens parametrar ... 19
Vaccinationsstrategier ... 19
Kategorier – initial fördelning ... 20
Kategoribyte ... 21
Status – initial fördelning ... 21
Statusbyte (förlopp) ... 24
Inflöden och utflöden ... 25
Smittvägar ... 26
Kostnader ... 27
Livskvalitet ... 31

3 Resultat 33
3.1 Kostnadseffektivitet 34
3.2 Kostnadspåverkan 37
3.3 Begränsningar i analyserna 42
Osäkerhet i indata 42
Känslighetsanalyser 43
4. Analys och tolkning av resultat 44
5. Slutsatser 47
Referenser 48

Sammanfattning

Bakgrund

Socialstyrelsen har gett Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, IHE, i uppdrag att genomföra en analys av olika strategier för vaccination mot hepatit B. I uppdraget står det att vaccinationens samhällsekonomiska effekter samt dess kostnader och intäkter för staten, landsting och kommunerna ska beaktas. Uppdraget anger att: ”Analysen ska göras genom att tillämpa den modell som IHE har utformat enligt avrop i dnr 10059/2013 av den 18 februari 2013 om en generell modell för att kunna genomföra samhällsekonomiska analyser av nationella vaccinationsprogram.”

Syfte

Syftet med studien är att analysera och redovisa konsekvenser av att inkludera en allmän vaccination mot hepatit B inom ramen för det nationella barnvaccinationsprogrammet i Sverige. Allmän vaccination jämförs med dagens situation där Socialstyrelsen rekommenderar vaccination i särskilda riskgrupper, i rapporten kallat riktad vaccination. Analysen ska i ett samhällsperspektiv belysa kostnadseffektivitet av att införa allmän vaccination mot hepatit B, genom att jämföra kostnader och hälsoeffekter för de två vaccinationsstrategierna. Vidare ska påverkan på kostnader för olika kostnadsbärare analyseras.

Metoder och underlag

För analysen användes den generella hälsoekonomiska modell för vaccinationsprogram som IHE utvecklat på uppdrag av Socialstyrelsen och som kalibrerades för det specifika fallet hepatit B. Modellen har en Markovliknande struktur som för hepatit B omfattar 12 status (hälsotillstånd) och 11 kategorier (befolkningen efter ålder och riskgrupp). Varje individ i befolkningen tillhör i varje tidpunkt en kategori och en status. En kohort av individer motsvarande Sveriges befolkning tillåts i varje modellcykel flytta mellan status och kategorier enligt sannolikheter som anges av användaren.

Kohortmodellens syfte är att beräkna förändringar i livskvalitet och kostnader till följd av förändringar i sjukdomsspridning och överlevnad i ett samhällsekonomiskt perspektiv. Analysen av vaccination mot hepatit B gjordes med ett 100-årigt perspektiv.

Vaccinationsstrategier i modellanalysen:

- Vaccination mot hepatit B inom ramen för det nationella barnvaccinationsprogrammet, i rapporten kallad **allmän** vaccination;
- Vaccination mot hepatit B såsom i dagens situation där Socialstyrelsen rekommenderar vaccination i särskilda riskgrupper, i rapporten kallad **riktad** vaccination.

Den faktiska täckningsgraden av vaccination mot hepatit B i dagens situation beror på beslut hos flera aktörer. Utöver att landstingen erbjuder vaccination mot hepatit B för personer med ökad risk för smitta, sker också vaccination mot hepatit B på initiativ enskilda individer och arbetsgivare. Därtill erbjuder flera landsting i dagens situation vaccination mot hepatit B inom ramen för det befintliga barnvaccinationsprogrammet, antingen kostnadsfritt eller mot en extra avgift.

Modellanalysen antar en täckningsgrad på 98 procent i genomsnitt i varje födelsekohort vid allmän vaccination. För riktad vaccination gör modellanalysen tre antaganden kring täckningsgrad för att spegla den variation som förekommer i riket:

i. 20 procent, vilket motsvarar täckningsgraden om samtliga landsting endast vaccinerar barn tillhörande riskgrupper.
ii. 45 procent, vilket speglar genomsnittet i riket år 2012/2013.
iii. 85 procent, vilket motsvarar täckningsgraden i de landsting som har högst täckningsgrad år 2012/2013.

I modellanalysen fördelades kostnader på tre kostnadsbärare: individer/arbetsgivare, landsting och stat.

Inställning av modellens parametrar avseende fördelningar mellan grupper samt för samband mellan och inom kategorier och status gjordes i samarbete med Socialstyrelsens expertgrupp utifrån Socialstyrelsens publicerade kunskapsunderlag om hepatit B samt publicerade artiklar och tillgänglig statistik.

Priser

Modellanalysen utgår från 2013 års prisnivå på sjukvårdsresurser och produktionsbortfall. Analysen antar tre prisnivåer för merkostnaden av ett kombinationsvaccin där skydd mot hepatit B ingår (hexavalent), istället för ett kombinationsvaccin där skydd mot hepatit B inte ingår (pentavalent). Detta på grund av osäkerheten kring det faktiska priset för ett hexavalent vaccin om hepatit B inkluderas i det nationella barnvaccinationsprogrammet:

i. Listpris år 2013.
ii. Genomsnittligt upphandlat pris i tillgängliga landsting år 2013.
iii. Ett hypotetiskt framtida upphandlat pris där rabatten på ett hexavalent vaccin antas vara i samma storleksordning som på ett pentavalent vaccin.

Sammanlagt utvärderas nio scenarier för att ta hänsyn till osäkerhet kring framtida pris på vaccin samt vilken täckningsgrad som kan betraktas som ett representativt jämförelsealternativ till allmän vaccination.

Resultat

Resultaten presenteras som kostnadseffektivitet ur ett samhällsperspektiv samt påverkan på kostnader för olika kostnadsbärare. Analyserna visar att resultaten är känsliga för antaganden om både *vaccinpris* och *täckningsgrad* för den strategi som jämförs mot allmän vaccination samt för om kostnader och nytta *diskonteras* eller inte.

Kostnadseffektivitet

Med ett 100-årigt perspektiv i analysen genereras stora skillnader i kostnader och livskvalitet mellan strategierna. Strategin allmän kostar 121 miljoner kronor mer och ger 44 QALYs jämfört med strategin riktad under antaganden om att denna har 45 procent täckningsgrad, vaccinpriset motsvarade 2013 års listpris samt 3 procents diskonteringsränta. Sammantaget resulterar detta i en kostnad motsvarande 2,8 miljoner kronor per vunnet QALY.

Val av *diskonteringsränta* har stor påverkan på den beräknade kostnadseffektiviteten. Sätts diskonteringsräntan till 0 procent innebär allmän vaccination, under i övrigt samma antagande som ovan, en kostnadsbesparing på drygt 500 miljoner kronor samt 352 vunna QALYs. Detta är en följd av att kostnader vid barnvaccination uppstår direkt, medan hälsovinster och kostnadsbesparingar i vården uppkommer först (långt) senare som en följd av minskade risker för att insjukna i hepatit B och dess efterföljande komplikationer.

Även *vaccinpriset* har ett stort inflytande på kostnadseffektiviteten. Med dagens upphandlade priser har allmän vaccination en mycket hög kostnad per vunnet QALY. Men med det hypotetiska framtida priset leder allmän vaccination till både hälsovinster och kostnadsbesparingar.

Konsekvenser per kostnadsbärare

Införande av allmän vaccination påverkar på både direkta och indirekta kostnader hos olika kostnadsbärare. Kostnader relaterade till själva vaccinationen svarar för den största kostnadsandelen medan förändringar i sjukdomskostnader i övrigt och förändringar kostnader för produktionsförluster är förhållandevis begränsade.

Analyserna visar att vid allmän vaccination mot hepatit B skulle resurser frigöras från privat sektor samtidigt som kostnaderna för landstingen som ansvarar för att genomföra vaccinationen skulle öka eftersom vaccinationer i barnvaccinationsprogrammet ska vara kostnadsfria för individen. Detta gäller för samtliga scenarier. Införande av allmän vaccination skulle innebära en omedelbar kostnadsökning i landstingen. Efterhand skulle kostnadsbäraren individ/arbetsgivare successivt skulle kunna minska sin kostnad för vaccination då yngre kohorter redan har skydd mot hepatit B. På sikt sker även en viss minskning av annan sjukvårdskonsumtion till följd av färre fall av hepatit B.

Jämfört med dagens genomsnittliga *täckningsgrad* på 45 procent för vaccination mot hepatit B, ökar landstingens vaccinationskostnader med sammanlagt drygt 2 miljarder kronor de närmaste 100 åren, medan sjukdomskostnaderna minskar med 175 miljoner kronor om allmän vaccination införs (odiskonterade värden). För landstingen sammantaget innebär den allmänna strategin en nettokostnadsökning med 1,9 miljarder kronor, vilket motsvarar en genomsnittlig kostnadsökning på 19 miljoner per år. Över samma tid erhåller individer/arbetsgivare en kostnadsbesparing på 2,3 miljarder kronor.

Om vi istället antar den lägre täckningsgraden på 20 procent för strategi riktad blir skillnaden i landstingens totala kostnadsbörda större. Ett införande av allmän vaccination ökar då kostnaderna med 2,8 miljarder kronor i 100-årsperspektivet (omkring 28 miljoner kronor per år). På motsvarande sätt blir det en mer blygsam kostnadsökning för landstingen när modellanalysen antar att den riktade strategin ger 85 procents täckningsgrad; 470 miljoner kronor över 100 år.

Den totala vaccinationskostnaden för landstingen om hepatit B vaccination inkluderas i det allmänna barnvaccinationsprogrammet blir 3,9 miljarder kronor för en 100-årsperiod (odiskonterat värde). Detta motsvarar en genomsnittlig årlig vaccinationskostnad på 39 miljoner kronor för samtliga barn i en genomsnittlig födelsekohort om cirka 113 000 barn.

Föreliggande rapport, baserad på 2013 års priser, redovisar högre kostnader för en allmän vaccination mot hepatit B jämfört riktad strategi än en tidigare rapport baserad på data för år 2007. De högre kostnaderna beror framförallt på förändringar i relativpriser mellan pentavalent och hexavalent vaccin mellan åren 2007 och 2013.

Slutsats

Det är svårt att säga om vaccination mot hepatit B inom ramen för det allmänna barnvaccinationsprogrammet är kostnadseffektivt eller inte. Modellanalysen visar att resultaten är mycket känsliga för antaganden om pris på vaccinationen och nuvarande täckningsgrad. Analysen visar också att införande av allmän vaccination successivt skulle minska kostnadsbördan för hepatit B vaccination i privat sektor hos individer och arbetsgivare som idag väljer att själva bekosta vaccination. Kostnaderna för hepatit B vaccination hos landstingen skulle öka betydligt vid införande av allmän vaccination, men i olika utsträckning beroende på antaganden om nuvarande täckningsgrad. Nuvarande täckningsgrad varierar mellan landsting och grupper av individer till följd av beslut om erbjudande av vaccination hos enskilda huvudmän såväl som beslut hos enskilda privatpersoner och arbetsgivare.

1 Bakgrund

Hepatit B orsakas av ett virus som sprids via blod eller sexuellt. Hepatit B-virus orsakar en inflammation i levern. Alla som smittas blir dock inte leverpåverkade. Många upplever trötthet och kan ha dålig matlust under veckor till månader. De akuta symtomen liknar annars dem vid hepatit A. Hepatit B läker vanligen ut utan bestående men. En liten andel utvecklar dock en kronisk leverinflammation. Risken för kronisk sjukdom är större ju yngre man är vid smittotillfället. Specifik behandling mot hepatit B saknas. Behandlingen riktas mot patientens symtom. Hepatit B klassas enligt smittskyddslagen som allmänfarlig sjukdom. Inträffade fall anmäls dels till smittskyddsläkaren i landsting/regioner och dels till Smittskyddsinstitutet (SMI). Hepatit B är en smittspårningspliktig sjukdom. Smittbärare ska informeras om risken för blodsmitta, om risken att sprida smitta vid oskyddade samlag och om betydelsen av kondom. Smittbärare måste vidare vid kontakt med sjukvård/tandvård informera om sin smittsamhet. Världshälsoorganisationen (WHO) rekommenderar alla länder att vaccinera spädbarn mot hepatit B. Vaccin mot hepatit B har funnits tillgängligt på marknaden sedan år 1986 och i många länder ges det som en del i det allmänna barnvaccinationsprogrammet.

I Sverige är det Socialstyrelsen som utfärdar föreskrifter om ålder, doser, intervall och ytterligare villkor som ska gälla för nationella vaccinationsprogram enligt Smittskyddsförordningen. Enligt dessa föreskrifter ska barn- och skolhälsovården erbjuda alla barn i åldern 3 månader till 18 år ett antal vaccinationer efter ett specificerat schema. Beroende på barnets ålder erbjuds idag samtliga barn i Sverige vaccinationer för difteri, stelkramp, kikhosta, polio, Hib, pneumokocker, mässling, påssjuka, röda hund och HPV (flickor) avgiftsfritt.

Därutöver rekommenderar Socialstyrelsen vaccination mot hepatit B, tuberkulos, influensa eller pneumokockinfektion till barn med ökad risk. Förutom barnvaccinationsprogrammet rekommenderar Socialstyrelsen vuxna i vissa riskgrupper att vaccinera sig mot bland annat säsongsinfluensa och hepatit B.

All vaccination är frivillig. Barnvaccinationsprogrammet erbjuds alla barn och tillhandahålls av landstingen och kommuner eller andra huvudmän med ansvar för elevhälsa. Sjukvårdshuvudmän kan helt eller delvis bekosta även rekommenderade vaccinationer. Dessa rekommendationer är inte bindande. Hur landstingen och kommunerna väljer att genomföra det riktade programmet kan därför variera.

1.1 Uppdraget från Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har gett Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, IHE, i uppdrag att genomföra en analys av olika strategier för vaccination mot hepatit B. I uppdraget står det att vaccinationens samhällsekonomiska effekter samt dess kostnader och intäkter för staten, landsting och kommunerna ska beaktas. Det ska särskilt redogöras för hur kostnader av den föreslagna vaccinationen fördelas mellan stat, landsting och kommun. I uppdraget står det angivet att: ”Analysen ska göras genom att tillämpa den modell som IHE har utformat enligt avrop i dnr 10059/2013 av den 18 februari 2013 om en generell modell för att kunna genomföra samhällsekonomiska analyser av nationella vaccinationsprogram.”

1.2 Studiens syfte

Syftet med föreliggande studie är att analysera och redovisa konsekvenser av att inkludera en allmän vaccination mot hepatit B inom ramen för det nationella barnvaccinationsprogrammet jämfört med dagens situation med där Socialstyrelsen rekommenderar vaccination i särskilda riskgrupper, i rapporten kallat riktad vaccination. Analysen ska belysa kostnadseffektivitet i ett samhällsperspektiv, det vill säga skillnader i kostnader och hälsoeffekter, mellan de två vaccinationsstrategierna; samt påverkan på kostnader för olika kostnadsbärare.

1.3 Genomförande

En samhällsekonomisk analys av vaccinationsprogram förutsätter ett nära samarbete mellan olika discipliner för att ta fram de epidemiologiska, kliniska och ekonomiska data som krävs för att analysera vaccinationsprogrammets kostnadseffektivitet och dess budgetkonsekvenser för olika kostnadsbärare. Arbetet med att ta fram de uppgifter och antaganden som ligger till grund för analyserna har genomförts baserat på:

- Kontinuerliga möten och dialog med Socialstyrelsens projektgrupp samt till projektet knutna experter från Socialstyrelsen, Smittskyddsinstitutet, Läkemedelsverket, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (Tabell 1.1).
- Information i kunskapsunderlag sammanställt av Socialstyrelsen (Socialstyrelsen 2010-1-21).
- Information i publicerade studier och tillgänglig statistik.

Tabell 1.1 Projektgrupp och experter som deltagit i projektet.

Myndighet/organisation	Personer
Socialstyrelsen	Tina Chavoshi, Birgitta Lesko, Ulrika Lindblom, Rose-Marie Carlsson Endast modellutveckling: Gunnar Nylén, Birgitta Svensson, Inger Andersson von Rosen
Smittskyddsinstitutet	Lisa Brouwers
Region Skåne	Jonas Bläckberg (infektionsläkare), Per Hagstam (bitr. smittskyddsläkare)
Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV	Endast modellutveckling: Stefan Odeberg
Läkemedelsverket	Endast modellutveckling: Charlotta Bergquist

2 Metod och data

2.1 En generell modell för vaccinationsprogram

IHE har utvecklat en generell hälsoekonomisk modell för vaccinationsprogram i kalkylprogrammet Microsoft Excel 2013 på uppdrag av Socialstyrelsen (Avrop: dnr 10059/2013). Modellen har en Markovliknande struktur och kan i korthet beskrivas enlig följande. Den är indelad i olika status (hälsotillstånd) och kategorier som en kohort av individer kan flytta mellan status enligt sannolikheter som anges av användaren. I modellen kan som mest 20 status och 20 kategorier anges. Precis som i en Markovmodell finns det inte något ”minne” i modellen. Det innebär att sannolikheten att förflyttas mellan olika status inte påverkas av kohortens historia av status och förflyttningar mellan dessa. Sannolikheten att förflytta sig från en status till en annan baseras på epidemiologiska data samt antaganden om hur stor andel som vaccineras givet olika vaccinationsstrategier.

Kohortmodellens syfte är främst att beräkna kostnader och förändringar i livskvalitet för samhällsekonomiska analyser. Både kostnader och livskvalitet påverkas av epidemiologiska faktorer. Modellen är däremot inte utvecklad för att beskriva detaljerade förlopp eller spridningsmönster för smittsamma sjukdomar. En utförligare beskrivning av övervägande för utveckling av en generell modell för analys av samhällsekonomiska konsekvenser av vaccinationsprogram finns i slutrapporten för Socialstyrelsens avrop dnr 10059/2013.

Vid analysstart laddas modellen med den aktuella populationens egenskaper. Därefter simuleras förflyttningar mellan hälsotillstånd över tid. Det innebär att andelen vaccinerade, insjuknade etcetera kan förändras i varje tidscykel i modellen. Varje modellcykel är lika lång i modellen. Till varje hälsotillstånd kopplas kostnader och livskvalitetsvikter. Modellen är dynamisk och kan beakta flockimmunitet. Tillämpningen av modellen sker i tre steg:

- I ett första steg väljs och definieras vilka kategorier, status, smittvägar och liknande som är relevanta för det aktuella vaccinet. Denna beskrivning anger den övergripande modellstrukturen för den aktuella vaccinationen.
- I ett andra steg ställs modellens parametrar in, det vill säga sannolikheter och antaganden kring fördelning mellan grupper och smittvägar specificeras för den aktuella vaccinationen.
- I ett tredje steg används modellen för att analysera olika strategier och tolka de resultat som modellen genererar.

2.2 Välja och definiera modellens parametrar

Modellen består av sammanlagt åtta typer av parametrar såsom exempelvis vaccinationsstrategier, kategorier och smittvägar. Den har en flexibel struktur och i fallet vaccination mot hepatit B använder vi delar av modellens totala potential. Modellen tillåter mer komplex modellering än vad vi utnyttjar i fallet hepatit B.

Vaccinationsstrategier

Vaccinationsstrategier anges i modellen som Strategi A och Strategi B. De två strategierna karaktäriseras av att olika andelar av befolkningen förväntas bli immuna beroende på valet av vaccinationsstrategi. Hur stor andel som blir immun styrs av två underliggande modellparametrar: vaccinationsprogrammets täckningsgrad respektive vaccinets skyddseffekt.

I modellanalysen av vaccinationsprogram mot hepatit B definieras strategi A som **allmän vaccination** och strategi B som **riktad vaccination**. Strategi A innebär att vaccination mot hepatit B inkluderas i det nationella barnvaccinationsprogrammet med en föreskrift från Socialstyrelsen. Detta skulle innebära en förändring mot dagen situation. Strategi B motsvarar dagens situation där Socialstyrelsen rekommenderar vaccination i särskilda riskgrupper.[1] Målgruppen i Socialstyrelsens rekommendation motsvarar omkring 20 procent av varje födelsekohort.

Vaccinationer som ingår i de nationella programmen är avgiftsfria för patienten. För de av Socialstyrelsen rekommenderade vaccinationerna finns ingen sådan given avgiftsfrihet, utan landstingen fattar egna beslut om finansiering och eventuell avgift för patienten. I många landsting erbjuds en betydligt större grupp avgiftsfri vaccination mot hepatit B än de omkring 20 procenten som motsvarar Socialstyrelsen rekommendation (se stycke ”Vaccinationsstrategier” i kapitel 2.3) vilket medför att det i praktiken finns variation mellan landstingen i hur stor andel som vaccineras.

För respektive strategi förflyttas en andel motsvarande täckningsgraden av alla nyfödda från status *Mottaglig* till status *Vaccination* efter en (1) cykel. Från status vaccination förflyttas man till status vaccinerad eller tillbaka till status mottaglig med en fördelning enligt skyddseffekten efter ytterligare en (1) cykel (jämför gult och gröna statusfält i figur 2.1).

[1] Rekommendationer för profylax mot hepatit B – Profylax med vaccin och immunoglobulin – före och efter exposition, artikelnr 2005-130-6, www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10147/2005-130-6_20051306.pdf

Kategorier

Kategorier avser de kohorter eller grupper som ska ingå i modellen. Alla individer som ingår i analysen måste tillhöra en kategori, det vill säga hela den aktuella populationen måste fördelas i de olika kategorierna. En kategori kännetecknas av vilken risk för smitta och andra egenskaper som är viktiga för analys av kostnader och nytta för alternativa vaccinationsstrategier.

I fallet hepatit B ingår hela Sveriges befolkning i modellen, indelade i nedanstående kategorier baserat på ålder och risk för smitta. Kategorierna injektionsmissbrukare i olika åldrar inkluderar endast individer som har ett tungt missbruk och dessutom har ett riskabelt beteende genom att de delar sprutor. Åldersgrupperna speglar i sin tur risk för smitta via olika smittvägar (exempelvis sexuell smitta från 15 år) samt vem som har kostnadsansvar för vaccinationen.

- 0-3 månader
- 3 månader-5 år
- 6-14 år
- 15-19 år, injektionsmissbrukare
- 15-19 år, övriga
- 20-29 år, injektionsmissbrukare
- 20-29 år, övriga
- 30-44 år, injektionsmissbrukare
- 30-44 år, övriga
- 45-64 år
- 65+ år

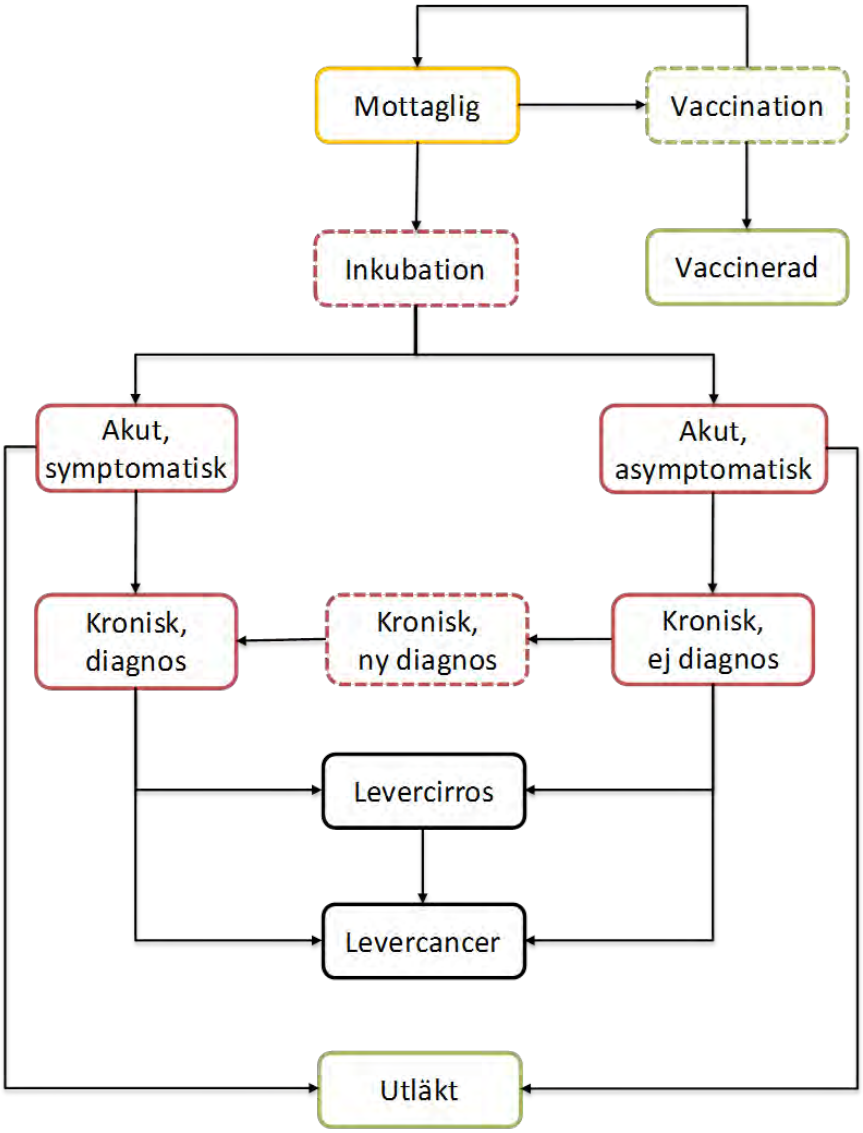
Tillsammans med Socialstyrelsens expertgrupp identifierades dessa 11 kategorier som en rimlig indelning i grupper som kan bedömas som förhållandevis homogena i förhållande till risk för att bli smittade med hepatit B.

Status

Status avser de olika (hälso)tillstånd som individer i populationen kan befinna sig i och som har betydelse för analysen av vaccinationsprogram. Precis som för parametern kategori så måste alla individer som ingår i modellanalysen tillhöra en status. Varje individ i modellen tillhör i varje cykel en kategori och en status.

I fallet hepatit B definierades 12 status i samråd med Socialstyrelsens experter. Dessa status, samt hur grupper av individer kan röra sig mellan dem, definierar den övergripande

strukturen för att analysera kostnader och livskvalitet i samband med hepatit B och illustreras i figur 2.1.



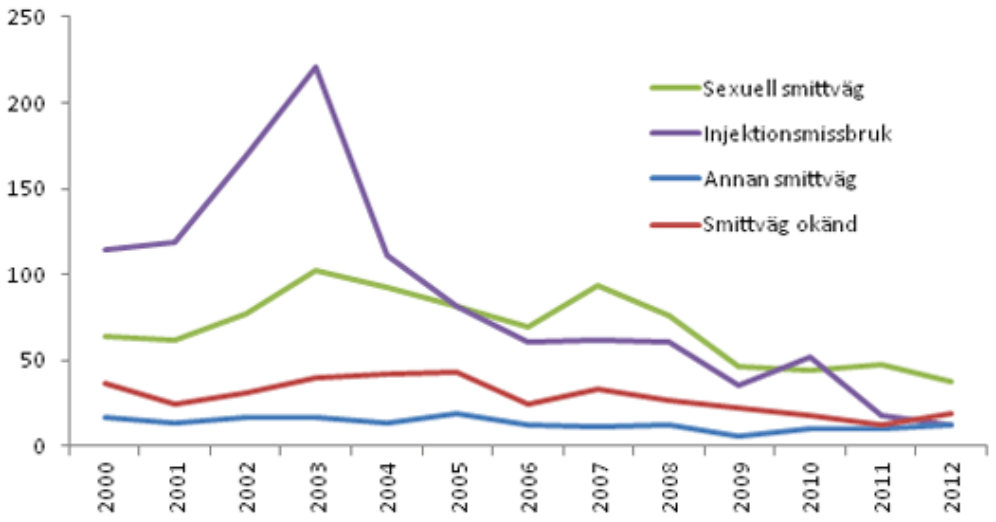
Figur 2.1 Modellens struktur med 12 status för analys av vaccination mot hepatit B

Smittvägar

Smittvägar avser hur infektionen/sjukdomen som är föremål för vaccination sprids mellan individer eller grupper av individer. I modellen fångas detta av hur smitta förväntas spridas mellan olika kategorier. Smittväg innefattar såväl typen av kontakt som smittsamhet vid varje kontakt. Efter samråd med expertgruppen har vi för analysen av vaccination mot

hepatit B definierat tre relevanta smittvägar i Sverige. I modellen inkluderas **sexuell smittväg** för alla åldrar över 15 år, smitta via **injektionsmissbruk (IV-missbruk)** i gruppen injektionsmissbrukare samt **annan smittväg** som bland annat inkluderar mor-barn och horisontell smitta mellan barn.

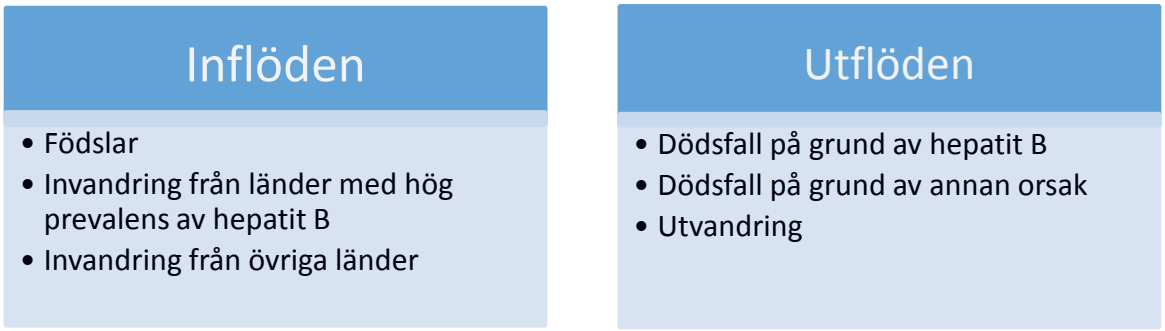
Figur 2.2 visar Smittskyddsinstitutets statistik över antalet rapporterade fall av akut hepatit B-infektion över tid i Sverige per smittväg. Av denna framgår att den vanligaste smittvägen under senare år är sexuell smitta.



Figur 2.2 Antal rapporterade fall av akut hepatit B-infektion per smittväg 2000–2012. Källa: http://www.smittskyddsinstitutet.se/statistik/hepatit-b/?t=com&p=22446

Inflöden och utflöden

Inflöden och utflöden avser storleken på gruppen samt på vilket sätt som nya individer kommer in i modellen samt lämnar modellen. Inflöden utgörs av de grupper av individer som kan vara aktuella för smitta och vaccination. Vid inflöde och utflöde i modellen fördelas/tas individerna mellan/från de olika kategorierna enligt sannolikheter som användaren anger. I fallet hepatit B omfattar dessa flöden födslar och dödsfall samt invandring och utvandring. För att kunna analysera effekter av olika vaccinationsstrategier mot hepatit B är dödsfallen uppdelade på hepatitrelaterade och icke-hepatitrelaterade dödsfall. Invandring är dessutom uppdelat på invandring från områden med hög prevalens av hepatit B och områden med låg prevalens av hepatit B. Figur 2.3 visar modellens tre inflöden och tre utflöden vid analys av vaccination mot hepatit B.



Figur 2.3 Inflöden och utflöden.

Tidsperspektiv

Tidsperspektivet i modellen avser dels hur lång varje cykel i modellen är, dels hur många cykler som ska modelleras. Hur lång varje cykel ska vara avgörs av längden på den kortaste tiden en individ kan vara i en viss status. I fallet hepatit B används kvartal eftersom de status med kortast tidsperiod är inkubation och den uppgår till tre månader. Totalt modelleras 400 kvartal i modellen vilket motsvarar ett 100-årsperspektiv. Detta långa tidsperspektiv behövs för att spegla det faktum att vaccination idag minskar framtida risker att insjukna i hepatit B och att drabbas av hepatit B-relaterade komplikationer. Med det långa tidsperspektivet fångas också effekter av skillnader i andel i varje födelsekohort med skydd mot hepatit B mellan strategi A och strategi B, det vill säga vaccinationens dynamiska effekter.

Kostnader

Kostnader för såväl vaccination som för konsekvenser av infektionssjukdomen hepatit B som vaccinationen förväntas förhindra beaktas i modellen. Det är viktigt att både beräkna kostnader för vaccinationsstrategierna separat och att beräkna skillnaden, det så kallade inkrementet, för den samhällsekonomiska analysen. Eftersom ett samhällsperspektiv ska kunna antas i analysen ska alla relevanta kostnader kunna inkluderas – direkta sjukvårdskostnader, direkta andra kostnader samt indirekta kostnader (produktionsbortfall). Det finns i modellen möjlighet att fördela samtliga kostnader på olika kostnadsbärare. I fallet hepatit B finns det tre relevanta kostnadsbärare: individer/arbetsgivare, landsting och staten.

Kostnader för konsekvenser av hepatit B är i modellen kopplade till händelser (ny status) och tid i status samt utflöden. Inga kostnader kopplas till inflöden eller byte av kategori (åldrande i modellen för hepatit B). Strukturen i modellen är sådan att en engångskostnad förväntas kunna uppstå vid varje ny händelse och därefter förväntas en löpande konstant kostnad vara kopplad till varje status. För att kunna använda modellen i en hälsoekonomisk analys måste sådana engångs- och löpande kostnader identifieras och preciseras. Om

modellen ska visa hur de totala kostnaderna fördelas på olika kostnadsbärare måste dessutom de olika kostnaderna delas upp på vem som bär dem då inställningarna av modellens parametrar görs.

Kostnader för vaccination anges i modellen som en total kostnad per vaccinerad person. Kostnaderna avser de merkostnader per individ som uppstår vid vaccination mot hepatit B jämfört med att ingen vaccination mot hepatit B genomförs. Eftersom den totala kostnaden för vaccination samt vem som bär kostnaden skiljer sig åt beroende på vid vilken tidpunkt vaccinationen sker samt om den sker inom eller utanför ramen för det allmänna barnvaccinationsprogrammet är det viktigt att specificera olika vaccinationskostnader för olika kategorier och/eller inflöden.

Livskvalitet

I grundinställningarna för modellen finns livskvalitet för alla åldersgrupper i modellen för befolkningen generellt. Skillnader i livskvalitet förknippat med olika strategier är kopplat till händelser (ny status) och tid i status på samma sätt som kostnader för konsekvenser av infektionssjukdomen. En initial förlust (dekrement) eller vinst (inkrement) i livskvalitet förväntas kunna uppstå vid varje ny händelse och därefter antas nivån på dekrementet/inkrementet var konstant i varje status.

Livskvalitetsvikterna för befolkningen generellt är hämtade från Burström (2006) där vikter uppdelat på olika åldersintervall finns redovisade. Studien bygger på en enkätundersökning i Stockholms län år 2002 (drygt 30 000 respondenter) där man använde EQ-5D (EuroQol five dimensions) för att mäta befolkningens hälsa. EQ-5D består av fem frågor (dimensioner) som graderas från ett till tre. Hälsorelaterad livskvalitet med EQ-5D beskriver den samlade hälsostatusen hos en person som en profil (11111, 11112 och så vidare) och som ett indexvärde där 1=full hälsa och 0=död. Det finns 243 möjliga kombinationer av hälsotillstånd och till dessa finns det indexvärden som är framtagna för olika länder (se till exempel Burström och Rehnberg (2006) för en utförlig beskrivning). I Sverige används vanligen en tariff framtagen av Dolan (1995) vilken bygger på en omfattande studie i Storbritannien. Även i studien av Burström (2006) använde indexvärdena från Dolan (1995) för att värdera de olika hälsotillstånden.

2.3 Inställning av modellens parametrar

Inställning av modellens parametrar handlar om att ange värden för fördelningar mellan grupper och för samband mellan och inom kategorier och status. Tillgång till data för att beskriva detta samt överväganden om detaljeringsgrad utgör viktiga aspekter och kan leda till begränsningar då sannolikheter, kostnader och vikter för livskvalitet ska preciseras. Inställning av modellens parametrar har, som nämns inledningsvis, gjorts i samarbete med en expertgrupp på Socialstyrelsen, samt mot bakgrund av Socialstyrelsens publicerade kunskapsunderlag (Socialstyrelsen 2010-1-21) och information i publicerade studier och tillgänglig statistik.

Vaccinationsstrategier

Vaccinationsstrategierna som jämförs i modellen är dagens situation med **riktad vaccination** till riskgrupper jämfört med **allmän vaccination** inom barnvaccinationsprogrammet mot hepatit B.

För strategin **allmän** vaccination antar analysen samma täckningsgrad som för difteri, Hib, kikhosta, polio och stelkramp inom dagens allmänna vaccinationsprogram. Det innebär att 98 procent av alla i status *Mottaglig* i kombination med kategori 0-3 månader till status *Vaccination* och 2 procent stannar kvar i *Mottaglig* efter en cykel. Därefter förflyttas en andel tillbaka till *Mottaglig* enligt information om vaccinets täckningsgrad.

För strategin **riktad** vaccination beräknas tre olika exempel. Anledningen till att olika exempel analyseras är att täckningsgraden varierar mellan Sveriges landsting och regioner. Vaccinationstäckningsgraden är baserad på statistik om ett kombinationsvaccin, innehållande skydd mot sex sjukdomar: stelkramp, difteri, kikhosta, polio, hemofilus influensa typ B och hepatit-B (hexavalent vaccin). Försäljningen har ökat markant under senare år; från omkring 61 300 sålda doser 2007 (motsvarande en nationell vaccinationstäckningsgrad på 19 procent av en födelsekohort) till 167 600 sålda doser år 2012 (motsvarande en täckningsgrad på nästan 50 procent). Under 2010-2012 såldes i genomsnitt 144 000 doser. Vaccinet administreras i tre doser vilket innebär 48 000 vaccinerade barn per år under perioden. I något landsting vaccineras endast den andel som huvudmännen är skyldiga att vaccinera med hänsyn till barn i riskgrupper. I flera landsting vaccineras en betydligt större andel. I några landsting erbjuds alla barn vaccinering mot hepatit B.

Täckningsgraden som används i de tre olika exemplen är satta till:

i. 20 procent, vilket motsvarar täckningsgraden om samtliga landsting endast vaccinerar barn tillhörande riskgrupper.
ii. 45 procent, vilket speglar genomsnittet i riket år 2012/2013.
iii. 85 procent, vilket motsvarar täckningsgraden i de landsting som har högst täckningsgrad år 2012/2013.

Oavsett vilken strategi som väljs i modellen för vaccination av barn antas att en viss andel av den mottagliga befolkningen i andra grupper vaccineras årligen. Dessa antagande är baserade på aktuell försäljningsstatistik avseende olika typer av vaccin mot hepatit B. Det antas ske en vaccination bland mottagliga injektionsmissbrukare (som inte redan är vaccinerade eller har drabbats av akut hepatit) motsvarande 20 procent per år i gruppen 15-19 år; 10 procent i gruppen 20-29 år; samt en procent i gruppen 30-44 år. Observera att denna grupp injektionsmissbrukare endast inkluderar individer som har ett tungt missbruk och dessutom antas ha ett riskabelt beteende genom att de delar sprutor (se stycke Kategorier – initial fördelning nedan). Utöver de som vaccineras inom ramen för det allmänna barnvaccinationsprogrammet och riktad vaccination till injektionsmissbrukare vaccineras omkring 1,6 procent i befolkningen i modellen. Andelen som vaccineras i de olika grupperna är valda så att de genererar ett totalt antal vaccinerade individer som motsvarar antal sålda doser av singelvaccin mot hepatit B och kombinationsvaccin avseende hepatit A och B år 2012.

Kategorier – initial fördelning

För att kunna göra en analys behövs information om hur befolkningen ska fördelas mellan definierade kategorier och hur flödena mellan dessa ser ut. Ett alternativ om hela Sveriges befolkning ska ingå i analysen är att fördela i åldersgrupper och/eller kön enligt befolkningsstatistik. I analysen av alternativa strategier mot hepatit B definieras kategorierna bland annat av ålder. Därför använder vi till att börja med befolkningsstatistik från Statistiska centralbyrån, SCB, för att anta en fördelning mellan kategorier. I fallet hepatit B har vi utöver åldersgrupper definierat olika riskgrupper. Då behövs även statistik eller antaganden kring hur stora dessa grupper är. Den initiala fördelningen mellan kategorier som används i exemplet för hepatit B visas i Tabell 2.1. Fördelningen bygger på 2012 års befolkningsstatistik efter ålder, samt antaganden om antal injektionsmissbrukare i landet (SCB befolkningsstatistik; Missbruksutredningen SOU 2011:6).

Omkring 30 000 individer beräknas vara beroende av narkotika (SOU2011:6 sid 774). I den gruppen beräknas 26 000 ha ett så kallat tungt beroende (SOU2011:6 sid 773) varav 20 000 antas tillhöra gruppen injektionsmissbrukare. Det saknas uppgifter om hur stor

andel som faktiskt delar sprutor. I analysen har vi i samråd med Socialstyrelsens experter antagit att hälften i gruppen injektionsmissbrukare har ett riskabelt beteende genom att de delar sprutor och därmed riskera blodsmitta. Dessa 10 000 individer fördelas mellan de olika åldersgrupperna enligt fördelning i åldersgrupper bland befolkningen i åldrarna 15-44 år.

Tabell 2.1. Initial fördelning mellan kategorier i modellen för exemplet hepatit B.

Kategori	Antal individer i befolkningen
0-3 månader	24 297
3 månader - 5 år	644 250
6-14 år	924 391
15-19 år, IV-missbrukare	1 500
15-19 år, övriga	561 886
20-29 år, IV-missbrukare	3 500
20-29 år, övriga	1 270 470
30-44 år, IV-missbrukare	5 000
30-44 år, övriga	1 842 355
45-64 år	2 426 974
65+ år	1 841 826

Kategoribyte

Kategoribyte sker i modellen dels genom åldrande och dels genom att individer påbörjar ett injektionsmissbruk. Som exempel på åldrande flyttas årligen 10 procent av individerna i kategori 20-29 år till kategori 30-44 år, det vill säga att i varje tremånaderscykel flyttas 2,5 procent av individerna. Andelen som flyttas till kategorierna IV-missbrukare är vald så att andelen injektionsmissbrukare hålls konstant i de olika åldersgrupperna. Därmed motsvarar inflödet det utflöde som sker till följd av åldrande och dödlighet. Ett exempel på ett sådant kategoribyte är 0,06 procent flyttas från kategorin 15-19 år, övriga till kategorin 15-19 år, IV-missbrukare. Detta antagande är i linje med Missbruksutredningens uppgifter om små ändringar i totala antalet missbrukare över tid.

Status – initial fördelning

På samma sätt som för kategorier behövs information om hur befolkningen som ingår i modellen är fördelad mellan olika status. Information om individernas fördelning och förflyttning mellan status har inhämtats genom dialog med expertgruppen (Tabell 1.1), Socialstyrelsens kunskapsunderlag om hepatit B samt från tillgänglig statistik.

I Tabellerna 2.2 och 2.3 anges den initiala fördelningen mellan olika status i modellen för hepatit B. Dessa uppgifter har tagits fram genom kalibrering av modellen baserat på information och antaganden om incidens, prevalens, smittvägar och vaccination av

individer mot hepatit B i Sverige under de senaste 5 åren. Information om antal vaccinerade individer per kategori bygger på försäljningsstatistik (se avsnittet Vaccinationsstrategier ovan) samt information om täckningsgrad från Smittskyddsinstitutet. Samtliga redovisade siffror avser procent av totalbefolkningen i olika kategorier. Vad gäller injektionsmissbrukare som delar sprutor antas att ej vaccinerade individer inom gruppen drabbas av hepatit B inom en femårsperiod från det att personen börjat med sitt injektionsmissbruk.

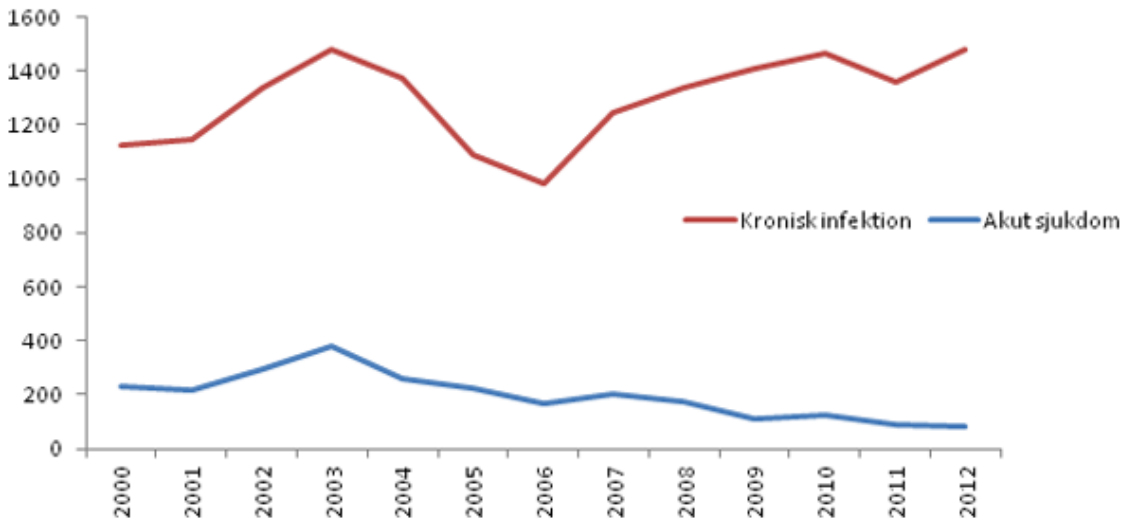
Tabell 2.2. Initial fördelning mellan status i modellen för exemplet hepatit B bland icke injektionsmissbrukare (procent).

Status	0-3 mån	3 mån - 5 år	6-14 år	15-19 år	20-29 år	30-44 år	45-64 år	65+ år
Mottaglig	100,0	52,5	48,2	46,1	45,5	44,0	41,0	39,2
Vaccination	0	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Vaccinerad	0	47,0	50,8	52,6	51,9	52,6	55,7	58,1
Inkubation	0	0	0	0	0	0	0	0
Akut, asymtomatisk	0	0	0	0	0	0	0	0
Akut, symtomatisk	0	0	0	0	0	0	0	0
Kronisk, ej diagnos	0	0	0,1	0,1	0,2	0,3	0,1	0
Kronisk, ny diagnos	0	0	0	0	0	0	0	0
Kronisk, diagnos	0	0,1	0,2	0,2	0,5	0,7	0,7	0,6
Utläkt	0	0,2	0,6	0,8	1,7	2,3	2,2	1,8
Levercirros	0	0	0	0	0	0	0,1	0,1
Levercancer	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabell 2.3. Initial fördelning mellan status i modellen för exemplet hepatit B bland injektionsmissbrukare som delar sprutor (procent).

Status	Kategori		
	15 19 år	20 29 år	30 44 år
Mottaglig	24,2	15,7	16,6
Vaccination	1,3	0,4	0,1
Vaccinerad	71,9	78,2	73,1
Inkubation	0,1	0,1	0,1
Akut, asymtomatisk	0,1	0,1	0,1
Akut, symtomatisk	0,1	0,1	0,1
Kronisk, ej diagnos	0,1	0,2	0,2
Kronisk, ny diagnos	0	0	0
Kronisk, diagnos	0,3	0,5	0,8
Utläkt	2,0	4,8	9,0
Levercirros	0	0	0
Levercancer	0	0	0

Antaganden avseende incidens och prevalens av hepatit B bygger på statistik kring antal rapporterade fall av akut och kronisk hepatit B från Smittskyddsinstitutet samt antaganden om underrapportering. Modellens parametrar avseende kontakttillfällen och prevalens vid start har kalibrerats så att den genererar en incidens (andel i status *Mottaglig* som smittas i varje cykel) och prevalens i de olika kategorierna som motsvarar detta. Under perioden 1990 till 2007 rapporterades årligen omkring 200 fall av akut symtomatisk hepatit B. Under åren därefter har omkring 100 fall akut symptomatisk hepatit B rapporterats varje år. Underrapporteringen antas vara 50 procent eftersom det endast är omkring hälften av dem som smittas av hepatit B som utvecklar symtom. Vidare rapporteras 1000-1500 fall av nyupptäckt kronisk hepatit B årligen. Nästan alla dessa fall avser individer som smittats i utlandet, antingen innan de flyttade till Sverige eller boende i Sverige som smittats i samband med utlandsvistelse. En andel av de som smittats innan de flyttade till Sverige upptäcks vid ankomst till Sverige i samband med frivilliga hälsokontroller medan en andel upptäcks senare.



Figur 2.4 Antal rapporterade fall av kronisk respektive akut hepatit B-infektion 2000–2012 Källa: http://www.smittskyddsinstitutet.se/statistik/hepatit-b/?t=com&p=22446

Statusbyte (förlopp)

Förflyttning mellan olika status anges som sannolikheter i modellen. Av dem som vaccineras flyttas 100 procent till status *Vaccination*. Från *Vaccination* flyttas sedan en andel som motsvarar vaccinets skyddseffekt till *Vaccinerad* och resterande andel förflyttas till *Mottaglig* igen. Skyddseffekten mot hepatit B av ett hexavalent vaccin beräknades till 98,6 procent i en randomiserad klinisk prövning som publicerades 2005 (Tichman et al 2005). En något lägre skyddseffekt (98 procent) används i modellen, efter samråd med Socialstyrelsens experter, för att fördela de som efter en cykel i status *Vaccination* förflyttas till status *Vaccinerad* eller status *Mottaglig* bland vaccinerade barn. Bland vaccinerade vuxna antas skyddseffekten vara 90 procent. Det finns en diskussion om en möjlig avtagande skyddseffekt över tid. Det saknas dock information om hur stor denna skulle kunna vara. Vi har antagit att vaccineffekten inte är avtagande i modellen.

Alla (100 procent) som smittas i modellen förflyttas från *Mottaglig* till *Inkubation*. Från *Inkubation* förflyttas 50 procent till *Akut symtomatisk* och 50 procent till *Asymtomatisk infektion* efter en modellcykel. Dessa antaganden bygger på bedömningar inom projektgruppen. Akuta infektioner antas pågå i 2 cykler, motsvarande sex månader. Sannolikheten för att den akuta infektionen ska övergå i en kronisk infektion beror på ålder vid insjuknande. I modellen antas risken för att utveckla kronisk infektion fördelat per åldersgrupp vara 30 procent för individer yngre än 5 år (Margolis et al 1991; Fattovich et al

2008) och 5 procent för individer äldre än 5 år (Hyams 1995; Fattovich et al 2008). Resterande andel förflyttas till *Utläkt*.

Den kroniska hepatit Binfektionen kan övergå i senkomplikationer som levercirros och hepatocellulär cancer (HCC) efter mycket lång tids sjukdom, normalt mer än 30-40 år. För att ta hänsyn till den tid det tar från att smittas av hepatit B till att utveckla senkomplikationer antas dessa endast kunna uppstå bland individer som är 45 år eller äldre. De risker som antas för att utveckla senkompliktioner bygger på årliga risker som redovisas i Toy och medförfattare (2012). Omräknat till *risk per modellcykel (kvartal)* blir sannolikheterna för att utveckla senkomplikationer av kronisk hepatit B infektion i Sverige:

- Odiagnostiserad cirros 1,933 procent
- Diagnostiserad cirros 0,117 procent
- Odiagnostiserad cancer 0,075 procent
- Diagnostiserad cancer 0,050 procent
- Cancer bland personer med cirros 0,400 procent

Inflöden och utflöden

För varje inflöde till modellen måste en fördelning mellan kategorier och status anges. På samma sätt måste för varje utflöde ur modellen anges hur dessa fördelas mellan kategorier och status. Födslar, dödsfall, invandring och utvandring är baserat på prognoser över befolkningsutvecklingen från SCB. Medelvärden har använts för att specificera dessa in- och utflöden i modellen.

Individer som föds och invandrar fördelas enligt Tabell 2.4 på de olika kategorierna och statusen i modellen. Modellen antar att det föds 113 177 varje år, ett medeltal från Statistiska centralbyråns befolkningsprognos för de kommande 100 åren. Alla som föds hamnar i status *Mottaglig*. Vi antar att prevalensen av hepatit B bland invandrare från högriskområden är 4 procent. Invandrare från högriskområden antas vara i status *Mottaglig, Kronisk ej diagnos* eller *Utläkta* vid ankomst till Sverige. Hälften av alla i invandrare från högriskområden antas genomgå hälsokontroll när de kommer till Sverige (Sveriges kommuner och landsting 2012). Av de som genomgår hälsokontroll antas att hälften i status *Mottagliga* vaccineras och hamnar då i status *Vaccination* och att alla i status *Kronisk, ej diagnos* blir diagnostiserade och hamnar då i status *Kronisk, ny diagnos*. Resterande fall antas upptäckas löpande i den generella befolkningen i ett senare skede, exempelvis i samband med annat vårdsökande. Dessa ingår i den kroniska grupp som upptäcks varje år. Sammantaget fördelas därmed inflödet invandare från högriskområden på fem status.

Inflödet av invandrare från lågriskområden fördelas ut i befolkningen enligt samma fördelning som den övriga befolkningen i Sverige (se Tabell 2.2). Födslar hamnar i status

Mottaglig och en viss andel förflyttas efter en cykel till *Vaccination* i enligt den vaccinationsstrategi som modelleras.

Tabell 2.4. Fördelning av inflöden från högriskområden över kategorier för hepatit B (procent).

Status	
Mottaglig	64,5
Vaccinerad	21,5
Kronisk, ej diagnos	2,0
Kronisk, diagnos	2,0
Utläkt	10,0

Smittvägar

Flera antaganden måste specificeras för varje angiven smittväg. Det behövs information om dels hur stor risken är för att bli smittad vid varje kontakt, dels behövs information om hur frekvent kontakten är mellan individer i de olika kategorierna. Individer i status *Akut asymtomatisk*, *Akut symtomatisk*, *Kronisk ej diagnos*, *Kronisk ny diagnos*, *Kronisk diagnos*, *Lever cirros*, *Levercancer* antas kunna smitta individer i status *Mottaglig* vid en kontakt. Följande sannolikheter antas gälla för riska att bli smittad för de olika smittvägarna vid varje kontakt:

- 3 procent vid sexuell smittväg
- 30 procent via injektionsmissbruk
- 3 procent vid övrig smittväg

Även individer i status *Inkubation* antas kunna smitta individer i status *Mottaglig*, dock med hälften så stor risk.

Information om hur många kontakter som sker mellan individer i de olika kategorierna summeras i kontaktmatriser i modellen. Mot bakgrund av information om smittsamhet vid varje kontakt samt statistik om antal individer som smittas via intravenöst missbruk och via andra smittvägar i Sverige varje år har vi kalibrerat fram kontaktmatriser för hepatit B för olika smittvägar. Dessa matriser är nödvändiga för att dynamiken i modellen ska fungera. Dock tillför de inte någon information i sig varför vi inte redovisar dem i rapporten. Vi antar att en majoritet av alla sexuella kontakter sker inom den egna åldersgruppen. Antal kontakter i de olika grupperna har kalibrerats i modellen så att det totala antalet smittade för respektive smittväg motsvarar antalet rapporterade fall justerat för antagandet om att endast hälften av fallen rapporteras. Vidare har vi gjort antagandet att antalet sexuella kontakter och andra kontakter med individer i status *Mottaglig* är lägre bland individer i

alla status där individer är medvetna om sin hepatit B-smitta (*Akut symtomatisk*, *Kronisk ny diagnos*, *Kronisk diagnos*, *Levercirros* samt *Levercancer)*. Antagande bygger på att sådan vetskap leder till ett minskat riskbeteende hos individer.

Kostnader

Vaccinationskostnader – direkta och indirekta

Kostnaden för vaccination bland de olika kategorierna redovisas i Tabell 2.5. Kostnaderna avser de merkostnader per individ som uppstår vid vaccination mot hepatit B jämfört med att ingen vaccination mot hepatit B genomförs. I fallet hepatit B är det relevant att beakta två typer av kostnadsbärare:

- Landsting (och regioner) som bekostar vaccination till barn och vuxna inom ramen för allmänna och riktade vaccinationsprogram.
- Individer och arbetsgivare som bekostar vaccination till barn och vuxna utanför ramen för allmänna och riktade vaccinationsprogram.

Tabell 2.5. Vaccinationskostnad mot hepatit B per individ fördelat på kostnadsbärare avseende individer i de olika kategorierna.

Kategori	Landsting			Individ/arbetsgivare
	Listpris, år 2013	Upphandlat pris, år 2013	Hypotetiskt framtida pris	Listpris
0-3 månader	348	479	204	
3 månader - 5 år				900
6-14 år				900
15-19 år, IV-missbrukare	1 912			
15-19 år, övriga				900
20-29 år, IV-missbrukare	1 912			
20-29 år, övriga				990
30-44 år, IV-missbrukare	1 912			
30-44 år, övriga				990
45-64 år				990
65+ år				990

För barn som vaccineras mot hepatit B blir merkostnaden mellanskillnaden mellan en spruta innehållande ett kombinationsvaccin omfattande skydd mot stelkramp, difteri, kikhosta, polio, hemofilus influensa typ B (så kallat pentavalent; 143 kronor upphandlat pris; 244 kronor listpris; 41 procent rabatt vid upphandling) och en spruta innehållande

samma som det pentavalenta kombinationsvaccinet plus ett skydd mot hepatit B (så kallat hexavalent vaccin; 303 kronor upphandlat pris; 360 kronor listpris; 16 procent rabatt vid upphandling) till 159 respektive 116 kronor per dos för vaccin som administreras till nyfödda. De upphandlade priserna bygger på tillgänglig information från landstingen Örebro, Stockholm samt Region Skåne. Tre doser ges och därmed blir den totala skillnaden i kostnad 479 respektive 348 kronor vid upphandlat pris respektive listpris. Om rabatten för ett hexavalent vaccin skulle vara densamma som för det pentavalenta vaccinet blir prisskillnaden 68 kronor per dos (211-143), motsvarande 204 kronor per vaccinerat barn.

Som nämnts är det kostnaden för att vaccinera mot hepatit B jämfört med att inte vaccinera mot hepatit B som är relevant att beräkna. Med utgångspunkten att strategi allmän skulle innebära att vaccination mot hepatit B ges inom ramen för det idag fungerande barnvaccinationsprogrammet tillkommer ingen extra administrationskostnad. Merkostnaden beror på fler vaccin ges men inte fler sprutor. Modellanalysen använde tre olika exempel på kostnader (merkostnad för ett hexavalent jämfört med ett pentavalet vaccin) för landstingen avseende vaccination till barn inom det allmänna barnvaccinationsprogrammet:

I. Listpris år 2013: 348 kronor
II. Genomsnittligt upphandlat pris i tillgängliga landsting år 2013: 479 kronor
III. Ett hypotetiskt framtida upphandlat pris där rabatten på ett hexavalent vaccin antas vara i samma storleksordning som på ett pentavalent vaccin: 204 kronor.

För vuxna icke-injektionsmissbrukare och barn utanför det allmänna vaccinationsprogrammet beräknas kostnaden till 990 respektive 900 kronor per individ för tre doser inklusive besök på en vaccinationsmottagning/primärvårdsmottagning baserat på tillgängliga prislistor från vaccinationsmottagningar på Internet. Hela kostnaden bärs av individen eller dennes arbetsgivare och bekostas privat.

Arbetsgivare och privatpersoner summeras som en typ av kostnadsbärare. I denna grupp ingår både privata och offentliga arbetsgivare. Modellen skiljer därför på den roll som exempelvis landsting har som kostnadsbärare för vaccinationer som de facto ges i dagens vaccinationsprogram och på kostnader som landstinget har i egenskap av arbetsgivare som bär kostnader för anställda som möter riskgrupper inom ramen för sin tjänst.

Bland vuxna injektionsmissbrukare beräknas kostnaden till 1 912 kronor för i genomsnitt 2,5 doser per individ (200 kronor per dos och 565 för besöket). Följsamheten antas vara lägre för den här gruppen, vilket också påverkar skyddseffekten (se stycke Statusbyte (förlopp)). Den antas ske som en del i smittskyddet och därför bärs hela kostnaden av

landstinget. Detta är en förenkling i analyserna. I praktiken bärs en del av den kostnaden av staten eftersom en viss andel av dessa individer vaccineras inom kriminalvården där staten bär kostnaden.

Kostnaden för att vaccinera nyanlända invandrare beaktas inte i analyserna eftersom denna kostnad inte kommer att skilja sig med hänsyn till vald strategi inom Sverige.

Indirekta vaccinationskostnader är inte aktuellt att beräkna i fallet hepatit B eftersom de individer (0-3 månaders barn; föräldralediga vuxna; injektionsmissbrukare) som omfattas av vaccinationsstrategierna inte förväntas minska sin marknadsproduktion till följd av tre vaccinationstillfällen. För små barn ges vaccinationen i samband med redan etablerade vaccinationer. För denna analys antogs att personer med injektionsmissbruk inte var borta från ett förvärvsarbete i samband med vaccination.

Kostnader för konsekvenser av hepatit B – direkta sjukvårdskostnader

I Tabell 2.6. presenteras direkta sjukvårdskostnader i för konsekvenser av hepatit B. Vissa av dessa kostnader uppkommer som en engångskostnad vi inträdet i en status , medan andra är löpande kostnader som uppkommer årligen i en viss status.

Tabell 2.6. Direkta sjukvårdskostnader för konsekvenser av hepatit B.

	Engångskostnad (vid inträde i status)	Löpande kostnad (per cykel i status)
Mottaglig	0	0
Inkubation	0	0
Akut symptomatisk	45 732	957
Akut asymtomatisk	0	0
Kronisk ej diagnos	0	0
Kronisk ny diagnos	38 208	0
Kronisk diagnos	3 153	2 563
Levercirros	250 000	11 598
Levercancer	250 000	7 519
Utläkt	0	0

Direkta sjukvårdskostnader är beräknade utifrån bilagan ”Kostnadsanalys för hepatit B vaccination 2011” i Socialstyrelsens kunskapsunderlag för hepatit B (Socialstyrelsen 2010). De resurser som används vid olika status är hämtade från den rapporten. Alla priser uppdaterade till år 2013 och baseras på Södra Regionvårdsnämndens prislista (Södra regionvårdsnämnden 2012).. I kostnaden för status *Kronisk diagnos* ingår läkemedelsbehandling för 5 procent av individerna (1000 behandlade av 20 000 kända personer med kronisk hepatit B) enligt de förutsättningar som anges i kunskapsunderlaget.

Detta motsvarar drygt 4000 kronor per fall och år utslaget på hela gruppen. För senkomplikationerna *Levercirros* och *Levercancer* har vi antagit en löpande kostnad per år motsvarande DRG-priset för dessa båda tillstånd. Vidare ingår en kostnad för levertransplantation som inträdeskostnad motsvarande att 25 procent av alla som drabbas av levercirros och levercancer genomgår en levertransplantation. Detta antagande bygger också på resonemang i bilagan till kunskapsunderlaget. Kostnaden för en levertransplantation är omkring en miljon kronor, baserat på uppgifter i prislistor från Södra Regionvårdsnämnden fram till år 2008. Därefter redovisas inte någon DRG-kostnad för levertransplantation utan debitering sker per patient.

Kostnad för smittspårning hanteras som en engångskostnad vid upptäckt av ny akut eller kronisk smitta. Arbetsprocesser och insatser vid smittspårning bygger på expertgruppens bedömning av svensk klinisk praxis idag. Vid upptäckt av nytt fall sker provtagning av partner, familjemedlemmar och övriga som kan ha varit utsatta för smitta samt att vaccination erbjuds alla som saknar markörer för hepatit B. Om någon kontakt också visar sig bära på viruset blir denna patient föremål för ny smittspårning. Kostnader för smittspårning är beräknade utifrån antaganden om hur många individer som i genomsnitt uppsöks och testas för varje fall av nyupptäckt akut respektive kronisk hepatit B multiplicerat med kostnaden förknippad med sjukvårdsbesök och aktuella tester för dessa individer. Kostnaden för besök och tester som ingår i engångskostnaden vid inträde i status *Kronisk ny diagnos* och *Akut symtomatisk* är 3 718 kronor per person beräknat som priset för läkarbesök vid infektionsklinik (två tillfällen) samt aktuella laboratorietester. Vid akut hepatit B görs smittspårning 6 månader bakåt i tiden. Vid nyupptäckt kronisk hepatit B görs smittspårning längre tillbaka i tiden men eftersom majoriteten av de nyupptäckta kroniska fallen är smittade utomlands och har utvecklat sin kroniska hepatit innan de kom till Sverige gör vi antagandet att smittspårningen i praktiken främst gäller inom familjen i Sverige. Antalet individer som spåras och testas antas vara mellan 5 och 10 för både akut och kronisk infektion.

Kostnader för konsekvenser av hepatit B – indirekta kostnader

Indirekta kostnader förknippat med sjuklighet kopplas till antaganden om nedsatt arbetsförmåga vid olika status. Vid status *Akut symtomatisk* antas arbetsförmågan vara reducerad med i genomsnitt 50 procent under tre månader då den akuta infektionen pågår till följd av sjukdomen och flera läkarbesök samt tester sker. Därefter antas arbetsförmågan vara 25 procent lägre under ytterligare tre månader på grund av uppföljningsbesök och tester. Detta hanteras i modellen som 37,5 procents sjukskrivning per cykel i status *Akut symtomatisk*, det vill säga medelvärdet av 50 och 25 procent. Vid *Kronisk diagnos* antas att man arbetar i samma utsträckning som resten av befolkningen. Vid senkomplikationer

antas att arbetsförmågan är helt nedsatt. Kostnaden för produktionsbortfall bärs av individ/arbetsgivare de första två veckorna och därefter av staten.

Produktionsbortfall beräknas som värdet av det man skulle producerat om man vore frisk. Vi använder värdet för arbetsinkomst, justerat för skillnader i sysselsättningsgrad och löneskillnad i olika åldersgrupper i beräkningarna av produktion i modellen. I Tabell 2.7 redovisas värdet av produktion i olika åldrar. Kategorierna med intravenösa missbrukare antas inte ha något produktionsbortfall.

Den bortfallna nettoproduktionen, till följd av förtida död, har beräknats för utflödet ”Dödsfall, hepatitrelaterat” som framtida produktion minus framtida konsumtion (Ekman, 2002) i enlighet med TLVs riktlinjer.

Tabell 2.7 Produktion och nettoproduktion per individ i olika åldersintervall, SEK 2013

	Produktion (per cykel)	Nettoproduktion (framtida)
0-3 månader	0	-1 837 602
3 månader - 5 år	0	-1 556 494
6-14 år	0	-613 119
15-19 år, övriga	0	533 257
20-29 år, övriga	65 065	1 096 035
30-44 år, övriga	99 847	839 853
45-64 år	95 541	-1 209 014
65+ år	4 580	-2 147 042

Livskvalitet

Modellanalysen tar hänsyn till olika förväntad livskvalitet i olika åldersgrupper i befolkningen generellt och för individer med injektionsmissbruk som dessa utgör en egen riskgrupp. Vidare är det relevant att beakta eventuella förluster i livskvalitet förknippat med olika status som relateras till en hepatit B-infektion. Livskvalitet anges i modellen som QALY-vikter. Att använda QALY som effektmått är standard för hälsoekonomiska utvärderingar. QALY-måttet tar både hänsyn till hur lång tid en person lever med ett visst hälsotillstånd och vilken hälsorelaterad livskvalitet som patienten har i detta hälsotillstånd.

De livskvalitetsvikter (QALY-vikter) som används i modellen gäller dels befolkningen generellt och dels de grupper som är särskilt relevanta för den aktuella vaccinationen, alltså hepatit B. Vikter för befolkningen generellt är hämtade från Burström (2002) och

specificerade för olika åldersintervall i modellen. Vi har antagit att individer med ett injektionsmissbruk har lägre livskvalitet än befolkningen generellt. Uppgifter om livskvalitet bland injektionsmissbrukare är hämtade från McDonald m fl (2013) som redovisar livskvalitetsvikter bland injektionsmissbrukare i Skottland skattade med EQ-5D.

Livskvalitetsförluster förknippade med hepatit B-infektionen redovisas i Tabell 2.8. I modellen specificeras en engångsförlust kopplad till en initial oro/ångest vid inträde i status *Akut symptomatisk* och *Kronisk ny diagnos*. I brist på annan information antar vi att den initiala förlusten motsvarar en sänkning med ett steg motsvarande från ingen till måttlig oro/ångest i livskvalitetsinstrumentet EQ-5D. Vi bortser från en förlust kopplat till själva infektionen i status *Akut symptomatisk* eftersom det tillståndet förväntas vara mycket kortvarigt. Vidare förväntas det inte finnas någon löpande förlust förknippad med att vara i status *Kronisk diagnos* eller *Utläkt* (Woo m fl 2012; Ong m fl 2008). Senkomplikationer, (statusen *Levercirros* och *Levercancer*) antas vara förknippade med en löpande förlust i varje cykel. Information om livskvalitet förknippade med senkomplikationer uppmätta med EQ-5D är baserade på en italiensk studie där 1 088 patienter ingick (Scalone m fl 2012).

Tabell 2.8. QALY- och QoL-förluster förknippade med konsekvenser av hepatit B.

	Engångs QALY- förlust (vid inträde i status)	Löpande QoL-förlust (kontinuerligt i status)
Mottaglig	0	0
Vaccination	0	0
Vaccinerad	0	0
Inkubation	0	0
Akut symtomatisk	0,02	0,07
Akut asymtomatisk	0	0
Kronisk ej diagnos	0	0
Kronisk ny diagnos	0,02	0
Kronisk diagnos	0	0
Levercirros	0	0,08
Levercancer	0	0,05
Utläkt	0	0

QALY – quality adjusted life year. QoL – Quality of Life

3 Resultat

Varje modellanalys resulterar i en beräknad kostnadsskillnad och en beräknad skillnad i livskvalitet mellan vaccinationsstrategierna **allmän** och **riktad** vaccination. Utifrån dessa kostnader och effekter kan en inkrementell kostnadseffektkvot, ICER, beräknas. I detta kapitel redovisas sådana resultat samt den påverkan på kostnader det innebär för olika kostnadsbärare att ändra från riktad till allmän vaccination mot hepatit B.

Resultaten som redovisas avser skillnader mellan de båda strategierna **allmän** och **riktad** vaccination. Strategi allmän vaccination avser situation då allmän vaccination mot hepatit B regleras genom föreskrift från Socialstyrelsen och representerar en täckningsgrad på 98 procent i genomsnitt i varje födelsekohort. Strategi **riktad** avser en situation likt den som råder idag där vaccination mot hepatit B rekommenderas av Socialstyrelsen till barn och vuxna med ökad risk, vilket skulle motsvara en vaccinationstäckningsgrad på omkring 20 procent.

Rekommendationen är inte en föreskrift och den realiserade täckningsgraden beror på beslut hos flera aktörer, inklusive individer, arbetsgivare och landstingen. En större grupp än de barn som har ökad risk att drabbas av hepatit B vaccineras idag på initiativ av enskilda huvudmän. Vaccinationstäckningsgraden varierar därför mellan olika landsting. Därtill vaccineras individer i alla åldrar på eget initiativ eller efter erbjudande från arbetsgivare. Eftersom vi i analyserna eftersträvar att skapa en situation som liknar verkligheten blir i praktiken analyser av **riktad** vaccination en analys av en riktad strategi som följer Socialstyrelsens rekommendation i kombination med regionalt erbjudande från enskilda landsting och regioner. En mer korrekt benämning av denna strategi hade därmed varit ”riktad strategi i kombination med regionalt erbjudande”. Vi har dock valt att kalla denna strategi för ”riktad vaccination” för att öka läsbarheten i text och tabeller.

På grund av osäkerhet om framtida priser på vaccin samt tre möjliga referenspunkter för dagens vaccinationstäckningsgrad, varieras dessa båda parametrar i sammanlagt nio scenarier. De tre exempel på kostnader (merkostnaden för ett hexavalent jämfört med ett pentavalet vaccin) för landstingen avseende vaccination till barn inom det allmänna barnvaccinationsprogrammet som används i analyserna är listpris år 2013, genomsnittligt upphandlat pris i tillgängliga landsting år 2013 samt ett hypotetiskt framtida upphandlat pris då rabatten på ett hexavalent vaccin antas vara i samma storleksordning som få ett pentavalent vaccin (se stycke ”Vaccinationskostnader – direkta och indirekta” sid 20-21).

Vidare används tre olika antaganden om täckningsgrad för det av Socialstyrelsen rekommenderade programmet (**riktad** vaccination i analysera):

i. Listpris år 2013.
ii. Genomsnittligt upphandlat pris i tillgängliga landsting år 2013.
iii. Ett hypotetiskt framtida upphandlat pris där rabatten på ett hexavalent vaccin antas vara i samma storleksordning som på ett pentavalent vaccin.

3.1 Kostnadseffektivitet

I Tabellerna 3.1-3.2 redovisas skillnader i kostnader och effekter mellan strategi allmän och strategi riktad vaccination samt den inkrementella kostnadseffektkvoten förknippad med att gå från strategi riktad till strategi allmän, där vaccinpriset antas vara listpris och täckningsgraden i strategi riktad antas vara 45 procent. I den första tabellen redovisas diskonterade värden och i den andra tabellen redovisas odiskonterade värden. Sådan information kan användas för att avgöra ifall det ur ett samhälleligt perspektiv är kostnadseffektivt att införa den nya strategin (allmän) jämfört med den gällande strategin (riktad).

Tabell 3.1 Kostnader och QALYs förknippade med riktad respektive allmän vaccinationsstrategi samt inkrementell kostnadseffektkvot, ICER. Antagande om 45 procent täckningsgrad för riktad strategi, vaccinpris=listpris år 2013 samt diskonteringsränta 3 procent. Kronor, 2013 års värde.

	Riktad	Allmän	Skillnad	ICER allmän vs riktad
Kostnader	57 663 251 121	57 784 240 878	120 989 757	
QALY	276 547 173	276 547 216	44	
ICER				2 758 815

QALY – quality adjusted life year. ICER – incremental cost-effectiveness ratio

Med ett 100-årigt perspektiv genererar båda vaccinationsstrategierna stora kostnader och stora livskvalitetsvinster. Skillnaderna mellan strategierna är inte lika stora: Strategin allmän vaccination kostar 121 miljoner kronor mer och ger 44 QALY jämfört med riktad vaccination (Tabell 3.1). Tillsammans pekar detta på att kostnaden per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår (QALY) är 2,8 miljoner kronor.

Antagande om diskontering har stor betydelse för resultaten. Under i övrigt samma modellantagande, men utan diskontering av kostnader och QALY pekar modellresultaten på att det blir en kostnadsbesparing på drygt 500 miljoner kronor i det 100-åriga

perspektivet samt 352 vunna QALY (Tabell 3.2). Med den odiskonterade analysen är det allmänna vaccinationsprogrammet en dominant strategi, det vill säga ger större hälsovinster och kostar mindre.

Tabell 3.2 Kostnader och QALYs förknippade med riktad respektive allmän vaccinationsstrategi samt inkrementell kostnadseffektkvot, ICER . Antagande om 45 procent täckningsgrad för riktad strategi, vaccinpris=listpris år 2013 samt diskonteringsränta 0 procent. Kronor, 2013 års värde.

	Riktad	Allmän	Skillnad	ICER allmän vs riktad
Kostnader	185 543 729 039	185 037 550 913	-506 178 125	
QALY	909 984 307	909 984 659	352	
ICER				Dominant

QALY – quality adjusted life year. ICER – incremental cost-effectiveness ratio

Tabellerna 3.3 och 3.4 redovisar skillnader i kostnader respektive QALY, samt den inkrementella kostnadseffektkvoten för de nio scenarier som uppstår då vi varierar antaganden om vaccinationstäckningsgrad vid strategi riktad vaccination (20, 45 och 85 procent) samt priset på vaccination (listpris, år 2013; upphandlat pris, år 2013 och hypotetiskt framtida pris). Tabell 3.3 redovisar resultaten under antagande om 3 procents diskonteringsränta, medan Tabell 3.4 visar motsvarande resultat utan diskontering.

Tabell 3.3. Skillnad i kostnader och QALY mellan allmän (98% täckningsgrad) och riktad strategi samt ICER vid tre nivåer av täckningsgrad för riktad strategi, samt tre alternativa vaccinpriser. Diskonteringsränta 3 procent. Kronor, 2013 års värde.

Strategi	Vaccinpris		
	Listpris, år 2013	Upphandlat pris, år 2013	Hypotetiskt framtida pris
Allmän vs riktad 20 procent			
Skillnad i kostnader	174 780 464	542 219 525	-234 731 772
Skillnad i QALYs	68	68	68
ICER	2 562 595	7 949 912	Dominant
Allmän vs riktad 45 procent			
Skillnad i kostnader	120 989 757	370 659 889	-157 268 557
Skillnad i QALYs	44	44	44
ICER	2 758 815	8 451 807	Dominant
Allmän vs riktad 85 procent			
Skillnad i kostnader	30 274 538	91 514 381	-37 977 501
Skillnad i QALYs	10	10	10
ICER	3 004 818	9 083 016	Dominant

QALY – quality adjusted life year. ICER – incremental cost-effectiveness ratio

Tabell 3.4 Skillnad i kostnader och QALY mellan allmän (98% täckningsgrad) och riktad strategi samt ICER vid tre nivåer av täckningsgrad för riktad strategi, samt tre alternativa vaccinpriser. Diskonteringsränta 0 procent. Kronor, 2013 års värde.

Strategi	Vaccinpris		
	Listpris, år 2013	Upphandlat pris, år 2013	Hypotetiskt framtida pris
Allmän vs riktad 20 procent			
Skillnad i kostnader	-769 539 891	387 635 445	-2 059 216 220
Skillnad i QALYs	551	551	551
ICER	Dominant	703 142	Dominant
Allmän vs riktad 45 procent			
Skillnad i kostnader	-506 178 125	280 107 680	-1 382 496 656
Skillnad i QALYs	352	352	352
ICER	Dominant	795 637	Dominant
Allmän vs riktad 85 procent			
Skillnad i kostnader	-119 877 978	72 984 578	-334 824 033
Skillnad i QALYs	80	80	80
ICER	Dominant	908 439	Dominant

Sammantaget visar Tabellerna 3.3 och 3.4 att pris på vaccinet mot hepatit B har ett stort inflytande på resultaten. Resultaten spänner från att allmän vaccination har en mycket hög

kostnad per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår, QALY, vid dagens upphandlade priser, till att det är en kostnadsbesparande och livskvalitetshöjande strategi vid det hypotetiska framtida priset som beräknats utifrån samma rabattnivå på det hexavalenta vaccinet innehållande hepatit B som för det pentavalenta vaccinet som inte innehåller hepatit B (Tabell 3.3). Liksom förväntat medförde diskontering med 3 procent att kostnadseffektiviteten för allmän strategi jämfört med riktad strategi blev sämre eftersom att framtida nytta och kostnadsbesparingar väger lättare i analysen i förhållande till mer närliggande års förhöjda kostnader för en utökad vaccinationstäckning.

3.2 Kostnadspåverkan

Val av vaccinationsstrategi påverkar storleken på direkta och indirekta kostnader som kopplas till vaccinationsinsatser respektive förekomst av hepatit B och dess komplikationer hos olika kostnadsbärare. I ett första steg redovisar vi kostnader fördelat på olika kostnadsbärare från de nio modellanalyserna som gjordes med diskonteringsränta 0 procent. I ett andra steg illustrerar vi grafiskt utvecklingen av skillnaden i årlig kostnad mellan allmän och riktad strategi avseende vaccinationskostnader per kostnadsbärare samt direkta och indirekta sjukdomskostnader.

För analyser av kostnadspåverkan hos olika aktörer blir detta liktydigt med en så kallad kassaflödesansats, det vill säga att beloppen redovisas utan diskontering trots att de infaller vid olika tidpunkter. Tabellerna 3.5-3.7 redovisar kostnader när vaccinpriset är listpris år 2013, upphandlat pris år 2013 respektive ett framtida hypotetiskt pris. Inom respektive tabell redovisas resultat för tre nivåer av täckningsgrad med en riktad strategi (20, 45 respektive 85 procent). Var och en av tabellerna delar också upp de totala kostnaderna för det 100-åriga perspektivet på direkta vaccinationskostnader samt direkta och indirekta sjukdomskostnader.

Information om kostnadspåverkan kan användas för att analysera hos vilken huvudman som kostnader uppstår eller inbesparas då en ny strategi införs. I ett nästa steg kan en sådan analys användas som ett underlag för att föra diskussioner om finansiering av vaccinationsprogram eller omfördelning av resurser och kostnadsansvar mellan huvudmän. Analyserna beaktade tre huvudsakliga kostnadsbärare:

- Staten som står för finansiering av sjukfrånvaro efter de första två veckorna i varje sjukskrivningsperiod. I modellanalysen har vi tillskrivit staten/samhället kostnader för produktionsbortfall till följd av sjukfrånvaro som överstiger två veckor. Detta är då värden som inte blir till eftersom den totala arbetskraften är mindre på grund av sjukdomen.
- Landsting som står för kostnaden för vaccination inom ramen för de allmänna och riktade vaccinationsprogrammen samt för sjukvårdskostnader relaterade till konsekvenser av hepatit B.
- Individer och arbetsgivare, enligt någon fördelning, som bär kostnaden för vaccination utanför de allmänna eller riktade vaccinationsprogrammen. De finansierar också produktionsbortfall till följd av sjukfrånvaro under upp till två

veckor per fall. I modellanalysen har vi tillskrivit individer och arbetsgivare kostnader för upp till två veckors produktionsbortfall.

Resultaten i Tabell 3.5 pekar på en allmän strategi för vaccination mot hepatit B skulle öka kostnaderna för landstingen, minska dem något för staten men framförallt minska kostnaderna för individer och arbetsgivare. Även om vissa direkta sjukdomskostnader frigörs hos landstingen till följd av minskad förekomst av hepatit B och dess senkomplikationer, så ökar de direkta vaccinationskostnaderna väsentligt mer. Hur stora kostnadsökningarna blir vid ett införande av allmän strategi för vaccination mot hepatit B beror på vilken täckningsgrad som den riktade strategin kan antas ha.

Tabell 3.5. Påverkan på kostnader förknippat med att införa allmän (98% täckningsgrad) jämfört med riktad vaccination mot hepatit B. Listpris år 2013, diskonteringsränta 0 procent. Miljoner kronor, 2013 års värde, 100-årigt tidsperspektiv.

	Kostnadsbärare			Totalt för samhället
	Stat	Landsting	Individer/ Arbetsgivare	
Allmän vs riktad 20 procent				
Direkta vaccinationskostnader	0	3 052	-3 393	-341
Direkta sjukdomskostnader	0	-277	0	-277
Indirekta sjukdomskostnader	-152	0	-7	-159
Total kostnad	**-152**	**2 775**	**-3 399**	**-776**
Allmän vs riktad 45 procent				
Direkta vaccinationskostnader	0	2 074	-2 305	-232
Direkta sjukdomskostnader	0	-175	0	-175
Indirekta sjukdomskostnader	-100	0	-5	-104
Total kostnad	**-100**	**1 899**	**-2 310**	**-511**
Allmän vs riktad 85 procent				
Direkta vaccinationskostnader	0	509	-565	-57
Direkta sjukdomskostnader	0	-39	0	-39
Indirekta sjukdomskostnader	-24	0	-1	-25
Total kostnad	**-24**	**469**	**-567**	**-121**

Vid den genomsnittliga nivån för riket idag, 45 procent, ökar landstingens samlade direkta vaccinationskostnader med drygt 2 miljarder kronor medan sjukdomskostnaderna minskar med 175 miljoner kronor sett i det 100-åriga perspektivet. För landstingen sammantaget innebär den allmänna strategin en nettokostnadsökning med 1,9 miljarder över 100 år, vilket motsvarar en kostnadsökning på 19 miljoner per år i genomsnitt under perioden. I samma scenario är det individer/arbetsgivare som erhåller den största kostnadsbesparingen, 2,3 miljarder kronor över 100 år. Såsom Tabell 3.5 visar är resultaten känsliga för vilken

täckningsgrad den riktade strategin har. Landstingens totala kostnadsökning för införande av allmän strategi är 2,8 miljarder kronor (dvs. 28 miljoner/år i genomsnitt under perioden) om vi antar 20 procents täckningsgrad och 470 miljoner om vi antar 85 procents täckningsgrad med det riktade programmet i ett 100-årsperspektiv.

Den totala vaccinationskostnaden för landstingen vid en situation med allmän vaccination där 98 procent av alla nyfödda vaccineras, är 3,9 miljarder under en 100-årsperiod om listpriser används i analysen. Detta motsvarar i genomsnitt 39 miljoner per år i 100-årsperspektivet för landstingen. Notera att den genomsnittliga födelsekohorten är 113 177 nyfödda i analyserna.

Av Tabellerna 3.6 och 3.7 framgår det att priset på vaccinet också spelar stor roll för kostnadsbördan på landstingen av ett införande av allmän strategi. Övriga kostnader i modellen är oförändrade jämfört med Tabell 3.5.

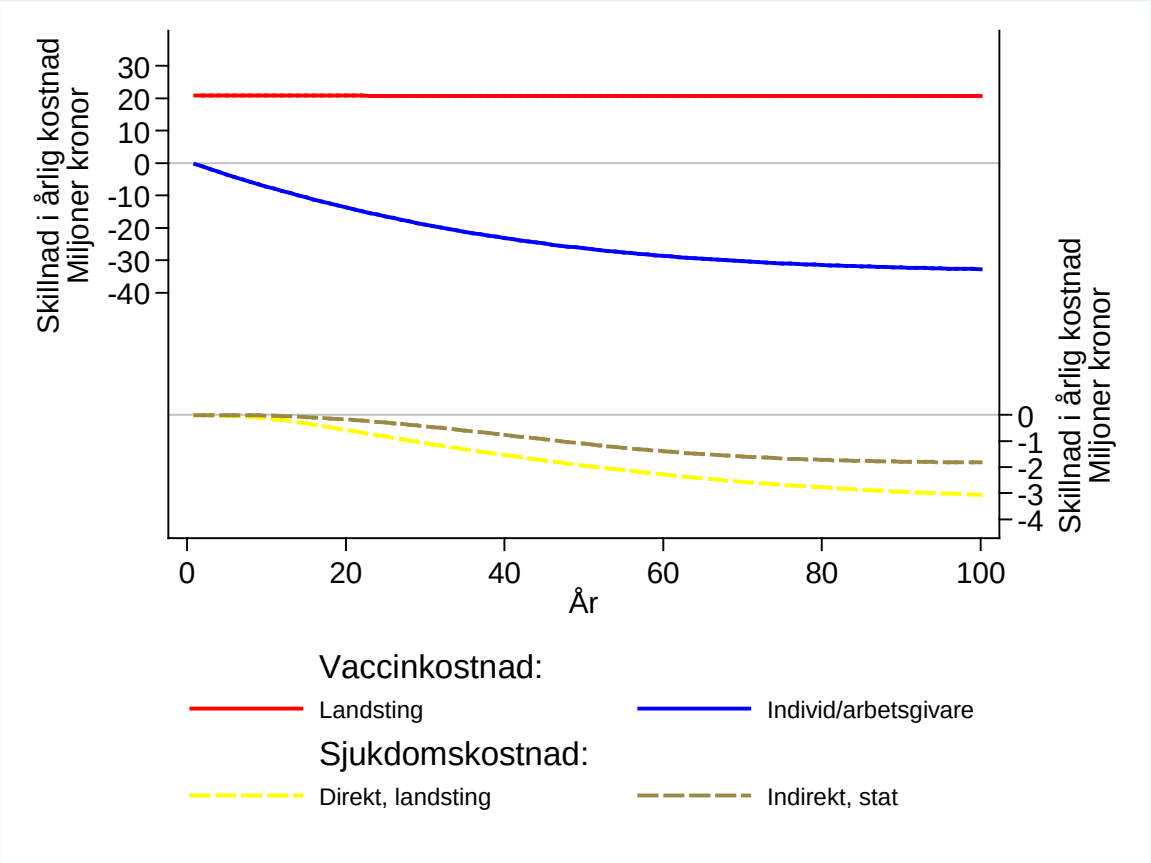
Tabell 3.6. Påverkan på kostnader förknippat med att införa allmän (98% täckningsgrad) jämfört med riktad vaccination mot hepatit B. Upphandlat pris år, diskonteringsränta 0 procent. Miljoner kronor, 2013 års värde, 100-årigt tidsperspektiv.

	Kostnadsbärare			Totalt för samhället
	Stat	Landsting	Individer/ Arbetsgivare	
Allmän vs riktad 20 procent				
Direkta vaccinationskostnader	0	4 209	-3 393	817
Direkta sjukdomskostnader	0	-277	0	-277
Indirekta sjukdomskostnader	-152	0	-7	-159
Total kostnad	**-152**	**3 932**	**-3 399**	**381**
Allmän vs riktad 45 procent				
Direkta vaccinationskostnader	0	2 860	-2 305	555
Direkta sjukdomskostnader	0	-175	0	-175
Indirekta sjukdomskostnader	-100	0	-5	-104
Total kostnad	**-100**	**2 685**	**-2 310**	**276**
Allmän vs riktad 85 procent				
Direkta vaccinationskostnader	0	701	-565	136
Direkta sjukdomskostnader	0	-39	0	-39
Indirekta sjukdomskostnader	-24	0	-1	-25
Total kostnad	**-24**	**662**	**-567**	**72**

Tabell 3.7. Påverkan på kostnader förknippat med att införa allmän (98% täckningsgrad) jämfört med riktad vaccination mot hepatit B. Hypotetiskt framtida pris, diskonteringsränta 0 procent. Miljoner kronor, 2013 års värde, 100-årigt tidsperspektiv.

	Kostnadsbärare			Totalt för samhället
	Stat	Landsting	Individer/ Arbetsgivare	
Allmän vs riktad 20 procent				
Direkta vaccinationskostnader	0	1 762	-3 393	-1 630
Direkta sjukdomskostnader	0	-277	0	-277
Indirekta sjukdomskostnader	-152	0	-7	-159
Total kostnad	**-152**	**1 485**	**-3 399**	**-2 066**
Allmän vs riktad 45 procent				
Direkta vaccinationskostnader	0	1 197	-2 305	-1 108
Direkta sjukdomskostnader	0	-175	0	-175
Indirekta sjukdomskostnader	-100	0	-5	-104
Total kostnad	**-100**	**1 022**	**-2 310**	**-1 387**
Allmän vs riktad 85 procent				
Direkta vaccinationskostnader	0	294	-565	-272
Direkta sjukdomskostnader	0	-39	0	-39
Indirekta sjukdomskostnader	-24	0	-1	-25
Total kostnad	**-24**	**254**	**-567**	**-336**

Tabellerna 3.5- 3.7 redovisar den sammanlagda kostnaden för hela det 100-åriga modellperspektivet. Utifrån kassaflödesprincipen kan de årliga kostnaderna per kostnadsbärare illustreras såsom i Figur 3.1 nedan. Där visas merkostnaden för stat, landsting samt individ/arbetsgivare över tid till följd av införande av allmän strategi. En negativ merkostnad är liktydig med en kostnadsbesparing. Det ska observeras att den årliga kostnaden redovisas på olika skala för vaccinkostnader och sjukdomskostnader eftersom nivån på dessa skiljer avsevärt.



Figur 3.1. Skillnad i årlig kostnad för vaccin och sjukdom mellan allmän och riktad vaccination uppdelat på kostnadsbärare. Resultat om vaccinpriset sätts till listpriset och täckningsgraden i strategi riktad är 45 procent. Figurens vänstra skala avser vaccinkostnader och figurens högra skala avser sjukdomskostnader. Miljoner kronor, 2013 års värde.

Såsom illustreras i Figur 3.1 skulle införande av allmän vaccination innebära en omedelbar kostnadsökning i landstingen, medan individ och arbetsgivare successivt skulle kunna minska sina kostnader för vaccination. Detta beror på att den allmänna vaccinationen ges till små barn och därmed förväntar vi oss att äldre barn samt vuxna fortsätter att vaccineras sig såsom de gör idag. Minskningar i sjukdomskostnader tillfaller både landstingen och staten men uppkommer först senare. Minskningen i indirekta kostnader som bärs av individ och arbetsgivare är för liten för att synas in figuren.

3.3 Begränsningar i analyserna

Osäkerhet i indata

Resultaten som redovisas bygger på registerdata och publicerade resultat. I några fall har vi gjort grova antaganden när mer detaljerade data inte varit tillgängliga. Vi diskuterar här kortfattat kring betydelsen av de antaganden som gjorts avseende epidemiologiska parametrar och alternativa vaccinationsstrategier som för parametrar avseende kostnader och livskvalitet.

Epidemiologiska parametrar

Osäkerhet i epidemiologiska parametrar avser de angivna sannolikheterna för att förflyttas mellan olika status. Eftersom det rör sig om små sannolikheter vad gäller senkomplikationer har förenklade antaganden avseende risk för att utveckla sådana relativt liten påverkan på resultaten. Skyddseffekten av vaccination, däremot har en potentiellt stor påverkan på resultaten eftersom den styr hur stor andel som förblir mottaglig och hur stor andel som blir immun efter genomgången vaccination. Antaganden om skyddseffekt är baserad på studier med relativt stora underlag och kan betraktas som väl underbyggda.

Vaccinationsstrategier

En viktig aspekt vid analys av riktade vaccinationsprogram är hur eventuella strategier för att screena riskgrupper ska hanteras i modellen. I analysen av vaccination mot hepatit B valde vi att hantera kostnader för detta i samband med inflödet till vaccination. Exempelvis screenas och vaccineras invandrare från högriskländer i den mån de inte är immuna sedan tidigare. Däremot finns inte möjlighet att modellera screening i den generella eller delar av befolkningen i modellen i dess nuvarande struktur. Vi kan inte jämföra olika screeningstrategier med varandra på samma sätt som vi kan jämföra vaccinationsstrategier. Det finns dock utrymme att bygga ut modellen till att även kunna analysera skillnader mellan screeningstrategier och/eller mellan vaccinations- respektive screeningstrategier.

Det finns en osäkerhet kring hur stor andel som kan förväntas vaccineras vid ett riktat program i framtiden. Eftersom detta har ett genomslag för vilka skillnader i kostnader och effekter som uppstår vid en jämförelse mellan riktad och allmän strategi analyseras och redovisas tre olika scenarier i rapporten.

Kostnader

De kostnader som används i analyserna är baserade på listpriser samt upphandlade priser för vaccin för 2013 där dessa fanns att tillgå (Stockholm, Örebro och Skåne), prisuppgifter för sjukvårdande behandlingar från Södra regionvårdsnämnden (Södra

Regionvårdsnämnden 2012) samt statistik om löner från Statistiska Centralbyrån. Direkta kostnader förknippade med senkomplikationer baseras på grova antaganden. Vår bedömning är att detta har begränsad betydelse för resultaten eftersom det är få som drabbas.

Priset för vaccinet hade som vi såg i resultattabellerna 3.3 och 3.4 stor betydelse för resultaten. Vi redovisar alla tre utfallen eftersom vi inte med säkerhet vet vilka priser som kommer att gälla i framtiden. Rapporten ger istället ett brett underlag.

Livskvalitet

Uppgifter om livskvalitet för de aktuella hälsotillstånden (status) i en svensk kontext finns inte tillgängliga. Vi har främst använt publicerade uppgifter från andra europeiska länder i analyserna. Eftersom nivån på upplevd hälsorelaterad livskvalitet skiljer sig mellan olika länder har vi angivit konsekvenser för hälsorelaterad livskvalitet som förändringar förknippade med att röra sig från en status till en annan (inkrement och dekrement)

Känslighetsanalyser

Ett sätt att hantera osäkerhet i de data man använder i analyserna är att göra känslighetsanalyser. Känslighetsanalyser genomförs genom att modellen körs med ny inställning av parametern av intresse för att belysa konsekvenserna för modellresultaten av den osäkerhet som kan gälla för de indata som finns att tillgå för analysen. Sådana analyser har, som redan nämnts, genomförts för parametrar som har stor betydelse för resultaten: priset på vaccin och andel som vaccineras vid strategin riktad vaccination.

4. Analys och tolkning av resultat

Modellanalysen genomfördes med ett nationellt perspektiv. De skillnader i kostnader och effekter som redovisas i rapporten gäller därför för Sverige som helhet. I praktiken finns det emellertid stora regionala skillnader i vaccinationstäckning. I vissa landsting/regioner erbjuds redan idag vaccination mot hepatit B till alla barn medan det i andra fall endast är barn i riskgrupp som erbjuds vaccination. Det innebär att den totala merkostnaden av att införa en allmän strategi för vaccination mot hepatit B, jämfört med det enskilda landstingets nuvarande, i praktiken varierar.

Inom ramen för projektet diskuterades möjligheten att modellera 0 procents vaccinationstäckning som ett hypotetiskt referensalternativ. Ett sådant scenario skulle medföra många och osäkra antaganden eftersom riskgruppsvaccination funnits länge. Det saknas därför uppgifter om hur många som skulle välja att vaccinera sig på egen bekostnad utanför eventuella landstingsfinansierade program. Vidare saknas uppgifter för att göra antaganden om initial fördelning över modellens kategorier och status samt utvecklingen under de cykler som modelleras. Eftersom vaccinationstäckningsgraden varit förhållandevis hög i stora delar av befolkningen under flera års tid saknas relevant information om prevalens och incidens att använda vid kalibrering med hänsyn till initial fördelning mellan status. Därför inkluderar inte modellanalysen ett jämförelsealternativ utan någon befintlig vaccinationstäckning. Den totala merkostnaden av att vaccinera alla barn jämfört med att inte vaccinera något barn beräknas inte modellen.

Analyserna visar tydligt att om allmän vaccination införs mot hepatit B införs skulle resurser frigöras från privat sektor medan kostnaderna för landstingen skulle öka. Detta gäller för samtliga modellerade scenarion. Införande av allmän vaccination innebär en omedelbar kostnadsökning i landstingen, medan individ och arbetsgivare successivt skulle kunna minska sina kostnader för vaccination. Idag bekostas vaccination bland individer antingen privat eller av deras arbetsgivare. Sådan vaccination skulle på sikt upphöra om alla individer erbjuds vaccination genom det nationella barnvaccinationsprogrammet. Detta beror på att den allmänna vaccinationen ges till små barn och därmed förväntar vi oss att äldre barn samt vuxna fortsätter att vaccineras sig såsom de gör idag under en period även efter införandet av allmän vaccination. Minskningar i sjukdomskostnader tillfaller både landstingen och staten men uppkommer först senare – i de flesta fall på mer än 20 års sikt.

Kostnaden per vaccinerad individ förväntas bli lägre om allmän vaccination införs eftersom dessa kan administreras inom de redan idag väl fungerande rutinerna för vaccination mot andra infektionssjukdomar bland små barn. Exempelvis är merkostnaden enligt listpris idag 348 kronor för vaccination inom barnvaccinationsprogrammet medan vuxna betalar 900-990 kronor för motsvarande vaccination mot hepatit B. Då individer och/eller deras arbetsgivare själva bekostar vaccination blir kostnaden per vaccinerad

individ högre eftersom den sker vid kontakter med sjukvården som annars inte skulle ha uppstått. Allmän vaccination kan därutöver medföra att en ökad andel i gruppen privat vaccinerade också genomför tre vaccinationer och därmed får ett mer heltäckande skydd.

Resultaten visar att såväl kostnadseffektiviteten som påverkan på kostnader för olika kostnadsbärare är känsligt för framförallt två faktorer:

- Val av diskonteringsränta
- Val av vaccinpris

Ur ett samhällsperspektiv blir det i flera fall kostnadsbesparande att införa allmän vaccination då resultaten redovisas utan diskontering. Resultat utan diskontering kan tolkas som det absoluta värdet av framtida kassaflöden. När diskontering används blir värdet av de kostnader, inbesparade kostnader och hälsovinster som infaller långt fram i tiden mindre. Sådana resultat kan tolkas som nuvärdet av framtida kassaflöden. I det senare fallet blir värdet av den inbesparade kostnaden för framtida sjuklighet i hepatit B samt minskade kostnader för individer av att vaccinera sig i vuxen ålder lägre eftersom de infaller långt fram i tiden. Kostnaden för allmän vaccination av barn får däremot stort genomslag på kostnadssidan både med och utan diskontering eftersom dessa kostnader uppstår tidigare.

I en tidigare studie beräknades landstingens (sjukvårdens) kostnad för riktad och allmän strategi uppgå till 250 respektive 269 miljoner kronor för 2008 års födelsekohort utan diskontering (r=0%) (Bilaga ”Kostnadsanalys för hepatit B vaccination 2011” i kunskapsunderlaget från Socialstyrelsen). I studien antogs vaccinationstäckningsgraden vara 98 procent för allmän vaccination och 19 procent för riktad vaccination. Vaccinationstäckningsgraden för riktad vaccination beräknades utifrån födelsekohort och försäljningsstatistik år 2007. Merkostnaden av att införa allmän vaccination beräknades som skillnaden mellan strategierna till 19 miljoner. Kostnaden utgjordes av vaccinkostnaden samt besök på vårdcentral för att administrera vaccinationen för tre doser under barnets första levnadsår. Nettokostnaden för sjukvården av att införa allmän, jämfört med riktad vaccination mot hepatit B, det vill säga då hänsyn tas till inbesparingar i kostnader för hepatit B-relaterad sjuklighet, för 2008 års kohort beräknades till 12,5 miljoner kronor utan diskontering.

Nivån på merkostnader för landstingen av att införa allmän jämfört med riktad vaccination ligger högre i föreliggande studie (se Tabell 3.5). I scenariot i föreliggande rapport, där 20 procent täckningsgrad antas för riktad strategi och listpriser används, blir merkostnaden för landstingen närmare 28 miljoner per år. Detta innebär en större ökning i kostnader jämfört med analysen som avsåg år 2007. Den större ökningen kan i stor utsträckning förklaras av

förändringar i relativpriser mellan pentavalent och hexavalent vaccin mellan åren 2007 och 2013.

De nio scenarier som modellerades inom ramen för den här studien visade också att resultaten är känsliga för priset på vaccin. Detta indikerar att en viktig parameter i ett samhällsekonomiskt perspektiv är hur förhandling mellan huvudmän och tillverkare av det hexavalenta vaccinet faller ut. När analysen antar att dagens listpriser och dagens upphandlade priser, ökar samhällets totala kostnader vid införande av allmän strategi. När analysen istället hypotetiskt antar att en allmän vaccination skulle kunna medföra en lika stor procentuell rabatt på dagens listpris på det hexavalenta vaccinet som landsting idag erhåller på det pentavalenta vaccinet förändras kostnadseffektiviteten. Vid ett sådant scenario blir utfallet av att gå från riktad till allmän vaccination dominant vid både 3 procents och 0 procents diskonteringsränta eftersom den allmänna strategin är både kostnadsbesparande för samhället och samtidigt generarar mer livskvalitet.

5. Slutsatser

Det är svårt att säga om vaccination mot hepatit B inom ramen för det allmänna barnvaccinationsprogrammet är kostnadseffektivt eller inte. Modellanalysen visar att resultaten är mycket känsliga för antaganden om pris på vaccinationen och nuvarande täckningsgrad. Analysen visar också att införande av allmän vaccination successivt skulle minska kostnadsbördan för hepatit B vaccination i privat sektor hos individer och arbetsgivare som idag väljer att själva bekosta vaccination. Kostnaderna för hepatit B vaccination hos landstingen skulle öka betydligt vid införande av allmän vaccination, men i olika utsträckning beroende på antaganden om nuvarande täckningsgrad. Nuvarande täckningsgrad varierar mellan landsting och grupper av individer till följd av beslut om erbjudande av vaccination hos enskilda huvudmän såväl som beslut hos enskilda privatpersoner och arbetsgivare.

Referenser

Burström K, Rehnberg C. Hälsorelaterad livskvalitet i Stockholms län 2002. Enheten för socialmedicin och hälsoekonomi, Centrum för folkhälsa, FORUM för kunskap och gemensam utveckling, Stockholms läns landsting. Rapport 2006:1.

Dolan P, Gudex C, Kind P, Williams A, A social tariff for EuroQol: Results from a UK general population study, in Centre for Health Economics Discussion Paper1995, University of York: York, UK.

Ekman M, Consumption and production by age in Sweden. Basic facts and health economic implications. I Studies in health economics: Modelling and data analysis of costs and survival. Handelshögskolan, Doktorsavhandling. 2002: Stockholm.

Fattovich G, Bortolotti F, Donato F. Natural history of chronic hepatitis B: special emphasis on disease progression and prognostic factors. J Hepatol. 2008 Feb;48(2):335-52.

Hyams KC. Risks of chronicity following acute hepatitis B virus infection: a review. Clin Infect Dis. 1995 Apr;20(4):992-1000.

McDonald SA, Hutchinson SJ, Palmateer NE, Allen E, Cameron SO, Goldberg DJ, Taylor A, Decrease in health-related quality of life associated with awareness of hepatitis C virus infection among people who inject drugs in Scotland. Journal of hepatology, 2013. 58(3): p. 460-6.

Missbruksutredningen SOU 2011:6.

Margolis HS, Alter MJ, Hadler SC. Hepatitis B: evolving epidemiology and implications for control. Semin Liver Dis. 1991 May;11(2):84-92.

Ong SC, Mak B, Aung MO, Li SC, Lim SG. Health-related quality of life in chronic hepatitis B patients. Hepatology. 2008 Apr;47(4):1108-17. doi: 10.1002/hep.22138.

Scalone L, Ciampichini R, Fagiuoli S, Gardini I, Fusco F, Gaeta L, Del Prete A, Cesana G, Mantovani LG, Comparing the performance of the standard EQ-5D 3L with the new version EQ-5D 5L in patients with chronic hepatic diseases. Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation, 2013. 22(7): p. 1707-16.

Socialstyrelsen 2010-1-21. Hepatit B-vaccination - Kunskapsunderlag från experter. Med bilaga 2010-1-22 Kostnadsanalys för hepatit B-vaccination. Analys av sjukvårdens förväntade och inbesparade kostnader vid införande av vaccination mot hepatit B i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn i Sverige.

Smittskyddsinstitutets databas.

Statistiska centralbyrån. Befolkningsstatistik.

Sveriges Kommuner och Landsting, SKL. Hälso- och sjukvård åt asylsökande under år 2011.

Södra regionvårdsnämnden (2012). Regionala priser och ersättningar för södra sjukvårdsregionen 2013. Lund, Södra regionvårdsnämnden.

Tichmann I, Preidel H, Grunert D, Habash S, Schult R, Maier R, Gildberg PK, Sengespeik HC, Meurice F, Sänger R. Comparison of the immunogenicity and reactogenicity of two commercially available hexavalent vaccines administered as a primary vaccination course at 2, 4 and 6 months of age. Vaccine. 2005 May 9;23(25):3272-9.

Toy M, Onder FO, Idilman R, Kabacam G, Richardus JH, Bozdayi M, Akdogan M, Kuloglu Z, Kansu A, Schalm S, Yurdaydin C. The cost-effectiveness of treating chronic hepatitis B patients in a median endemic and middle income country. Eur J Health Econ. 2012 Oct;13(5):663-76.

Woo G, Tomlinson G, Yim C, Lilly L, Therapondos G, Wong DK, Ungar WJ, Einarson TR, Sherman M, Heathcote JE, Krahn M. Health state utilities and quality of life in patients with hepatitis B. Can J Gastroenterol. 2012 Jul;26(7):445-51.

Samordningskansliet
Åsa Paletun Miljöstrateg
Tfn: 063-14 76 78
E-post: asa.paletun@jll.se

2014-05-06

Dnr LS/456/2014
Ert dnr 423-1574-14

Länsstyrelsen i Jämtlands län
”Remissvar Klimatstrategin”

831 86 Östersund

Yttrande över remiss ”Klimatstrategi för Jämtlands län 2014-2020”

Synpunkter samt svar på angivna frågeställningar

Klimatstrategins giltighetstid anges vara 2014-2020, men visionen gäller 2030. Rubriceringen bör därför kompletteras med ”…och vision 2030”.

Vision och mål

Visionen innehåller formuleringar som mer antyder vägen fram till visionen. Formuleringen av visionen bör kunna förenklas t.ex. till *”År 2030 är Jämtlands län en fossilbränslefri region och en nationellt ledande exportör av förnyelsebar energi. Länet är också ett långsiktigt robust samhälle i ett klimat i förändring”*.

Enligt föreslagen klimatstrategi så omfattar målsättningen om 50 % minskning av växthusgasutsläppen (**mål 1**) enbart de regionala, direkta utsläppen, vilket i så fall bör framgå av målformuleringen.

Vidare saknas mål/delmål för minskning av växthusgasutsläppen från transportsektorn. Det kan dock härröras till målet om en minskning av de totala utsläppen. I målbeskrivning eller som delmål saknar vi skrivning om personbilsparken i länet utöver laddbara bilar (under mål 2). Att motivera/stimulera byten till nyare, bränslesnålare bilar och/eller med alternativ drift kan få stor inverkan på transportsektorns utsläpp. I nulägesbeskrivningen nämns att länet har den längsta genomsnittliga körsträckan och har dessutom en ålderstigen bilpark (näst äldst i Sverige 2011) med hög bränsleförbrukning. Det är också så att de genomsnittliga koldioxidutsläppen för de nya bilar som trots allt köps i länet är överlägset högst i landet. Där finns det troligen stor potential för att göra bättre val ur klimatsynpunkt. Förutom de som byter till laddbara bilar, så kan mycket vinnas på att övriga i alla fall kan byta till bättre alternativ.

I beskrivningen av **mål 2** om 25 % förnybar energi inom transportsektorn nämns resfria möten som en väg till effektivisering av befintliga resor (dock inte som delmål). Nyttjande av distansoberoende teknik för möten, utbildning m.m. har stor potential att

minska behovet av resor, men bör snarare lyftas som en åtgärd eller målsättning direkt under mål 1 om minskning av växthusgasutsläppen.

I beskrivningen till **mål 3** om 20 % energieffektivisering inom offentlig sektor och näringsliv står det att energiförbrukningen inom offentlig sektor i princip är konstant sedan 1990 medan energiförbrukningen inom näringslivet har ökat. Ändå anges att förutsättningen för att målet ska nås är att kommunernas och landstingets arbete med energieffektiviseringar lyckas. Landstinget har noterat en bristande motivation hos vissa fastighetsägare att energieffektivisera i fastigheter som landstinget bedriver verksamhet i. Det kan finnas en stor potential till energieffektiviseringar i såväl offentligt ägda som privat ägda hyresfastigheter där det kan behöva tydliggöras vinsterna med åtgärder. Det vore önskvärt med en målbeskrivning och mer tydliga åtgärdsförslag för att fastighetsägare generellt ska känna sig mer berörda/delaktiga i arbetet utifrån klimatstrategin.

Möjligheterna och potentiella vinster för företag att investera i vindkraft borde här också kunna tas upp i beskrivning, som ett delmål eller i åtgärdsplanen såsom solenergi tas upp i mål 4.1.

I **mål 4** anser landstinget att det är positivt att konsumtionens klimatpåverkan tas upp eftersom den största delen av Sveriges klimatpåverkan sker i andra länder.

Under **mål 9** återfinns delmål 9.6 om bra rutiner för att skapa och förmedla finansieringsmöjligheter för klimataktiviteter. Det ser landstinget som ett högt prioriterat mål, i synnerhet för att få till viktiga åtgärder som har lång återbetalningstid.

Landstinget har inga synpunkter på övriga mål eller swot-analyserna.

<u>Åtgärdsplaner</u>

Nyttjande av distansoberoende teknik i såväl näringsliv som i offentlig verksamhet för möten, utbildning m.m. har stor potential att minska behovet av resor, men bör snarare lyftas som en åtgärd eller målsättning direkt under **mål 1** om minskning av växthusgasutsläppen. I nuläget finns en åtgärd beskriven under mål 4 som dock rör hushållen.

I enlighet med synpunkten på **mål 1** om att mål/delmål saknas för minskade utsläpp från transportsektorn (se ovan) så saknas följaktligen även beskrivning av åtgärder kopplat till detta.

Åtgärdsplanen för **mål 2** bör i punkt 3 kompletteras med att även stimulera arbetsgivare att erbjuda laddplatser på personalparkeringar för att underlätta för privatpersoner att investera i laddbara bilar.
Punkt 7, 9 och 13-15 ser landstinget som stor arbetsgivare som viktiga åtgärder som bör prioriteras högt.

Åtgärdsplanen för **mål 3** bör, i enlighet med landstingets synpunkt på målbeskrivningen, kompletteras med åtgärder, t.ex. utbildning för fastighetsägare och fastighetsskötare om energieffektivisering.

Det finns också anledning att föreslå åtgärder för att stimulera/motivera företagare att investera i vindkraft – antingen under mål 3 eller eventuellt under mål 5.

I åtgärdsplan för **mål 5** vill landstinget kommentera punkt 34 om insatser för ökad produktion av solenergi i länet med att det i dagsläget saknas riktade stimulansmedel för offentlig verksamhet för att göra solenergi till en ekonomiskt försvarbar investering.

I åtgärdsplan för klimatanpassning, **mål 8**, anges under ”Människors hälsa, vård och omsorg” under lokala åtgärder ”Avkylningsmöjligheter på akut- intensiv- och hjärtavdelningar”, i strategins avsnitt om ”Förutsättningar och aspekter för klimatarbetet” anges avkylningsmöjligheter för akut- och intensivvårdsavdelningar . Östersunds sjukhus har redan idag detta på akut- och intensivvårdsavdelningarna. I dagsläget finns inte behovet att utöka detta till våningsplanet där hjärtenheterna idag är belägna, men möjligheterna finns om förutsättningarna ändras.

Landstinget har inga synpunkter på övriga punkter i åtgärdsplanerna.

<u>Helhetsintryck och övriga synpunkter på dokumentets innehåll</u>

Utformningen av klimatstrategin skulle med fördel kunna justeras för att underlätta läsningen. Det kan ofta vara att föredra att mål och delmål presenteras samlat i inledningen av dokumentet och lägga allt bakgrundsmaterial efter det, för de som vill fördjupa sig mer.

I SWOT-analysen för klimatanpassning finns pollenallergi och astma med under hot. Under kapitlet ”Klimatförändringarnas påverkan på samhälle och näringsliv” och rubriken ”Människors hälsa, vård och omsorg” saknas dock beskrivning av risken för ökning av pollenallergiska besvär. Idag är 20% av Sveriges befolkning pollenallergiska. Förändrade årstider och en förlängd växtsäsong kan komma att ge en förändring i utbredningen av pollenproducerande arter och i pollensäsongens start, längd och intensitet. Flera konsekvenser av klimatförändringarna gynnar sannolikt björk i norra Sverige vilket medför att de genomsnittliga pollenhalterna förväntas stiga. Detta sammantaget leder sannolikt till ökade pollenallergier och ökade besvär hos redan pollenallergiska. Det kan vara av värde att påtala denna problematik i kapitlet om klimatförändringarnas samhällspåverkan.

Risken för ökad smittspridning i ett varmare klimat finns, förutom via olika vektorer såsom djur, insekter, spindeldjur m.m. och dricksvatten som nämns i dokumentet, även via annat vatten och livsmedel. Ett varmare klimat under sommarmånaderna förväntas också öka antalet matförgiftningar. Denna skrivning kan behöva förtydligas i dokumentet för att inte läsaren uppfattar det som enbart ett problem för dricksvattnet.

I kapitlet ”Jämställdhetsaspekter i klimatarbetet” berörs skillnader i mäns och kvinnors konsumtionsmönster och energianvändning. Då transportsektorn är en av de centrala

delarna i klimatstrategin kan det vara värt att nämna att 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 (ref: *Kommunförbundet: Ojämnställdhetens miljöer, Helén Lundkvist, 1998*)

Strategin med tillhörande åtgärdsplaner ger kanske inte mer vägledning specifikt till landstinget, men ligger i linje med det arbete som pågår i vår verksamhet och tydliggör vikten av det arbete som bedrivs. Det finns också flera åtgärder som landstinget kan medverka i och som är till nytta för landstingets verksamhet.

JÄMTLANDS LÄNS LANDSTINGSSTYRELSE

Harriet Jorderud
Landstingsstyrelsens ordförande

Björn Eriksson
Landstingsdirektör

Länsstyrelsen
Jämtlands län

Remiss

Datum
2014-03-18

Dnr (anges vid skriftväxling)
423-1574-14

Enligt sändlista

KLIMATSTRATEGI FÖR JÄMTLANDS LÄN 2014-2020

Länsstyrelserna har i regeringsuppdrag att samordna länens energi- och klimatarbete, ta fram regionala miljömål samt samordna länets arbete med anpassning till ett förändrat klimat. Den strategi som härmed sänds på remiss omfattar både energiomställning och anpassning till ett förändrat klimat. Strategin utgår bland annat från energi- och klimatstrategin 2009, de regionala dialoger som utfördes 2011-2012, kommundialoger för klimatanpassning 2013, och de två konferenser som arrangerades i november 2013 och januari 2014.

Länsstyrelsen önskar svar på följande frågor senast **22 april 2014**.

Vision och mål

(1) Ger visionen en bra och rimlig målbild för länets klimatarbete?
(2) Är målsättningarna rimliga?
(3) Har ni förslag på kompletterande målsättningar eller andra formuleringar?
(4) Har ni förslag till kompletteringar i SWOT-analyserna?

Åtgärdsplaner

(5) Är åtgärdsplanerna relevanta för er verksamhet och på rätt nivå?
(6) Är föreslagna aktörer de rätta att utföra åtgärderna?
(7) Saknas det regionala åtgärder? Har ni andra förslag till regionala åtgärder.
Lämna gärna uppslag till åtgärder som hör hemma i den idékatalog för klimatanpassningsarbete på nivån lokal nivå/enskild verksamhet.

Helhetsintrycket

(8) Ger strategin en korrekt bild av hur klimatarbetet behöver bedrivas i länet? Frågan gäller särskilt kapitlen om Samverkan och lärande.
(9) Kan denna strategi med tillhörande åtgärdsplaner ge vägledning i er organisations klimatarbete?

Magnus Lindow
Enhetschef samhällsenheten

Postadress	Besöksadress	Telefon	Fax	E-post	Webb
831 86 ÖSTERSUND	Residensgränd 7	010-225 30 00	010-225 30 10	jamtland@lansstyrelsen.se	www.lansstyrelsen.se/jamtland

Länsstyrelsen
Jämtlands län

Remissvar till jamtland@lansstyrelsen.se eller till "**Länsstyrelsen i Jämtlands län, 831 86 ÖSTERSUND**". Märk svarspost med "*Remissvar Klimatstrategin*". Vid frågor angående strategin, kontakta:

Elin.Andersson@lansstyrelsen.se 010-225 33 68, klimatanpassning
Jimmy.Nilsson@lansstyrelsen.se 010-225 32 89, energiomställning, klimatpåverkan

Remissen finns på Länsstyrelsens hemsida:
http://www.lansstyrelsen.se/jamtland/Sv/miljo-och-klimat/klimat-och-energi/klimatfokus-jamtlands-lan/klimatstrategi-for-jamtlands-lan/remiss-klimatstrategi/Pages/default.aspx

Remiss

Diarienummer
423-1574-2014

Remissversion

Klimatstrategi för Jämtlands län

2014-2020

Länsstyrelsen
Jämtlands län

Omslagsbild
xx. Foto:

Remissversion utgiven av
Länsstyrelsen Jämtlands län
februari 2014

Beställningsadress
Länsstyrelsen Jämtlands län
831 86 Östersund
Telefon 010-225 30 00

Ansvarig
Magnus Lindow

Text
Elin Andersson, Jimmy Nilsson, Märit Izzo

Tryck
Länsstyrelsens tryckeri, Östersund 2014

Löpnummer
xxxx (anges ej för remissversion)

Diarienummer
423-1574-2014

Publikationen kan laddas ner från Länsstyrelsens hemsida
www.lansstyrelsen.se/jamtland

Förord

[Förord skrivs och undertecknas av Landshövding + regionråd när Klimatstrategin beslutats av Länsstyrelsen och antagits av Regionförbundet.]

Innehållsförteckning

VISION 2030 FÖR REGIONALT KLIMATARBETE **5**
NIO MÅLSÄTTNINGAR FÖR ÅR 2020 5
INLEDNING **6**
SYFTE 6
AVGRÄNSNINGAR 6
SÅ HÄR HAR KLIMATSTRATEGIN ARBETATS FRAM 6
SKILLNAD MELLAN KLIMATPÅVERKAN OCH KLIMATANPASSNING 7
FÖRUTSÄTTNINGAR OCH ASPEKTER FÖR KLIMATARBETET **8**
JÄMTLANDS LÄNS KLIMAT ÅR 2100 8
KLIMATFÖRÄNDRINGARNAS PÅVERKAN PÅ SAMHÄLLE OCH NÄRINGSLIV 9
JÄMSTÄLLDHETSASPEKTER I KLIMATARBETET 14
KOPPLINGAR TILL ANDRA PLANER OCH PROGRAM I LÄNET 14
NULÄGESBESKRIVNING FÖR KLIMATARBETE I LÄNET **16**
ENERGIOMSTÄLLNING 16
KLIMATANPASSNING 21
SAMVERKAN OCH LÄRANDE 22
STRATEGINS MÅL OCH DELMÅL **23**
ENERGIOMSTÄLLNING 23
KLIMATANPASSNING 28
SAMVERKAN OCH LÄRANDE 30
STRATEGINS ÅTGÄRDSPLANER **31**
DEFINITION AV REGIONAL ÅTGÄRD 31
ÅTGÄRDSPLAN FÖR ENERGIOMSTÄLLNING, ÅR 2014-2020 32
ÅTGÄRDSPLAN KLIMATANPASSNING, ÅR 2014-2020 32
ÅTGÄRDSPLAN FÖR SAMVERKAN OCH LÄRANDE, ÅR 2014-2020 32
UPPFÖLJNING OCH REVIDERING **32**
ORDLISTA/FÖRKORTNINGAR **33**

Bilagor

Bilaga 1 Åtgärdsplan energiomställning, år 2014-2020
Bilaga 2 Åtgärdsplan klimatanpassning, år 2014-2020
Bilaga 3 Åtgärdsplan för samverkan och lärande, år 2014-2020
Bilaga 4 SWOT-analys för klimatanpassning
Bilaga 5 SWOT-analys för energiomställning

Vision 2030 för regionalt klimatarbete

Genom god samverkan mellan organisationer och medborgare och med hjälp av nationella styrmedel är Jämtlands län 2030 en fossilbränslefri region och nationellt en ledande exportör av förnyelsebar energi. Länet har därtill utvecklat ett långsiktigt robust samhälle genom att löpande förutse, och aktivt förekomma, de sårbarheter och möjligheter som följer med ett förändrat klimat.

Målbilden som visionen målar upp behandlar tre aspekter:

1. Att snabbt minimera länets påverkan på jordens klimat, och att ge andra tillgång till förnyelsebar energi. Detta ger minskade sårbarheter och energikostnader, samt möjlighet till ökad avkastning.
2. Att länet aktivt förekommer klimatförändringarna snarare än att passivt inväntar samhällseffekterna, innebär att vissa sårbarheter och risker försvinner eller minimeras och att samhällskostnaderna kan minska.
3. Att länets aktörer samverkar är avgörande för hur vi lyckas i den stora utmaning som klimatarbetet innebär, och resultatet utgör en viktig faktor i den regionala utvecklingen.

Nio målsättningar för år 2020

För att uppnå visionen behövs både övergripande och mätbara mål.

- Mål 1-5 är mätbara mål som liknar de nationella målsättningarna för energiomställning och begränsad klimatpåverkan, men målen är mer ambitiösa som en följd av länets unika förutsättningar.
- Mål 7-8 är övergripande mål för offentliga verksamheters och näringslivets klimatanpassning. För klimatanpassning finns inga nationella målsättningar[1]att jämföra länets ambition med.
- Mål 9 beskriver hur organisationer och medborgare bör arbeta och organisera sig för att visionen ska nås.

1. *50 procent minskning av växthusgasutsläppen (jämfört med år 1990)*
2. *25 procent förnybar energi inom transportsektorn*
3. *20 procents energieffektivisering inom offentlig sektor och näringsliv (jämfört med år 1990)*
4. *50 procent energieffektivisering inom hushållen (jämfört med år 1990)*
5. *25 procent ökad export av förnybar elenergi (jämfört med år 2012)*
6. *Egen produktion av förnybara drivmedel*
7. *Offentlig verksamhet och offentligt ägda företag har skaffat sig kunskap om vilka risker och möjligheter som finns inom organisationens ansvarsområde/geografiska område kopplat till ett förändrat klimat, samt bestämt åtgärder och skapat rutiner för hur dessa hanteras på kort och lång sikt.*
8. *Branschorganisationer för areella näringar och besöksnäringen har skaffat sig kunskap om vilka risker och möjligheter som finns inom sitt verksamhetsområde kopplat till ett förändrat klimat, samt bestämt åtgärder och skapat rutiner för hur dessa kan hanteras inom branschen på kort och lång sikt.*
9. *Länets klimatarbete kvalitetssäkras och följs upp i samarbete med länets aktörer.*

[1] *I februari 2014 finns ännu inga nationella målsättningar för klimatanpassning. Däremot har Miljömålsberedningen en liknande ambitionsnivå i sina utredningar för kommuners klimatanpassning i mark- och vattenanvändning, www.gov.se/mmb.*

Inledning

Som ett resultat av människans utsläpp av växthusgaser går jordklotet snabbt mot en varmare tid[2]. Det är svårt att säkert säga hur varmt och hur fort klimatförändringarna sker, men vi vet att varken naturen eller mänskliga samhällen är rustade för större och snabba variationer.

Effekterna av uppvärmningen börjar redan göra sig kända, och hur allvarliga de blir i framtiden beror dels på hur människor lyckas minska utsläppen och begränsa klimatförändringen, och dels hur vi kan anpassa samhället och minska sårbarheterna.

En tidig energiomställning och en genomtänkt klimatanpassning kan minska samhällskostnaderna idag och i framtiden. Det gäller ökade kostnader och säkerhetsrisker med oljeberoende, men också om att förvalta naturresurserna och om att bygga mänskliga samhällen i en förändrad natur. Är länets aktörer uppmärksamma och innovativa kan vi samtidigt belönas med potentiella affärsmöjligheter, företagsetableringar, arbetstillfällen och således ökade skatteintäkter.

Det finns samverkansfördelar, målkonflikter och synergieffekter mellan att minska påverkan på klimatet och att anpassa samhället till klimatförändringarna. Därför utformas här en sammanhållen regional klimatstrategi med tillhörande åtgärdsprogram, vilken ersätter Jämtlands läns energi- och klimatstrategi från 2009 samt verkställer uppdraget om att utarbeta en regional handlingsplan för klimatanpassning.

Klimatstrategin och dess åtgärdsplaner utgör också regionalt åtgärdsprogram för klimatrelaterade regionala miljömål och då allra främst relaterat till miljökvalitetsmålen Begränsad klimatpåverkan, God bebyggd miljö och Ett rikt växt och djurliv. Klimatstrategin har stämts av och kvalitetssäkrats mot de regionala miljömålen.

Syfte

Klimatstrategin och dess åtgärdsplaner ska fungera som vägledning i omställningen till förnybar energi och ett energieffektivt samhälle, och till ett långsiktigt robust samhälle som kan hantera sårbarheterna och ta vara på möjligheterna i ett förändrat klimat.

Strategins vision och målsättningar anger länets viljeinriktning, och de visar på de strategiska steg som behöver tas för att genom regional samverkan och lärande skapa en gemensam kunskapsbas. Strategin ska kunna fungera som vägledning och stöd i samband med upprättande av andra planer och program, vid prioriteringar och beslut.

Avgränsningar

Strategin behandlar olika områden och faktorer inom energitillförsel och energianvändning som direkt påverkar klimatet. Det finns förstås flera faktorer än dessa från vårt län som direkt eller indirekt påverkar klimatet, till exempel lantbrukets metangasutsläpp, klimatbelastande importerade produkter och övriga konsumtionsvanor. Konsumtionen finns inte med i form specifika målsättningar , men däremot bland åtgärdsförslagen. Strategin behandlar inte främjandet av icke förnybara energikällor då siktet är en fossilbränslefri region.

Så här har klimatstrategin arbetats fram

Förslagen till klimatmål för energiomställning (mål 1-6) klimatanpassning (mål 7-8) och samverkan och lärande (mål 9) har arbetats fram i samverkan i länet. Den breda länsdialogen ”Fossilbränslefritt

[2] *Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC), Managing the Risks of Extreme Events and Disasters to Advance Climate Change Adaptation (SREX), http://www.ipcc-wg2.gov/SREX/*

2030” som hölls i länet åren 2012-2013 har lagt en stor del av grunden för alla tre målområdena. Under 20133-2014 har underlagen kompletterats med enskilda kommundialoger och med seminarierna*”Varmt och gött, eller?”* i november 2013, och *”Klimatfokus –Fossilbränslefritt 2030”* i januari 2014. Förslagen har också diskuterats genom direktkontakter med en rad aktörer i länet, bland andra Regionförbundet , handläggare vid kommunerna, handläggare på Länsstyrelsen och Skogsstyrelsen, LRF, JHT och Jämtkraft.

Skillnad mellan klimatpåverkan och klimatanpassning

I klimatarbetet regionalt, nationellt och internationellt så skiljer man organisatoriskt på 1) arbetet med att begränsa klimatpåverkan (energiomställning), och 2) arbetet med samhällsanpassningen till ett förändrat klimat (klimatanpassning). Att begränsa *klimatpåverkan* handlar om en energiomställning mot förnybara energikällor och mot energieffektivisering. Med *klimatanpassning* menar vi här den anpassning av samhällets olika funktioner som blir nödvändig när klimatet och således naturen förändras. En vedertagen definition av klimatanpassning är ”Förändringar i ekologiska, sociala eller ekonomiska system till följd av verkliga eller förväntade klimatförändringar”.

Förutsättningar och aspekter för klimatarbetet

Jämtlands läns klimat år 2100

Länsstyrelsen har de senaste åren levererat ett antal underlagsrapporter om klimatförändringar och behov av anpassning[3]. I rapporten Klimatanalys för Jämtlands län[4] klartgörs konsekvenserna av ett förändrat klimat i Jämtlands län fram till år 2100, vilka sammanfattas i tabellen nedan.

Temperatur	Successiv och tydlig värmeökning. Årsmedeltemperaturen beräknas öka med i medeltal ca 4 °C. Alla säsonger får en temperaturuppgång, framför allt vintern med i medeltal ca 6 °C.
Nederbörd	Nederbörden ökar för alla säsonger utom för sommaren. Vår och höst: inland 30 %, fjäll 40 %. Vinter ökar mest med inland 50 % och fjäll 60 %.
Skyfall	De kraftiga regnen beräknas öka. För regn med 30 minuters varaktighet beräknas ökningen bli ca 30 %. För regn med längre varaktigheter ses en ökning med ca 20 %.
Snö	Snötäcket beräknas minska både avseende antal dagar med snötäcke (45-75 dagars minskning) och det maximala vatteninnehållet i snötäcket (minskar med 25-45 %) mot slutet av seklet.
Tjäle	Större medeltjäldjup i de västra delarna av länet, mindre tjäldjup i de sydöstra delarna.
Islossning	Den islagda perioden i fjällsjöarna minskar med i medeltal 40-50 dagar. Islossning för fjällsjöar infaller 20 dagar tidigare. Isfria år beräknas inträffa i fjällen i slutet av seklet.
Soldagar	För inlandet minskar antalet soldagar med cirka 20 dagar och för fjällen med 40 dagar.
Värmeböljor	De längsta värmeböljorna beräknas bli längre för både inland och fjäll. För fjäll gäller även en ökad utbredning från enstaka platser till regelbundet i hela distriktet.
Torka	För både inland och fjäll beräknas den längsta sammanhållna torrperioden per år minska lite och blir kortare jämfört med 1961-1990.
Vegetationsperiod	I slutet av seklet beräknas vegetationsperioden börja i slutet av april och sluta i slutet av oktober, en ökning med cirka 50 dagar i genomsnitt.
Brandrisk	Brandrisksäsongen bedöms öka (undantaget fjällområdena). Frekvensen av år med minst en högriskperiod ökar med uppemot 40 procent i de sydöstliga delarna av länet.
Vind	Inget tyder på att vindarna kommer att öka i styrka eller antal.
Värmebehov	Uppvärmningsbehovet för inlandet beräknas minska med ca 15 %, för fjällen med ca 25 %.
Kylbehov	För Jämtlands län beräknas kylbehovet under sommarmånaderna endast öka något i början av 100-årsperioden. Behovet ökar något mer under perioden 2071-2100.
Vattenföring	Årsmedelvattenföringen ökar generellt i länet. Vårflödestopparna minskar och förskjuts till tidigare på säsongen. För samtliga vattendrag ökar flödet under vintern. Framtida 100-årsflöden ser ut att minska med cirka 10-20 %.

Tabell 1. Kort sammanställning av analysresultaten från Klimatanalys för Jämtlands län (SMHI 2013).

Beräkningarna för länets klimatförändringar baseras till största del på det globala utsläppsscenario (SRES A1B[5]) som förutspår långsammare befolkningstillväxt, snabb global utveckling mot mer effektiva teknologier samt balanserad användning av fossila bränslen och förnyelsebar energi. Antagandena om länets förändrade klimat grundar sig även på observationer, beräkningar och analyser från SMHI samt tidigare studier av klimatförändringarnas konsekvenser. Klimatanalysen har

[3] *www.lansstyrelsen.se/jamtland/klimatanpassning*

[4] *Klimatanalys för Jämtlands län. SMHI 2013.*

[5] *SRES=Special Report on Emissions Scenarios. Utsläppsscenarier från FN:s klimatpanel om framtida utsläppsnivåer av växthusgaser. Scenarierna baseras på antaganden om bland annat ekonomisk tillväxt, befolkningstillväxt och globalisering. www.smhi.se/klimatdata/klimatscenarier/klimatanalyser/klimatscenarier-1.22669*

kompletterats med sammanställningar från Länsstyrelsens tidigare rapporter om framtida klimatförändringar i fjällområdet, tjäle och brandrisker.

Klimatförändringarnas påverkan på samhälle och näringsliv

Dagens samhälle är anpassat och uppbyggt efter ett visst klimat, men med de klimatförändringar vi ser idag och de som är att förvänta, så ändras förutsättningarna. Klimatförändringarna är till viss grad redan här och de kommer framledes att innebära nya och större utmaningar för natur, samhälle och näringsliv.[6]

Klimatförändringarna kan också komma att innebära vissa möjligheter, till exempel genom en ökad tillväxt för jord- och skogsbruk, och potentiellt ökad vattenkraftproduktion när vattenföringen ökar. I den samhällsomställning som vi står inför så kan kreativitet och innovationer öppna upp nischer för näringlivet.

I detta kapitel kan du läsa om konsekvenser som väntas för olika värden, system och näringar i länet.[7]

Fysisk planering och bebyggelse

Klimatförändringarna kan allvarligt påverka befintliga och framtida byggnadskonstruktioner. Ökad nederbörd medför större risk för fukt och mögelskador samt överfulla avloppssystem och översvämningar av källare. Det yttre underhållsbehovet kommer att öka. Den ökade temperaturen ger ett minskat uppvärmningsbehov, men samtidigt kommer kylbehovet att öka.

Det mest önskvärda är förstås att planera rätt ur klimatanpassningssynpunkt redan för början, och där har kommunerna fysisk planering som ett starkt verktyg i klimatanpassningen. Översiktsplanen är kommunens viktigaste och mest långsiktiga instrument för användningen av mark och vattenområden samt hur den byggda miljön ska utvecklas och bevaras. Den ska både formulera visioner för framtiden och vara till praktisk vägledning för beslut i konkreta plan- och bygglovsärenden.

Det är en stor skillnad på möjligheterna till klimatanpassning i ny bebyggelse och befintlig bebyggelse. För befintlig bebyggelse finns möjligheter till lagstöd i Plan- och bygglagen, Miljöbalken och Lagen om skydd mot olyckor.

Att förtäta tärtorterna kan vara en åtgärd för att minska transporterna och för att hålla nere kostnaderna för infrastruktur och kollektivtrafik. Vid förtätning av tätorter bör man noga överväga hur stor andel kvalitativ parkmark man sparar per invånare. En förtätning av tätorter innebär också en utmaning vad gäller att samtidigt kunna hantera dagvatten på ett hållbart sätt. Urbana grönytor kan fungera multifunktionellt: bättre dagvattenhantering, ökad biologisk mångfald, rekreation, mikroklimat och andra ekosystemtjänster.

Ledningsnäten för avlopp och dagvatten är i många fall underdimensionerade för dagens förhållanden, och är i de flesta fall inte dimensionerade för ett framtida klimat. Påfrestningarna på avloppssystemen kommer att öka och då särskilt under höst, vinter och vår då nederbörden bedöms öka mest och då vattenavdunstningen redan är låg och marken är mättad. Bräddning, det vill säga när utspätt avloppsvatten släpps ut i vattendrag, är ett problem som ökar i frekvens vid höga flöden och kraftig nederbörd.

Krisberedskap

I länets krisberedskap ingår förmågan att hantera konsekvenserna av en händelse, men också de förebyggande åtgärder som behöver vidtas för att förhindra att en kris uppstår, eller för att begränsa skadeverkningarna. I arbetet med den regionala risk- och sårbarhetsanalysen ingår att se vilka risker som länet utsätts för som en konsekvens av klimatförändringarna.

---

[6] *http://www.klimatanpassning.se/Hur-forandras-klimatet*

[7] *Källa till kapitlet är Klimat- och sårbarhetsutredningen, SOU 2007:60, där annat inte anges.*

Klimatförändringarna berör samhällets alla sektorer och ställer nya krav på bland annat lokalisering och planeringen av ny bebyggelse och infrastruktur. De väntade förändringarna i nederbörd och avrinning i Jämtlands län kommer att utsätta länets tekniska infrastruktur och dammar för högre belastning.[8]

Kommunikationer

De flesta av länets större vägar löper bitvis i älv eller ådalar vilket gör att risken är hög för att de påverkas av höga flöden. Även korsande vattendrag utgör ett tänkbart hot i dessa sammanhang. Intensiv och/eller långvarig nederörd kan som indirekt effekt leda till höga flöden i vattendrag vilket i sin tur kan resultera i mer eller mindre lågvariga översvämningar, främst i anslutning till sjöar och vattendrag. Korsande vägtrummor och mindre rörbroar kan sättas igen av medspolat material vid extrema flöden vilket kan leda till större skador genom dämningseffekter, översköljning och erosion.

Järnvägarna följer i ännu högre grad än vägarna de större vattendragen. På vissa sträckor av järnvägsnätet finns risk för underminering och därav följande tågolycka[9]. Större mängd nederbörd medför risk för infiltration och erosion och därmed minskad bärighet i banunderbyggnaden. Plötsliga stora flöden innebär även risk för genomspolning av banvallen samt ras och skred. Vid vissa fjällnära sträckningar ska särskilt risken för slamströmmar beaktas. Broar och stödmurar påverkas av stora flöden som medför starkt ökad risk för skador på landfästen, mellanstöd och anslutande bankar inklusive urspolning av undergrunden.

Utan ett fungerande vägnät kommer möjligheten att undsätta människor och transportera förnödenheter med mera att vara begränsad. De mindre vägarna i länet består till stor del av grus och vägarna kan därför vara känsliga vid höga flöden. Stadsmiljöer med många hårdgjorda ytor är speciellt sårbara i de fall avbördningssystem överbelastas eller sätts igen.

Tjälförekomst samt medelhöga och höga temperaturer är direkt påverkande faktorer för vägars bärighet och beständighet. Som exempel är ihållande låga eller mycket låga temperaturer direkt avgörande för tjälbildning. Körning på skogsvägar i samband med exempelvis avverkning brukar ofta ske då marken är tjälad för att undvika körskador.

Järnvägstransporterna har tekniska komponenter som är beroende av kylning eller som kan komma att behöva kylning i ett förändrat klimat. Det gäller exempel elektrisk styrutrustning för signalsystem, omformar-stationer, reservaggregat, kontaktledningar, elledningar och metallen i räler. IT och data/telekommunikation är också beroende av kylning och även där skulle det kunna uppstå problem.[10]

Det finns ett generellt behov av fortsatt och fördjupad riskanalys och kartering av vägar och järnvägar med kända ras- och skreddrabbade- områden och påverkande flödeskarteringar. När kritiska sträckor identifierats kan insatser i form av exempelvis förändrad dimensionering av vägtrummor, genomgång av erosionsskydd eller införande av övervaknings och varningssystem införas.

Tekniska försörjningssystem

Ett förändrat klimat kommer att påverka energiförsörjningen både positivt och negativt, bland annat med förändringar i energianvändning, tillrinningsmönster för vattenkraften och biobränsletillväxt. Bland annat handlar det om förändrade flöden samt ökad risk för ras, skred och översvämningar.

Störningar i energiförsörjningen kan ge långtgående effekter för samhället. En stor andel av avbrotten i elförsörjningen beror i dag på väderrelaterade händelser. Risken ökar för avbrott på det luftburna elnätet, på grund av nedisningsproblematik samt mindre stormtålig skog med exempelvis mindre tjäle och förändrat skogsbestånd.

---

[8] *Regional risk- och sårbarhetsanalys – Jämtlands län 2013. Länsstyrelsen i Jämtlands län, 2014.*

[9] *Regional risk- och sårbarhetsanalys – Jämtlands län 2013. Länsstyrelsen i Jämtlands län, 2014.*

[10] *Hur värme påverkar tekniska system – möjliga konsekvenser för värmebölja på elförsörjning och järnvägstransporter. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, MSB, 2014.*

Även värme och värmeböljor kan hota distributionen av el. Ett flertal tekniska komponenter, som exempelvis ledningar, transformatorer, isolatorer och brytare, kan påverkas av värmen och resultera i reduktion av, eller avbrott i, eldistributionen. De regionala och lokala elnäten anses vara mest sårbara, medan det i stamnätet stamnätet finns en större redundans.[11]

I Jämtlands län producerar vi mycket energi genom vattenkraft, vilket är det kraftslag som påverkas mest av klimatet. Ökad nederbörd och ett varmare klimat leder till ändrad tillrinning och därmed till ändrade förutsättningar för produktion. Tillrinningen i vattenmagasinen kommer jämnas ut över året och förmodligen också totalt sett öka. Vårfloden minskar och kommer tidigare, på grund av att vintrarna blir mildare och kortare. Dessa förändringar bedöms dock inte ge sårbarhetsproblem för energiförsörjningen, snarare nya möjligheter.

Jämtlands län bedöms ha fortsatt bra tillgång på vatten, men hoten mot dricksvattenkvaliten ökar i ett förändrat klimat. En högre medeltemperatur kan öka förekomsten av vattenburen smitta och underlättar smittspridning i dricksvatten. I samband med ökad nederbörd, skyfall och översvämningar kan utlakningen av miljöfarliga ämnen öka från industriområden, deponier, avloppssystem och andra förorenade område. Ställer höga krav på framtida reningsprocesser. Enskilda brunnar bedöms vara allra mest utsatta. Den fysiska planeringen är avgörande för framtidens dricks- och avloppshantering.

Människors hälsa, vård och omsorg

Risken för att mycket allvarliga folkhälsoförhållanden ska uppstå på grund av klimatförändringen bedöms inte uppstå i Sverige. Däremot finns risker för ökad smittspridning via olika vektorer och via dricksvatten, fler dödsfall vid värmeböljor.

Sjukdomar som sprids med vektorer såsom insekter, fästingar och gnagare förvätas få en starkare fäste i landet genom att de gynnas av ett varmare klimat och får lättare att överleva även under vintern.

Fler och intensivare värmeböljor kommer att öka antalet dödsfall sommartid. Riskgrupper är hjärt-, kärl- och lungsjuka, småbarn och äldre, speciellt de som vistas mycket inomhus då inomhustemperaturerna kan bli betydligt högre beroende på att byggkonstruktion och ventilation inte är anpassat för ett varmare klimat. Hög värme i kombination med luftföroreningar ökar ytterligare hälsoriskerna.

Ur stadsplaneringsperspektiv blir det allt viktigare att överväga placering och utformning av sjukhus och äldreboenden. Det handlar exempelvis om huskroppars orientering, mängden skuggande grönska samt gröna tak. Inomhustemperaturen på sjukhus, sjukhem och i andra lokaler där sjuka eller äldre vistas måste kunna hållas inom rimliga värden även om det blir en värmebölja. Avkylningsmöjligheter på akut- och intensivavdelningar bör införas som standard över hela landet[12].

Träd, grönområden, vattendrag och dammar kan fungera både som luftförbättrare och temperatursänkare i tätorter, och samtidigt hantera ökande vattenmängder. En mångfunktionell yta:

- tar hand om dagvatten
- sänker temperaturen både inomhus och utomhus under sommarmånaderna
- skyddar från skadligt UV-ljus genom att bidra till skuggande miljöer
- bidrar till sociala mötesplatser i staden och utemiljöer för rekreation och vila
- stödjer bevarandet av biologisk mångfald i tätort

Naturmiljön

Klimatförändringarna kommer att påverka biologisk mångfald både direkt genom förändrad temperatur och nederbörd, och indirekt genom förändrad markanvändning. Fjällområdena är särskilt

---

[11] *Hur värme påverkar tekniska system – möjliga konsekvenser för värmebölja på elförsörjning och järnvägstransporter. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, MSB, 2014.*

[12] *Klimat- och sårbarhetsutredningen, SOU 2007:60.*

känsliga för klimatförändringarna. Kalfjällsområdena i Sverige förväntas minska kraftigt när trädgränsen höjs.

När klimatet blir varmare flyttas klimatzoner och vegetationszoner norrut. Påverkan sker på växters och djurs reproduktion, fördelning och storlek hos populationer samt förekomst av skadeorganismer. Arter kan försvinna medan nya arter kan etablera sig.

Stabila ekosystem med en rik biologisk mångfald har bättre förmåga att stå emot störningar och att fortsätta leverera de ekosystemtjänster som människan är tillgodogör sig och är i behov av. Ekosystemtjänster är alla de varor och tjänster och processer som ekosystemen tillhandahåller och som vi är beroende av och drar nytta av. När det kommer till klimatförändringar så testas ekosystemets ekologiska resiliens, alltså förmågan hos ett ekosystem att möta olika förändringar som varmare vatten, mindre snö, mer nederbörd, nya arter . Med minskad resiliens minskar möjligheten för ett ekosystem att återhämta sig eller förnyas enligt de nya förutsättningarna, och ekosystemet kan i värsta fall kollapsa.

Klimatförändringarnas effekter på biologisk mångfald måste bedömas i relation till effekterna av andra omgivningsfaktorer, framförallt människans nyttjande och hushållning av natur och naturresurser.

Ett ekosystems möjlighet att leverera ekosystemtjänster kan också vara beroende av angränsande ekosystem. Ekosystemen i Sverige samspelar också med ekosystem i andra länder; organismer rör sig naturligt över nationsgränser. Internationellt samarbete sker inom konventionen om biologisk mångfald och i den globala strategiska Nagoyaplanen fastställdes 20 delmål med åtgärder för att stoppa förlusten av biologisk mångfald. EU:s strategi för biologisk mångfald är ett led i genomförandet av Nagoyaplanen.

Kulturmiljön

Det är inga nya skador som kan förväntas uppträda på kulturmiljöer i ett förändrat klimat. Klimatförändringarna skapar dock gynnsammare förutsättningar för de hot och angrepp som leder till skador.

Förändrat klimat med varmare och fuktigare utomhusklimat innebär att risken för mögel ökar. I ett varmare klimat trivs nya skadedjursarter och hinner med fler årscykler vilket kan innebära att skadedjursangreppen blir fler och mer omfattande. Kraftiga regn och slagregn kan även orsaka direkt vatteninträngning, både mot fasaden och genom vattensamlingar i marken.

Översvämningar kan vara förödande för samlingar. Det är därför viktigt att inte placera ett föremålsmagasin eller arkiv i ett översvämningshotat område, eller att placera museiföremål eller arkivhandlingar i källarutrymmen eller direkt på golvet.

Rennäring

Häftiga väderomställningar, förskjutning av årstiderna och ökad oförutsägbarhet. Effekterna av klimatförändringar utgör stora utmaningar för renskötseln, både nu och för framtiden. Tydligast framträder riskerna vintertid och kopplas inte enbart till en långsam uppvärmning utan även till extrema väderhändelser.

För att möta klimatutmaningen krävs ökade handlingsmöjligheter inom andra områden – till exempel inflytande över konkurrerande markanvändning och rovdjursfrågan. Den indirekta anpassningen och förbättrade samarbetsmöjligheter med andra aktörer kommer att bli en nyckelfråga för rennäringen.

Besöksnäring

Villkoren för sommaraktiviteter som bad, camping, vandring och golf bedöms generellt förbättras genom att säsongen blir längre medan aktiviteter baserade på natursnö bedöms möta de största svårigheterna, det vill säga längdskidåkning och snöskoteråkning. Analogt med detta bör klimatförändringens negativa effekter för vinterturismen i alperna i ett kortsiktigt perspektiv även kunna stärka svensk vinterturism.

Ett förändrat klimat bedöms kräva nya strategier för management som beaktar väderbaserad infrastruktur design, planering för att fatta beslut under osäkra förhållanden, promotion och marknadsföring, förmåga att sälja ”dåligt väder” och flexibilitet kopplad till servicekvalitet.[13]

Skogsbruk

Hälften av länets landareal utgörs av produktiv skogsmark. Nedanför gränsen för fjällnära skog brukas nästan all skog. I stort kan man förutse att tillväxten i länets skogar kommer att öka men även att risken för olika typer av skador på skogen kan öka och föra med sig stora kostnader. Det gäller till exempel skador från insekter, svampar, snöbrott och ökat betestryck från hjortdjur, samt körskador och stormfällning på grund av blötare skogsmark.

Klimatförändringarna kommer troligen att öka incitamenten för ett mer plantageliknande skogsbruk med korta rotationstider och lokalfrämmande plant- och frömaterial, samtidigt som det är möjligt att kontinuitetsskogsbruk också kommer att få vissa fördelar jämfört med kalhyggesbruk.

Jordbruk

Med klimatförändringarna väntas en ökad global efterfrågan på livsmedel och med en ökad medvetenhet om klimatpåverkan väntas ökad efterfrågan på lokalproducerade livsmedel, och ökad efterfrågan på förnybar energi från lantbruket.

I Jämtlands län finns goda förutsättningar för jordbruksproduktion. Den goda tillgången på vatten, bördiga jordar, förhållandevis milt inlandsklimat och dessutom långa, ljusa sommarnätter ger goda förutsättningar för att odla vall. Därför är mjölk- och köttproduktionen starkt dominerande i länet inom jordbruksproduktionen.

Samtidigt som det blir aktuellt med fler skördar på sikt så kan skördebetingelserna vissa år bli svårare. Förutom att klimatet förändras kommer också variationen i vädret att kunna bli större. Detta kan försvåra för jordbrukarnas planering och även påverka avkastningen i odlingen negativt. Förändrade odlingsmetoder kan bli aktuellt gällande till exempel tidpunkter för sådd, skörd, gödsling, bevattningsbehov och bekämpning.

Fiskerinäring

Med 17 000 sjöar och 280 mil älvar och åar är vattnet en av Jämtlands läns stora naturresurser, och dess framtida kvalitet och ekosystemändringar är således mycket intressant och viktigt att följa.

Länet har sedan långt tillbaka en stark ställning som ett av landets ledande turistfiskelän mätt i antal besökare. Mer än 200 lokala fiskevårdsorganisationer är engagerade i fiskevårdsarbete och försäljning av fiskekort till allmänheten. Många finns nya småskaliga företag i form av fiskecamper, uthyrnings, tillverknings- och guideföretag i hela länet. Sportfisket lockar årligen 120 000 besökare till länet, antalet utländska turister ökar, och fiskeintresset har en mycket stark förankring hos jämtarna. [14][15]

Länet har också en småskalig vattenbruksnäring, där framför allt odlingen av röding utvecklas starkt för närvarande. Vilka risker, sårbarheter och möjligheter som uppstår i vattenbruket i framtiden återstår att utreda.

---

[13] *Naturbaserad turism och klimatförändring. ETOUR 2007.*

[14] *Länsstyrelsens webbinformation om fiske, www.lansstyrelsen.se/jamtland*

[15] *Analys av landsbygden i Jämtlands län. Länsstyrelsen 2013.*

Jämställdhetsaspekter i klimatarbetet

Klimatstrategin sätter upp målsättningar och åtgärder för att uppnå minskad klimatpåverkan och anpassning till ett förändrat klimat. Det är viktigt att alla människor, såväl kvinnor som män, pojkar som flickor, får möjligheten att ta ansvar för och påverka sin egen och vår gemensamma framtid. Ett jämställdhetsperspektiv i länets klimatarbete är relevant eftersom kvinnor respektive män påverkar och påverkas på olika sätt av klimat- och energifrågor. Män och kvinnor har olika konsumtionsmönster och olika inställning till klimatförändringarna. I en studie av singelmän och singelkvinnor är skillnaden 20 procent mellan mäns och kvinnors energianvändning. Även inställning till miljöinsatser skiljer sig åt mellan könen. Kvinnor är generellt mer positivt inställda vilket kan få följdverkningar i vardagen[16].

I strategin har målsättningarna analyserats i tabellformat utifrån ett jämställdhetsperspektiv genom att identifiera målgrupp och kartlägga könsmönster. Syftet är att ta reda på om kvinnor respektive män finns med i sammanhang där energi- och klimatarbete bedrivs och där besluten fattas. I arbetet med klimatstrategin har vi valt att analysera de målsättningar för energiomställning och energianvändning eftersom de påverkar hur åtgärder formuleras och praktiskt utförs. Det är även inom dessa områden man kan se tydliga skillnader mellan män och kvinnor. Jämställdhetsanalysens tabeller återfinns under respektive målformulering.

I målsättningarna för energiomställning och energianvändning kan målgrupper identifieras och könsmönster kartläggas. Det är dock svårt att dra slusatser om konsekvenserna då de kan vara högst hypotetiska. Den viktigaste slutsatsen är att listade åtgärder kan vara ojämt könsfördelade och att man i uppföljningsarbetet verkar för att både kvinnor och män aktivt inkluderas i klimat- och energiarbetet. En jämn fördelning av kvinnor respektive män ger inte per automatik ett jämställt utfall men det sänder viktiga signaler vad gäller möjligheten att delta och påverka. För att ett jämställdhetsperspektiv ska få genomslag behöver de som är verksamma inom klimat- och energifrågor kunskap om området. I strategin analyseras berörda målsättningar. I uppföljningsarbetet med åtgärderna kommer sedan könsmönster identifieras som i sin tur kan analyseras. Med stöd i såväl kunskap om jämställdhet som kunskap om energi och klimat kan arbetet bli mer specifikt och riktat till olika målgrupper. Insatserna blir mer nyanserade och får ökat genomslag vilket är en tydlig ambition med ett strategiskt arbete för ett bättre klimat och ett hållbart län.

Kopplingar till andra planer och program i länet

Klimatstrategin kommer för sitt genomförande att vara beroende av många andra program och strategier för att få genomslag.

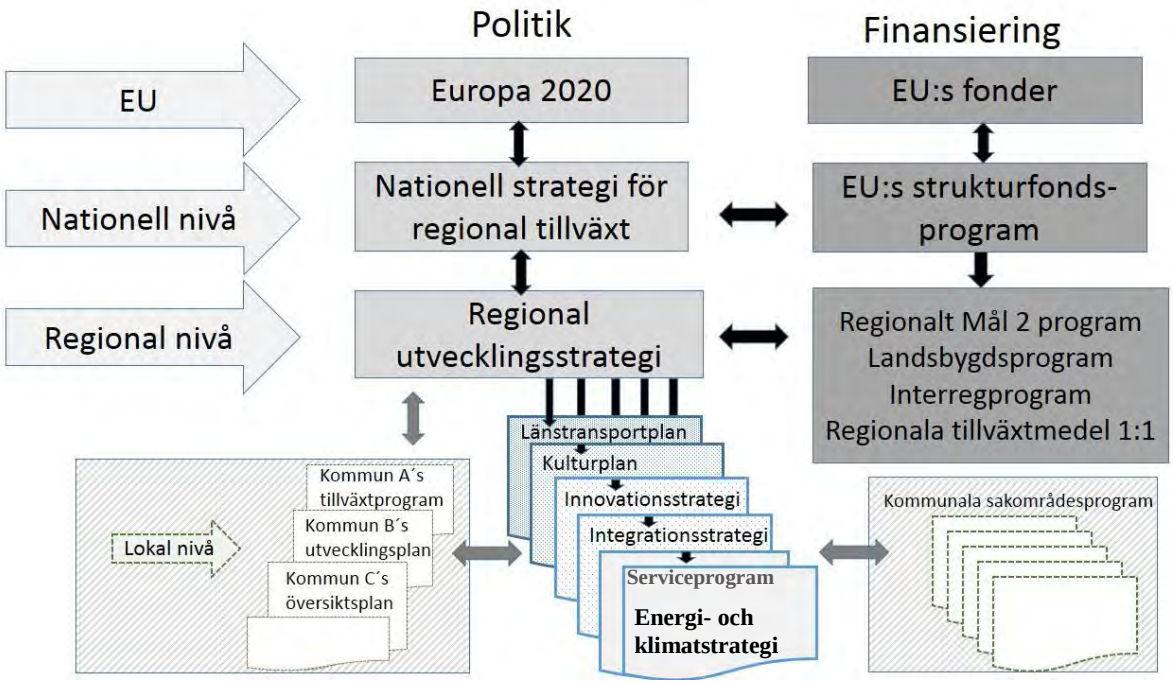
Regional utvecklingsstrategi

En viktig strategi är länets regionala utvecklingsstrategi (RUS)[17]. Detta är länets ramprogram som utgör basen för övriga program och planer och tas fram för att förverkliga de visioner och mål som definieras i utvecklingsstrategin. Figur 1 åskådliggör sambanden av program och strategier från EU till lokal nivå.

---

[16] *Comparing energy use by gender, age and income in some European countries. Riitta Räty and Annika Carlsson-Kanyama. FOI, 2009*

[17] *Jämtland/Härjedalen 2030 – Innovativt och attraktivt. Regional utvecklingsstrategi 2014-2030. Regionförbundet Jämtlands län, 2013*



Figur 1. Sammanhanget mellan den regionala utvecklingsstrategin och exempel på olika program för länets utveckling samt finansieringsmöjligheter. När Klimatstrategin beslutats så ersätter den Energi- och klimatstrategin från 2009.

Partnerskapsöverenskommelsen

Partnerskapsöverenskommelsen (PÖ) är ett nytt instrument som tas fram som en överenskommelse mellan Sverige och EU. PÖ kommer att beskriva Sveriges prioriteringar inför programperioden 2014-2020. I PÖ beskrivs att miljö- och resurseffektivitet är viktigt för en hållbar tillväxt. Det lägger alltså grunden till att strukturfondsprogrammen ska ha ett stort fokus på klimatfrågorna och att de kommer att vara viktiga redskap för att uppnå målen i den nationella klimatpolitiken och således också de regionala målen.[18]

Det svenska miljömålssystemet

Det svenska miljömålssystemet innefattar 16 nationella miljökvalitetsmål och ett generationsmål. Miljökvalitetsmålen beskriver det tillstånd i den svenska miljön som miljöarbetet ska leda till och är viktiga att beakta vid utformningen av åtgärder. Klimatstrategin är nära kopplad till länets regionala miljömålsarbete, främst för att Klimatstrategin och dess åtgärdsplaner utgör regionalt åtgärdsprogram för klimatrelaterade regionala miljömål och då allra främst målen under Begränsad klimatpåverkan, God bebyggd miljö och Ett rikt växt- och djurliv. Måluppfyllelsen för de flesta miljökvalitetsmål är dock avhängig hur vi lyckas bromsa klimatförändringarna, och genom klimatanpassning motverkas till exempel materialförluster, spridning av föroreningar, skador på bebyggd miljö och förlust av biologisk mångfald.[19]

Regionalt strukturfondsprogram för Mellersta Norrland.2014-2020

Jämtlands län kommer att tillsammans med Västernorrlands län ingå i Mellersta Norrlands operativa program för Europeiska Regionalfonden. Detta ska bidra och medverka till att nå Europa 2020-strategin med sina tre övergripande prioriteringar:

1. Smart tillväxt – att utveckla en ekonomi baserad på kunskap och innovation.

---

[18] *www.regeringen.se*

[19] *Klimatförändringarnas effekter på svenskt miljömålsarbete. SMHI 2010.*

2. Hållbar tillväxt – att främja en resurseffektivare, grönare och konkurrenskraftigare ekonomi.
3. Tillväxt för alla – att stimulera en ekonomi med hög sysselsättning och med social och territoriell sammanhållning.

Klimatmedvetenhet och energieffektivisering lyfts fram i programområdet. Här betonas att hållbarhersperspektivet ska genomsyra konkreta satsningar och principdialoger i hela det regionala tillväxt- och utvecklingsarbetet. Insatser inom miljöteknologi och ekologisk produktion samt insatser som kraftigt minskat beroende av fossil energi inom transportområdet tas också upp. Det handlar även om medborgarnas klimatengagemang och medvetna konsumtionsval. Regionalfonden är ett viktigt verktyg för att förverkliga länets Klimatstrategi.

Landsbygdsprogrammet 2014-2020

Landsbygdsprogrammet för perioden 2014-2020 kommer att omfatta hela Sverige. Programmet får en helt ny struktur med 6 prioriteringar och 18 fokusområden. Programmålet ”Hållbar förvaltning av natur resurser och klimatåtgärder” har tydligt fokus på insatser som står i samklang med länets Klimatstrategi.

Interreg Sverige Norge 2014-2020

Länet kommer att omfattas av ett nytt interregprogram där möjligheter att samverka med våra norska grannfylken lyfts fram. Även Västernorrlands län ingår numera i detta programområde. Även detta program kommer att kunna stödja insatser som lyfts fram i Klimatstrategi för Jämtlands län. För Interreg Sverige-Norge är det gränsöverskridande mervärdet i fokus. Programmet kan bland annat stödja forskningssamarbeten, innovationsutveckling, hållbara transporter och skydd av miljön.

Nulägesbeskrivning för klimatarbete i länet

Energiomställning

All energianvändning påverkar miljön mer eller mindre. Den svenska energi- och klimatpolitiken syftar till en effektiv och hållbar energianvändning med låg negativ inverkan på klimatet, miljön och människors hälsa. Under åren 2011-2012 har ett förslag till nationell *Färdplan 2050*[20] tagits fram av Naturvårdsverket och en rad andra myndigheter på uppdrag av regeringen och under 2013 skickade Miljödepartementet förslaget på remiss. I Färdplan 2050 togs utsläppsscenarios fram för olika sektorer och förslag på åtgärder presenterades. I framtaganden hade även länsstyrelserna ansvar för att genomföra regionala dialoger för att presentera möjligheter och hinder att nå den nationella målsättningen *Inga nettoutsläpp av växthusgaser år 2050*. Naturvårdsverket bedömer att målsättningen för år 2050 kan nås genom :

- stora inhemska utsläppsminskningar, vilket ses som den viktigaste beståndsdelen på längre sikt,
- bidrag från ett ökat nettoupptag av koldioxid i skog och mark
- och genom inköp utsläppsrätter på internationella marknader.

Vidare har regeringens utredning om *En fossiloberoende fordonsflotta* sammanställts och skickats på remiss under 2014[21]. Utredningen räknar med att omställningen kräver betydande insatser inom följande fem åtgärdsområden:

---

[20] *Naturvårdsverket rapport 6537. Underlag till en färdplan för ett Sverige utan klimatutsläpp 2050.*

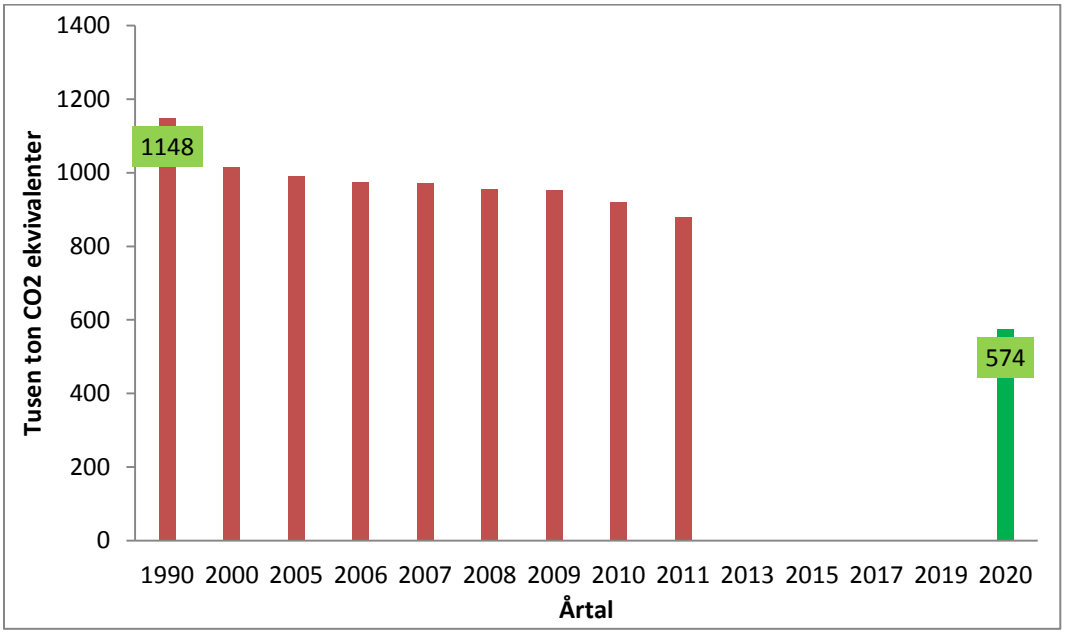
[21] *Fossilfrihet på väg, SOU 2013:84.*

- planera och utveckla attraktiva och tillgängliga städer som minskar efterfrågan på transporter och ger ökad transporteffektivitet
- infrastrukturåtgärder och byte av trafikslag
- effektivare fordon och ett energieffektivare framförande av fordon
- biodrivmedel
- eldrivna vägtransporter

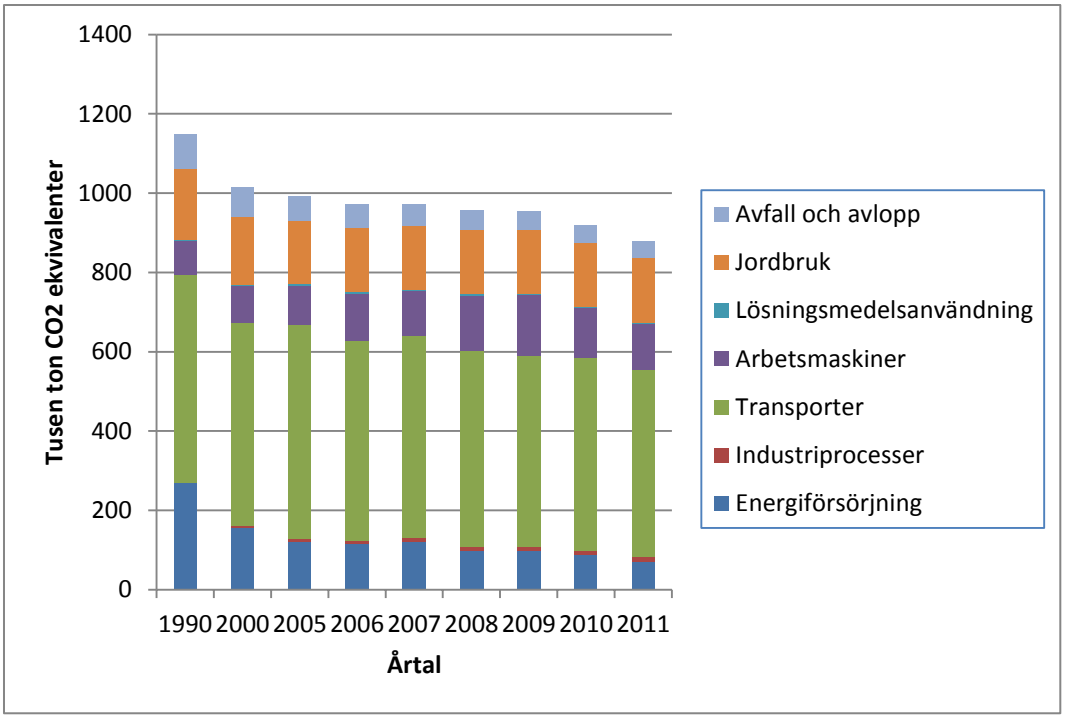
Slutssatserna från arbetet med Färdplan 2050 och En fossiloberoende fordonsflotta 2030 ligger som grund för de mål och åtgärder som föreslås i denna klimatstrategi, även om förutsättningarna naturligtvis ser annorlunda ut i olika delar av landet och vissa frågor har en större tyngd i Jämtlands län jämfört med i andra delar av Sverige.

Förutsättningarna för en framgångsrik energiomställning i Jämtlands län finns som SWOT-analys i bilaga. Sammanfattningsvis kan sägas att länet redan är självförsörjande vad gäller elproduktion och exporterar stor mängd förnybar el (vatten, vind) förnybara drivmedel och har råvaror för att kunna producera förnybara drivmedel (skogsråvara och vall från åkermark). Länet är samtidigt glest befolkat, vilket gör länet bilberoende. Länet har också den längsta genomsnittliga körsträckan per person och år, och har dessutom en ålderstigen bilpark med hög bränsleförbrukning.

Utsläppskällor



Figur 2. Minskning av koldioxidekvivalenter i tusen ton sedan 1990 med utsikt mot 2020. Källa: SCB



Figur 3. Utsläpp av växthusgaser i Jämtlands län fördelat per sektor. Källa: SCB

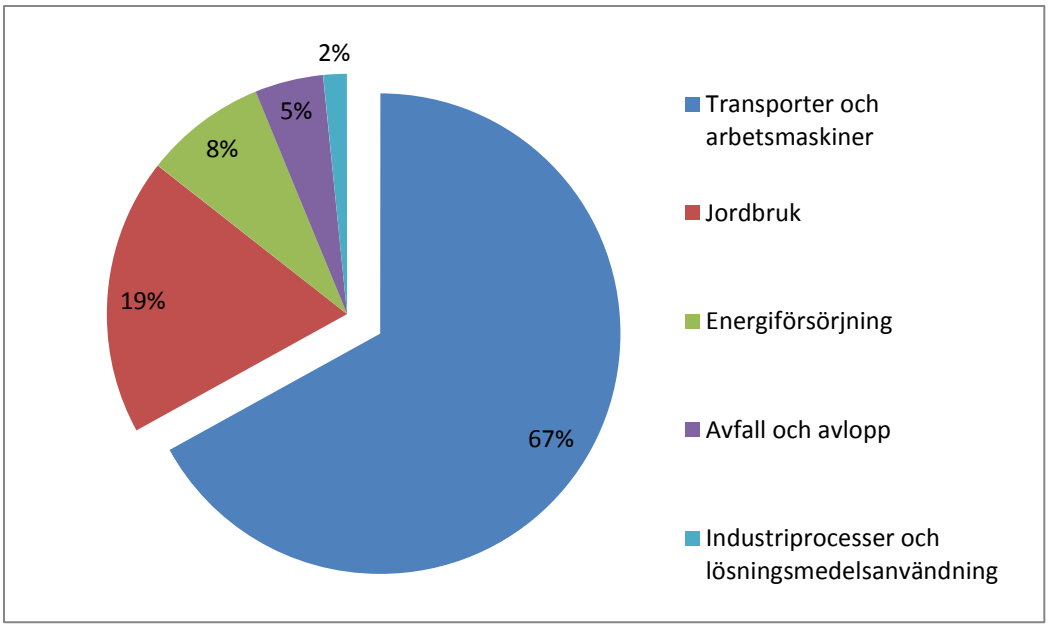
Arbetet mot visionen om ett fossilbränslefritt län 2030 kräver ambitiösa mål. Det övergripande målet för klimatarbetet i Jämtlands län är att minska växthusgasutsläppen med 50 procent[22] från referensåret 1990 till år 2020. Denna målsättning kan jämföras med Sveriges nationella målsättning[23] att minska utsläppen med 40 procent under samma tidsperiod eller förslaget till ett nytt bindande EU-mål som anger en minskning motsvarade 40 procent mellan 1990 och år 2030. Att Jämtlands län har en högre målsättning än Sverige nationellt har beror på att den regionala målsättningen sedan 2006 har som mål att länet halverar utsläppen till 2020. Figur 2 visar att utsläppen under åren 1990-2011 har minskat med ca 24 procent. Länets invånarantal minskar och släpper i genomsnitt ut 6,96 ton CO_2 per person och år, jämfört med det något lägre riksnittet på 6,48 ton CO_2 per person och år. Tar man hänsyn till befolkningsminskningen har dock utsläppen per person minskat med endast 18 procent sedan 1990. Det innebär alltså att en kraftig minskning måste ske för målet år 2020 ska kunna nås. Alla åtgärder i strategin syftar till att uppnå det övergripande målet om en 50 procents minskning av växthusgaserna.

Figur 3 visar en sektorsindelning av växthusgasutsläppen sedan 1990. Inom transportsektorn har det skett en minskning av utsläppen med 10 procent under perioden 1990-2011. Befolkningen har under samma period minskat med ca 10 procent och det är en del av förklaringen till att transportsektorns utsläpp har minskat. Energiförsörjning och avfall och avlopp är de två sektorer som minskat utsläppen mest. Energiförsörjningssektorns minskning med 73 procent beror framförallt på utfasning av olja till hushållsuppvärmning. Kvarvarande utsläpp från energiförsörjningssektorn kommer från olja och torv. Inom avfall- och avloppssektorn står avfall för tre fjärdedelar av utsläppen. Minskningen har skett inom avfall medan utsläppen från behandling av avloppsvatten är relativt konstant. Utsläppen från avfallsupplag kommer främst från metan och minskningen beror till största delen på lagkrav om deponering av bl.a. organiskt avfall.

[22] *Ca 575 000 ton koldioxidekvivalenterer.*

[23] *Proposition 2008/09:162 En sammanhållen klimat- och energipolitik Klimat.*

År 2011 var de direkta utsläppen i Jämtlands län 880 tusen ton koldioxid (Figur 4). Det är utsläppen från transporter och arbetsmaskiner och jordbruk som dominerar och allra störst betydelse har transporterna som ger upphov till över hälften av de totala växthusgasutsläppen.



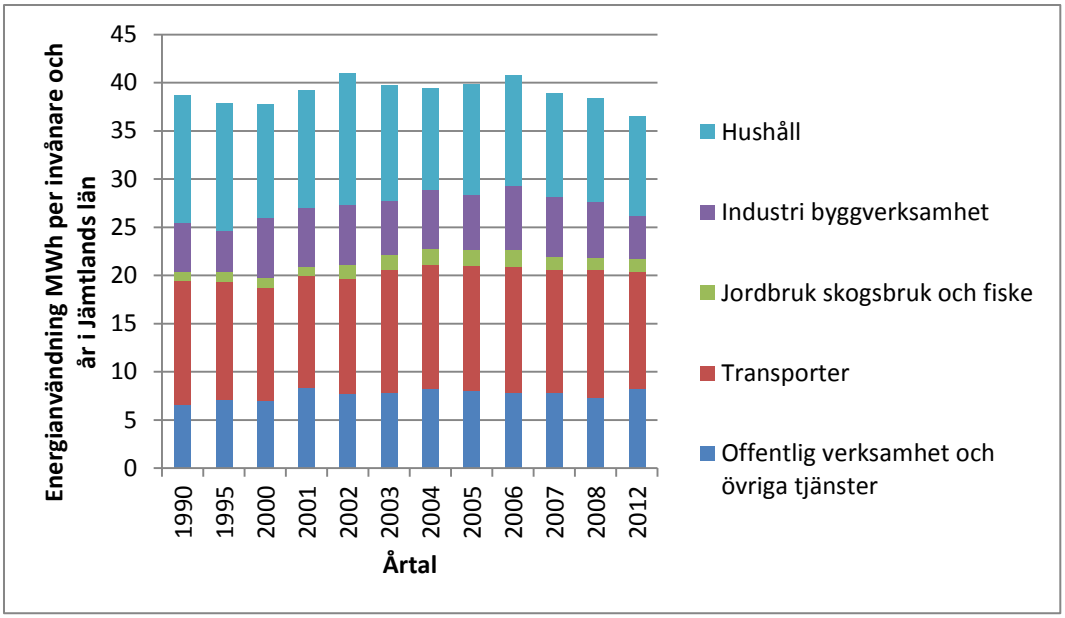
Figur 4. Utsläpp av växthusgaser i Jämtlands län år 2011. Totalt 880 tusen ton koldioxid. Källa: SCB

Utsläppen redovisas som koldioxidekvivalenter där alla klimatgaser (koldioxid, metan, lustgas och fluorerade gaser) ingår. Mål och åtgärder riktas dock främst mot koldioxidutsläpp som står för den övervägande delen. För jordbruket, till skillnad från andra sektorer, dominerar växthusgasutsläppen av lustgas och metan från biologiska processer. De biologiska processerna för lustgas och metanutsläpp från jordbruket är komplexa, naturliga och måste få finnas. Åtgärder för att minska växthusgasutsläppen hanteras bäst i utbildningssatsningar och rådgivning. Fortfarande saknas mycket kunskap, men lämpliga åtgärder finns som måste kombineras. Det handlar exempelvis om att förbättra djurhälsa, korta inkalvningsålder, utnyttja foder bättre, hålla åkermark i gott skick, effektivisera gödsling och planera logistik väl. Det kan även innebära produktion av förnybar energi som t ex biogas. Olika åtgärder passar på olika gårdar. Nationellt tas rådgivningsmaterial fram inom projektet Greppa näringen, som drivs av bland annat Jordbruksverket. Hittills har områden i Syd- och Mellansverige prioriterats, men en ökad satsning i norra Sverige vore önskvärd.

Energianvändning och energitillförsel

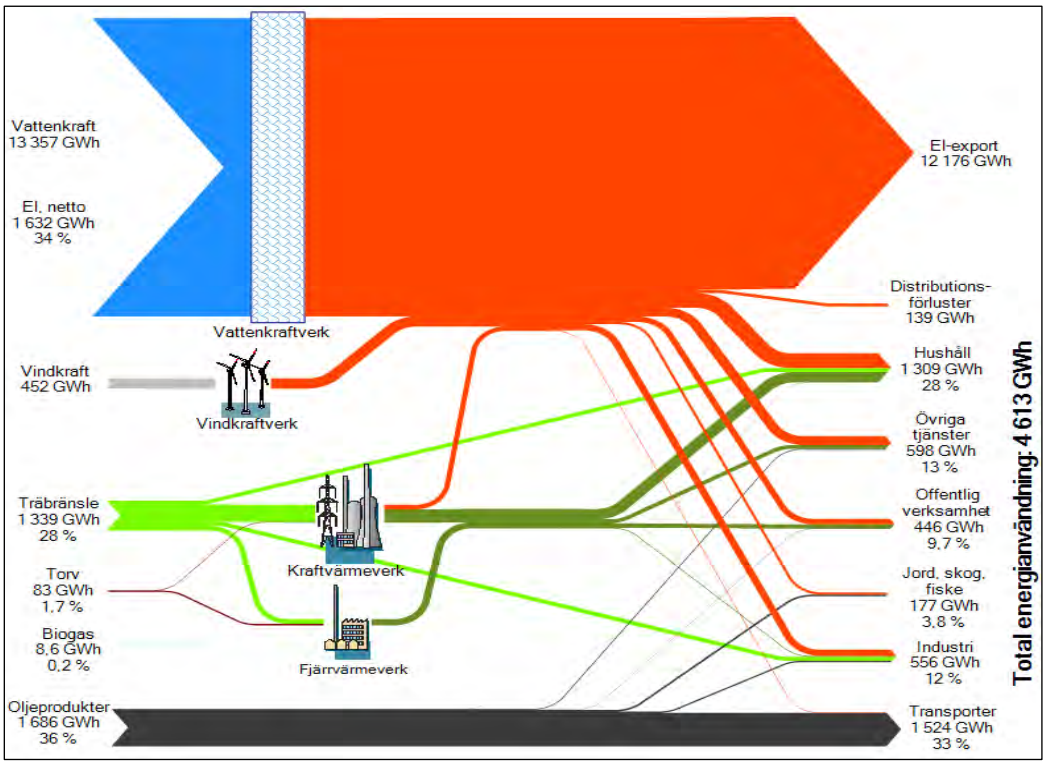
Länets energianvändning per person var 36 MWh 2012. Energianvändningen i länet är lägre än den nationella som ligger på ca 40 MWh per invånare och år. Detta beror framför allt på att länet hyser relativt få större industrier. Hushållen och transporter står för de största andelarna vilket de över gör nationellt, borträknat industrin.Industrins andel av energianvändningen i länet är betydligt lägre än nationellt (ca 10 procent respektive 39 procent)[24]. Figur 5 visar att energianvändningen per invånare i Jämtlands län har varit relativt konstant sedan år 1990 med några toppar år 2002 och 2006. Sedan 2007 kan man se en marginell minskning. Den totala energianvändningen i länet 2012 var 4 613 GWh (Figur 6) .

[24] *SCB*



Figur 5. Energianvändning per person och år under tidsperioden 1990-2012. Källa: SCB

Strategins målsättningar för energianvändning formuleras för länets hushåll, offentlig verksamhet och näringsliv. Genom åtgärder inom dessa sektorer kan man minska den totala energianvändningen mycket. Målsättningar formuleras även för transporter och för en ökad export av förnybar elenergi eftersom det kan minska de globala och nationella utsläppen av växthusgaser.



Figur 6. Sankeydiagram över länets energitillförsel och energianvändning 2012. Bakgrundsdata sammanställt av Energikontoret Jämtlands län 2013.

Klimatanpassning

En anpassning av samhällets olika funktioner blir nödvändig när klimatet och således naturen förändras. Klimatanpassning innebär åtgärder för att anpassa samhället till de klimatförändringar vi redan märker av idag och de som vi inte kan förhindra i framtiden.[25]

Klimatanpassningsarbete sker idag på en mängd olika samhällsnivåer och ansvarsområden[26]. På den internationella arenan spelar EU[27] och FN[28] viktiga roller. Nationellt har ett stort antal centrala myndigheter blivit inblandade i klimatanpassningsarbetet genom sina respektive sektorsansvar. Sverige har ingen samordnande myndighet, men år 2012 inrättade SMHI på regeringens uppdrag ett nationellt Kunskapscentrum för klimatanpassning[29].

Regional samordning av klimatanpassning

Länsstyrelserna fick år 2009 i uppdrag av regeringen att samordna de 21 länens arbete med anpassning till ett förändrat klimat. I Jämtlands län fanns det emellertid redan år 2006 regionala miljömål för medvetenhet om klimatförändringars påverkan och krisberedskap i ett föränderligt klimat. År 2008 genomfördes projektet *Krisberedskap och medvetenhet*[30] som utgjorde ett första steg mot en regional handlingsplan, med omfattande workshops för sårbarhetsidentifierng och prioriterade åtgärder i kommunerna. Projektet utmynnade år 2009 i underlagsrapporten *Anpassning till ett förändrat klimat*[31]. Därefter har ytterligare sju underlagsrapporter[32] publicerats för Jämtlands län, på olika teman.

Nulägesbeskrivning för klimatanpassning i länets kommuner

Länsstyrelsen genomförde kommunbesök och/eller telefonintervjuer med samtliga kommuner under 2013[33]. Dialogen fördes kring 16 enkätfrågor som länsstyrelserna i Sverige tagit fram gemensamt för att skapa en lägesbild om klimatanpassningen i svenska kommuner.

Resultatet av lägesbilden för klimatanpassning i kommunerna ger följande slutsatser:

- Kunskapen och intresset för klimatanpassningsfrågorna är stort i länets kommuner, och det gäller på både politisk nivå och tjänstemannanivå. Däremot har frågorna hittills inte fått den digniteten att de fått en strategisk hantering eller utpekat samordningsansvar, utan liksom många andra ämnesområden så hanteras ärenden i små kommunförvaltningar olika beroende på innehåll, omfattning och tillgänglig kompetens.
- Ingen av kommunerna har i sin helhet analyserat lokala effekter av klimatförändringar, även om det i de flesta kommuner uppkommit diskussioner om detta vid fysisk planering, samt även i beredskapsarbetet och arbetet med Risk- och sårbarhetsanalyser (RSA) men då framförallt kring naturolyckor och extremväder.

---

[25] *En internationellt vedertagen definition för klimatanpassning är: ”Förändringar i ekologiska, sociala eller ekonomiska system till följd av verkliga eller förväntade klimatförändringar.”*

[26] *Klimatanpassningsportalen, www.klimatanpassning.se/Roller-och-ansvar*

[27] *EU:s klimatanpassningsarbete, Clematis Adapt, http://climate-adapt.eea.europa.eu/*

[28] *FN:s klimatkonvention, http://unfccc.int/adaptation och FN-organet UNISDR för arbete med riskreducering vid naturolyckor http://www.unisdr.org/who-we-are/what-is-drr*

[29] *Om Nationellt kunskapscenter för klimatanpassning, www.klimatanpassning.se/Om-oss*

[30] *Slutrapport Anpassning till ett förändrat klimat, delprojekt Krisberedskap & medvetenhet. Länsstyrelsen 2009.*

[31] *Anpassning till ett förändrat klimat. Länsstyrelsen 2009.*

[32] *Länsstyrelsen i Jämtlands län, www.lansstyrelsen.se/jamtland/klimatanpassning*

[33] *Delrapportering till Miljödepartementet i oktober 2013. Länsstyrelsen, dnr 424-6678-2013.*

- Klimatförändringar är numera för samtliga kommuner en ingående aspekt i översiktsplanearbetet. Samtliga kommuner är i något skede av att revidera översiktsplanen eller göra tillägg till översiktsplanen.
- Samtliga kommuner välkomnar mer samverkan mellan aktörer i länet, samt kunskapshöjning riktad dels till den enskilda kommunen och dels gemensamt med andra kommuner och aktörer.

SWOT-analys för klimatanpassning i Jämtlands län

En SWOT-analys har sammanställts för att identifiera styrkor, svagheter, möjligheter och hot för klimatförändringar och klimatanpassning i Jämtlands län. Aspekterna som tas upp är ett urval av relevanta aspekter som i två tidigare SWOT-analyser i länet[34]. Det är också en sammanställning av relevanta aspekter som framkommit i dialog om klimatanpassning i workshops år 2008[35], vid seminariet ”Varmt och gött, eller?” år 2013 och vid dialoger med kommunerna år 2011 och år 2013[36]. Analysen innehåller även de klimatologiska förutsättningarna för länet i framtiden[37].

SWOT-analysen kan grupperas i två olika delar. Den första delen är styrkor och svagheter, där nuläget och de förutsättningar som är kända för oss idag redovisas. Den andra delen visar vilka hot vi har framför oss och vilka möjligheter som vi har idag eller som vi kan skapa. Läs hela SWOT-analysen i bilaga 4.

Slutsatser inför det fortsatta arbetet

Nulägesbilden som har växt fram genom kommundialogerna och genom SWOT-analysen har sammanfattats i följande slutsatser:

- Omfattande klimatförändringar väntar länet och det finns främst negativa men även positiva viktiga aspekter att hantera både i näringsliv och offentlig verksamhet.
- Behov finns av verksamhetsspecifik, strategisk hantering av klimatanpassning i både offentlig verksamhet och i näringslivet.
- Behov finns av mer kunskapsunderlag om klimatförändringar och förväntade effekter, inte minst kring effekter på biologisk mångfald och ekosystemtjänster.
- Behov finns av mer verksamhetsspecifikt kunskapsunderlag som underlag för åtgärdsarbete.
- Behov finns av finansiering i åtgärdsarbetet, särskilt med anledning av ekonomisk svaghet i flera kommuner och avsaknad av lokalt riskkapital. Detta är ocks ett viktigt skäl för en tidig och genomtänkt anpassning.

Dessa slutsatser har varit vägledande för framtagande av målsättningar i denna klimatstrategi (mål 7-9), samt i åtgärdsplanen för klimatanpassning (bilaga 2) och åtgärdsplanen för Samverkan och lärande (bilaga 3).

Samverkan och lärande

Ju bättre vi lyckas minska vår påverkan på klimatet desto mindre förändringar och skador blir det i natur och samhälle. Detta är en enorm utmaning och det krävs många olika insatser. Vi behöver veta mer om förändringarna och hur vi människor orsakar förändringarna. Vi behöver veta mer om vad vi behöver göra, hur vi ändrar beteenden och hur vi förbättrar teknikutvecklingen.

Samtidigt är resurserna begränsade och det är ett stort incitament för att inleda samverkan och samarbete på olika sätt, dra nytta av varandras kompetenser, lära av varandra. Länsstyrelsen har i

---

[34] *SWOT-analys i Energi- och klimatstrategi för Jämtlands län, Länsstyrelsen 2009. Och SWOT-analys i Analys av landsbygden i Jämtlands län. Länsstyrelsen 2013.*
[35] *Anpassning till ett förändrat klimat, Jämtlands län. Slutrapport för Delprojekt 1, Krisberedskap och medvetenhet.*
[36] *Delrapportering till Miljödepartementet i oktober 2013. Länsstyrelsen, dnr 424-6678-2013.*

[37] *Klimatanalys för Jämtlands län. SMHI 2013.*

uppdrag att vara en resurs i samordningen av olika åtgärder och aktörer, och utifrån detta ta fram en vägledning till hur vi bäst jobbar med klimatfrågorna i vårt län.

Regional klimatsamverkan

Klimatsamordningen i länet har utvecklats och förtydligats under det senaste året. Lärdomar har dragits från framtagna kunskapsunderlag och resultat av klimatsamordningen, bland annat från de så kallade ”Fossilbränslefritt 2030-dialogerna” som hölls i länet åren 2011-2012 och som syftade till att hitta en arbetsmodell för ett sammanhållet klimatarbetet i länet, alltså för både klimatpåverkan och klimatanpassning.

Med detta som utgångspunkt så har en arbetsmodell för samverkan och lärande utvecklats. Flera strategiska steg kommer att tas under åren 2013-2014; fortsatt arbete med plattformen Klimatfokus, ett regionalt klimatråd, avsiktsförklaring från aktörerna, åtagandeprocess för aktörerna, samt en kraftsamling kring utmaningen med finansiering av åtgärder.[38]

För att skapa förutsättningar för ett åtgärdseffektivt arbete är det viktigt med:

- En *tydlig och effektiv styrning* för att stödja prioritering och tydliggöra ansvarsfördelningen.
- *Samordning och planering* för att skapa förutsättningar för ökad effektivitet i genomförande samt ökad kostnadseffektivitet.
- *Kunskap och uppföljning* för att skapa förutsättningar för rätt prioriteringar samt möjlighet till utvärdering av olika åtgärders effektivitet och miljönytta.
- *Resurser* för att genomföra åtgärder.

Mål och åtgärder för regional samverkan återfinns i mål 9 om samverkan och lärande, och i bilaga 3 om åtgärdsplan för samverkan och lärande.

Strategins mål och delmål

Strategin specificerar målsättningar utifrån nulägesanalys och resonemang om vad som förväntas vara rimligt. Klimatmål finns för energiomställning (mål 1-6), klimatanpassning (mål 7-8) och Samverkan och lärande (mål 9).

Energiomställning

De flesta mål och åtgärder inom energiomställning och energianvändning styrs mot transporter och arbetsmaskiner eftersom dessa sektorer släpper ut mest och har minskat minst. Övriga sektorer såsom avfall och avlopp, industriprocesser kan och bör visserligen minska, men det är i transportersektorn den stora omställningen behöver göras (Se Figur 4) . Det finns även ett antal delmål, delmålen är lättare att följa upp än det övegripande målet, de visar vägen för hur målet kan nås och de ger en tydligare bild av hur de övergripande målen nås i praktiken.

Mål 1. 50 procent minskning av växthusgasutsläppen – når vi målet?

Utifrån målsättningen att minska de klimatpåverkande utsläppen med 50 procent har en prognos gjorts för hur mycket de olika sektorerna kan minska sina utsläpp till till år 2020. Prognosen visar hur mycket utsläppen kan komma att minska under kommande år utifrån befintliga trender i de olika sektorerna (exklusive transporter och arbetsmaskiner). Utifrån den prognosen och målsättningen om 50 procentig minskning har maximala utsläpp inom transportsektorn räknats ut.

[38] *Beslut om strategiska steg i klimatsamordningen. Länsstyrelsen i Jämtlands län, juni 2013.*

I Tabell 2 ser man utsläpp per sektor under åren 1990-2011 samt förväntat värde år 2020. Energiförsörjning förväntas minska genom att kvarvarande eldningsolja fasas ut och ersätts av fjärrvärme, jordbruket står för ganska oförändrade utsläpp och avfall/avlopp minskar eftersom nya tuffare utsläppskrav ställs på avfallsanläggningar. Detta är antagananden som behöver göras för att kunna beräkna hur stora utsläpp som transportsektorn behöver genomföra för att länet år 2020 ska ha genomfört önskade utsläppsminskningar.

År	Avfall avlopp	Energiförsörjning	Industriprocesser	Jordbruk	Transporter arbetsmaskiner
1990	87	271	4	178	608
2000	74	156	10	170	605
2005	61	120	13	160	638
2006	59	115	14	163	623
2007	54	121	14	161	622
2008	49	98	14	163	632
2009	46	98	14	161	634
2010	44	89	15	160	611
2011	41	72	14	163	588
2020	**25-40**	**50-70**	**14**	**163**	**287-369**

Tabell 2. Utsläpp per sektor för 1990, 2011 och förväntat värde 2020. (tusen ton koldioxidekvalenter)

I Tabell 3 nedan följer en uppskattning av realistiska minskningar i utsläpp utifrån trender i samhället och även utförda åtgärder i länet. Minskningarna jämförs med tillståndet år 2011, eftersom tillgänglig utsläppsstatistik för år 2012 eller 2013 inte finns tillgängligt än.

Utveckling under 2011-2020 som bidrar till minskade utsläpp	[tusen ton CO^2-ekvivalenter]	
Utsläpp transporter och arbetsmaskiner år 2011	**588**	
5-10 procent minskade transporter genom ökad andel kollektivtrafik och cyklande, resefria möten, effektivare godstrasporter, etc.	-29	-59
2500-5000 laddbara bilar ersätter 2500-5000 bensin/dieselbilar[39]	-13	-25
5-10 procent effektivare fordon	-27	-50
20-35 procent inblandning biodrivmedel i diesel[40] (jämfört med 5 procent 2011)	-48	-85
10-15 inblandning av etanol i bensin[41] (jämfört med 5 procent 2011)	-9	-14
Total minskning av utsläppen inom sektorn	**118**	**233**
Utsläpp transporter och arbetsmaskiner år 2020 efter utförda åtgärder	**355**	**470**
Totala utsläpp alla sektorer år 2020	**607**	**757**
Total minskning av utsläpp i länet - i alla sektorer år 1990-2020	**34 %**	**47 %**

[39] *Antagande att dessa bilar framförallt använder eldrift.*

[40] *År 2011 blandade enligt uppgift OKQ8 och Statoil i 5 procent biodrivmedel i länets diesel. I februari 2014 är dock inblandningen betydligt högre men varierar mellan olika bolag. Källa: Anne Sörensson Grön Trafik och Christer Berglund OKQ8.*

[41] *År 2011 blandades 5 procent etanol som låginblandning i bensin.*

Tabell 3. Uppskattning av utsläppsminskningar inom sektorerna transporter och arbetsmaskiner 2011 utifrån genomförda åtgärder.

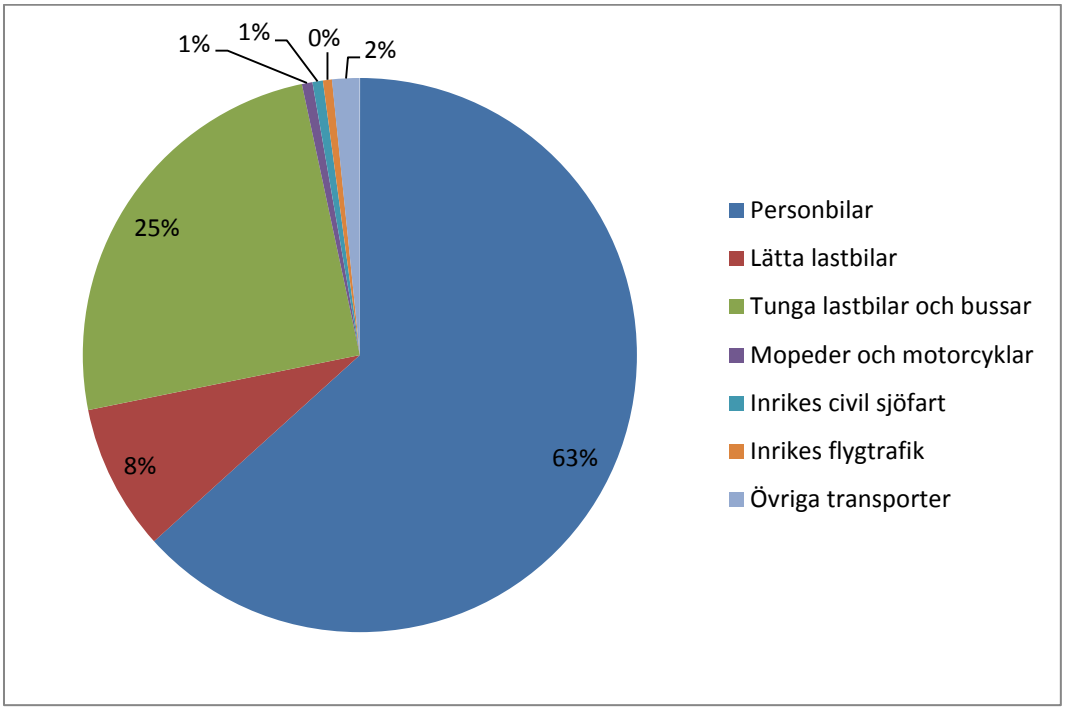
Siffrorna ovan bygger på rimliga antaganden, men det skulle vara osannolikt att utvecklingen följer exakt den utvecklingen. Däremot är det inte osannolikt att de totala utsläppen minskar 40-50 procent under tidsperioden åren 1990-2020.

Mål 2. 25 procent förnybar energi inom transportsektorn

25 procent förnybar energi inom transportsektorn är målet för att minska de totala utsläppen är ett högt mål, men samtidigt krävs en stor omställning inom transportsektorn om en halvering av de totala utsläppen ska nås. Den nationella målsättningen är 10 procent förnybar energi inom transportsektorn, en målsättning som redan är uppnådd på nationell nivå. I länet används idag ca 6 procent förnybar energi i transportsektorn och åtgärder för att minska utsläppen är viktigt. Inom transportsektorn är det främst personbilar och bussar och lätta lastbilar som släpper ut mycket koldioxid (Figur 7). För att nå målsättningen om en halvering av klimatpåverkande utsläpp krävs stora insatser inom transportsektorn och speciellt de dominerande delarna.

- En effektivsering av befintliga resor behövs i form av ökat andel buss- och tågtrafik, cykel och gång, effektivare godstransporter, resfria möten.
- Vidare är det rimligt att anta länets fordonspark år 2020 både innehåller bränslesnålare fordon, och en betydande andel fordon med eldrift.
- Dessutom är det rimligt att anta att en ökad inblandning av biodrivmedel görs i de bensin- och dieselfordon som fortfarande år 2020 kommer att dominera länets fordonspark.

Dessa antaganden bygger också till stor del på det resonemang som finns i den nyligen publicerade nationella utredningen om *En fossiloberoende fordonsflotta 2030*.[42]



Figur 7. Transporternas utsläpp fördelat på fordon i Jämtlands län år 2011

[42] *Fossilfrihet på väg, SOU 2013:84.*

Målet om 25 procent förnybar energi inom transportsektorn bryts ner till följade regionala delmål som föreslås vara uppnådda till år 2020. Delmålen fyller flera funktioner: de är lättare att följa upp än det övergripande målet, de visar vägen för hur det övergripande målet ska nås, de ger en bild av vad det övergripande målet innebär i praktiken och de gör det även lättare för olika aktörer att känna att man bidrar till måluppfyllelsen.

Delmål

2.1. **35 procent inblandning av syntetisk diesel i länet.**
Länet har en stor andel dieselfordon, vilket även kommer att vara fallet år 2020. Ett sätt att minska totala användningen fossila bränslen är därför att säkerställa en ökad användning av syntetisk diesel. År 2011, vilket är jämförelseår för utsläppsstatistiken, blandades 5 procent biodrivmedel i diesel i Jämtlands län. Enligt drivmedelsbolagen blandas redan idag (2014) betydligt mer biodrivmedel i dieseln, men mindre än i södra Sverige[43], där distributionen är bättre utbyggd. Det finns stora möjligheter att öka inblandningen i dieseln och därmed minska länets utsläpp.

2.2. **10 procent inblandning av biodrivmedel i bensinen i länet.**
Ett sätt att minska totala användningen fossila bränslen är att säkerställa en ökad användning av biodrivmedel i bensinen. År 2011, vilket är jämförelseår för utsläppsstatistiken, blandades 5 procent etanol i bensinen. Det finns stora möjligheter att öka inblandningen i bensinen och därmed minska länets utsläpp. Sedan år 2011 är det möjligt att blanda 10 procent etanol i vanlig bensin, men det görs ännu inte. Ökad inblandning av etanol bör bli fallet inom ett antal år.

2.3. **5000 laddbara bilar i länet.**
Nationellt finns ingen målsättning, men branschen tror tror dock på ca 150 000 laddbara bilar i Sverige år 2020. Norge har målsättningen 200 000 laddbara bilar år 2020. Under 2013 fördubblades antalet laddbara bilar i Sverige. Om en sådan trend håller i sig kan länet fördubbla antalet laddbara bilar varje år till ca 6000 år 2020. Med laddbara bilar menas rena elbilar och pluginhybrider, inte hybridbilar.

2.4. **50 procent förnybara drivmedel inom kollektivtrafiken.**
Länets regionala utvecklingsstrategi har som mål att hela bussflottan ska vara fossilbränslefri år 2025. Aktuella upphandlingar under kommande år kan innebära att 50 procent av busstrafiken använder förnybara drivmedel år 2020. En fosslibränslefri kollektivtrafik är viktigt både ur ett symbolvärde och för att skapa ökad efterfrågan på förnbyra drivmedel, vilket i sin tur kan stimulera egen produktion av fordonsgas i länet. (Detta mål berör busstrafik, inte tågtrafiken)

2.5. **10 procent ökat resande med kollektivtrafiken jämfört med år 2013[44]**
En ökad medvetenhet om klimatfrågan och en attraktivare kollektivtrafik kan innebära att resandet med kollektivtrafik ökar. Restider med tåg till bland annat Stockholm, Sundsvall och Trondheim minskas då Meråkerbanan elektrifieras, fler mötesplatser på Norra Stambanan och planskilda korsningar på Mittbanan byggs, vilket i sin tur innebär att större andel person- och godstransporter görs med tågjämfört med idag. Målsättning för restider till och från Östersund 2020: Trondheim 2,5 timmar (3,5 idag), Stockholm 4 timmar (ca 5h idag) och Sundsvall 2 timmar(2,25h idag)[45]. Förhoppningsvis leder detta till ett ökat resande med tåg, både bland länsinvånare och turister.

2.6. **Ökad godstrafik via järnväg.**
Med en elektrifierad Meråkerbana kan ett ökat godsflöde ske via järnväg i öst-västlig riktning. Det

---

[43] *Vissa bolag blandar 35 procent biodrivmedel i diesel, men distribuerar det ännu bara i södra Sverige.*

[44] *Under år 2013 reste gjordes totalt 5.569.000 resor inom och över länsgräns. Länstrafik, tätortstrafik och regionaltåg ingår, fjärrtåg ingår ej i statistiken.*

[45] *Tågtrafiken Stockholm-Östersund-Trondheim med en elektrifierad Meråkerbana. Bo-Lennart Nelldal, KTH. 2013*

finns även möjlighet att överföra en stor andel godstrafik i nord-sydlig riktning från landsväg till järnväg via Inlandsbanan. Detta skulle leda till energieffektivisering och minskade klimatutsläpp. Inlandbanan AB:s egen målsättning är att godstrafiken på Inlandsbanan ska öka till 400 miljoner bruttotomkm till år 2020 jämfört med dagens 60 bruttotonkm.[46]

Mål 3. 20 procents energieffektivisering inom offentlig sektor och näringsliv jämfört med 1990

Det finns en nationell målsättning om en generell energieffektivisering med 20 procent från år 1990 till 2020. Denna målsättning bryts i Jämtlands län ned till två delmålsättningar, varav den första berör offentlig sektor och näringsliv, dessa båda sektorer står som tidigare nämnt för 10 procent respektive 15 procent av den totala energiförbrukningen. Energiförbrukning inom offentlig sektor har varit mer eller mindra konstant sedan 1990, medan energiförbrukingen inom näringslivet[47] har ökat jämfört med 1990. Kommunernas och landstingets arbetar med energieffektiviseringsplaner[48], för att nå målsättningen krävs att detta arbete lyckas.

Mål 4. 50 procent energieffektivisering inom hushållen jämfört med 1990

Av länets totala energiförbrukning står hushållen för 28 procent. Hushållens energiförbrukning har dock minskat med ca 30 procent sedan 1990 och är ca 10 MWh per person och år (2012). Ytterligare minskning med 20 procent är möjligt med föreslagna åtgärder och bidrar till att uppfylla målet. Klimatpåverkande utsläpp i form av konsumtion är inte inräknad i statisitiken, men medveten konsumtion är kan bidra både till minskad energikonsumtion och klimatpåverkan.

Delmål 4.1 **1m^2 solcell per person i länet år 2020**[49]

Utöver vattenkraft med sin befintliga elproduktion och vindkraften med sin potential för elproduktion finns också möjlighet att på ett mer småskaligt sätt bidra till ökad produktion av förnybar elenergi. Utvecklingen av solceller går snabbt framåt och är också ett sätt för privatpersoner, bostadsrättsföreningar, ekonomiska föreningar et c att producera sin egen elenergi och bidra till ökad andel förnybar elenergi.

Mål 5. 25 procent ökad export av förnybar elenergi jämfört med 2012

Länet är en stor nettoexportör av förnybar energi på grund av vattenkraften. Länets största möjlighet att bidra till en minskad nationell och global klimatpåverkan är att genom stor produktion av förnybar energi bidra till att minskade utsläpp växthusgaser. Detta ifall den el länet exporterar ersätter europeisk kolkraft. Länet exporterar idag ca 12 TWh vattenkraftsel varje år[50]. Vidare producerades 0,5 TWh vindkraftsel år 2012. Inom vindkraftsektorn är det dock rimligt att räkna med en kraftigt ökad produktionskapacitet till år 2020. En uppskattning utifrån kommunernas översiktsplaner ger att det skulle vara möjligt att producera ca 8 TWh vindkraftsel per år i länet. Hur stor del av befintliga tillstånd och andra vindkraftplaner som kommer att bli verklighet till år 2020 är svårt att bedöma, men utifrån befintliga anläggningar, tillstånd och aktuella tillståndsprövningar är 3TWh vindkraftsel år

---

[46] *Bruttotonkm=verkligt producerat transportavstånd * (godsets vikt+vagnvikt)*

[47] *Sektorerna industri, bygg, jord, skog och fiske, se figur 5 och 6.*

[48] *Landstinget och länets samtliga kommuner har under perioden 2009-2014 ansökt om och beviljats energieffektiviseringstöd av Energimyndigheten. Ett av kraven för beviljande av medel var att organisation har en målsättning gällande energieffektivisering till år 2020, för transporter respektive fastigheter.*

[49] *Enligt Regionförbundet/Energikontoret är 1m^2 per person ett rimligt mål för länets solelproduktion år 2020.*

[50] *Energimyndigheten*

2020 rimligt[51]. 3 TWh kan jämföras med den nationella planeringsramen för vindkraftel som är 20 TWh landbaserad vindkraftel i Sverige år 2020[52].

Mål 6. Egen produktion av förnybara drivmedel

Energianvändningen i transportsektorn är nationellt ca 25 procent[53]. I Jämtlands län står transportsektorn för 33 procent av den slutliga energianvändningen och över 54 procent av utsläppen av växthusgaser. Importen av oljeprodukter till länet och utsläppen av växthusgaser skulle kunna minska och arbetstillfällen skapas om länet producerade mer förnybara drivmedel i länet. Idag finns det en anläggning för produktion av fordonsgas i länet (Gövikens avloppsreningsverk, Östersund) och ett tiotal anläggningar för produktion av el och värme på lantbruk i länet. Jämtlands län har utöver det en mycket stor mängd av de råvaror som krävs för att kunna producera förnybara drivmedel i form skogsråvara och vallodling på åkermark (åkermark som idag inte brukas och riskerar att växa igen), samt även matavfall.

Klimatanpassning

Det nationella arbetet med klimatanpassning har ännu inga specifika målsättningar utstakade, och alltså inga specifikt framtagna nationella mål att härleda strategiska steg eller regionala målsättningar ifrån[54]. Däremot har EU har tagit fram en strategi för klimatanpassning (2013)[55] och pekar där ut tre målområden:

- Främja insatser av EU-länderna: Kommissionen kommer att uppmuntra alla EU-länder att anta övergripande anpassningsstrategier (för närvarande har 15 EU-länder sådana) och kommer att tillhandahålla finansiering för att hjälpa dem att bygga upp sin anpassningsförmåga och vidta åtgärder. Den kommer också att stödja anpassningen i städerna genom att införa ett frivilligt åtagande som grundar sig på borgmästaravtalet.
- Åtgärder för ”klimatsäkring” på EU-nivå: Detta ska åstadkommas genom att man ytterligare stimulerar anpassningen inom centrala sårbara sektorer, till exempel jordbruk, fiske och sammanhållningspolitik, ser till att infrastrukturen i Europa blir mer motståndskraftig och främjar användningen av försäkringar mot naturkatastrofer och katastrofer orsakade av människor.
- Bättre beslutsunderlag: Detta ska uppnås genom att man förbättrar kunskapen om anpassning och vidareutvecklar klimatanpassningsplattformen European Climate Adaptation Platform (Climate-ADAPT), som ska fungera som en enda kontaktpunkt för information om anpassning i EU.

Målen och delmålen för klimatanpassning i Jämtlands länet har utarbetas av Länsstyrelsen utifrån nationella och regionala kunskapsunderlag, utifrån det nationella miljömålssystemets preciseringar och etappmål[56] och de regionala miljömålen, samt utifrån dialoger med olika aktörer i länet om deras kunskaps- och ambitionsnivå.

Målen för klimatanpassning har två målområden: ett mål och fyra delmål för offentlig verksamhet (mål 7) och ett mål och fyra delmål för näringsverksamheter (mål 8). Målen och delmålen har liknande

---

[51] *Kommunernas översiktsplaner*

[52] *Energimyndigheten*

[53] *SCB*

[54] *I februari 2014 finns ännu inga nationella målsättningar för klimatanpassning. Däremot har miljömålsberedningen en liknande ambitionsnivå i sina utredningar för kommuners klimatanpassning i mark- och vattenanvändning, www.gov.se/mmb.*

[55] *EU:s klimatanpassningsarbete, Clematis Adapt, http://climate-adapt.eea.europa.eu/*

[56] *Läs om Sveriges miljömålsarbete på Miljömålsportalen, www.miljomal.se.*

skrivningar men skiljer sig väsentligt i karaktären av de åtgärder som behövs för att nå målen samt vilka aktörer som behöver vara aktiva i arbetet.

Målen presenteras här nedan, men också i bilaga 2 tillsammans med regionala åtgärder och förslag till aktörer. I bilagan presenteras också förslag till lokala/verksamhetsspecifika åtgärder som i kunskapsunder och dialoger identifierats som viktiga åtgärder, men som inte är av regional karaktär.

Mål 7. Offentliga aktörers klimatanpassning till år 2020[57]

Offentlig verksamhet och offentligt ägda företag har skaffat sig kunskap om vilka risker och möjligheter som finns inom organisationens ansvarsområde/geografiska område kopplat till ett förändrat klimat, samt bestämt åtgärder och skapat rutiner för hur dessa hanteras på kort och lång sikt.

Delmål 7.1 Organisationer har skaffat sig tillräcklig kunskap om vilka risker och möjligheter som finns i organisationens ansvarsområde och geografiska område kopplat till ett förändrat klimat (år 2015).

Delmål 7.2 Organisationer har identifierat och bestämt åtgärder för förebyggande hantering av risker och möjligheter kopplat till ett förändrat klimat (år 2016).

Delmål 7.3 Bra rutiner har skapats för förbyggande hantering av risker och möjligheter inom organisationens ansvarsområde och geografiska område (år 2018).

Delmål 7.4 Betydelsen av klimatförändringarnas påverkan på biologisk mångfald och värdet av ekosystemtjänster är allmänt kända och integrerade klimatanpassningsarbetet i offentlig verksamhet och offentligt ägda företag (år 2016).

Mål 8. Näringslivets klimatanpassning till år 2020[58]

Branschorganisationer för areella näringar och besöksnäringen har skaffat sig kunskap om vilka risker och möjligheter som finns inom sitt verksamhetsområde kopplat till ett förändrat klimat, samt bestämt åtgärder och skapat rutiner för hur dessa kan hanteras inom branschen på kort och lång sikt.

Delmål 8.1 Organisationer har skaffat sig tillräcklig kunskap om vilka risker och möjligheter som finns i organisationens verksamhetsområde kopplat till ett förändrat klimat.

Delmål 8.2 Organisationer har identifierat och bestämt åtgärder för förebyggande hantering av risker och möjligheter kopplat till ett förändrat klimat.

Delmål 8.3 Bra rutiner har skapats för förbyggande hantering av risker och möjligheter inom organisationens verksamhetsområde.

Delmål 8.4 Betydelsen klimatförändringarnas påverkan på biologisk mångfald och värdet av ekosystemtjänster vara allmänt kända hos de areella näringarna och besöksnäringen.

---

[57] *En komplett sammanställning av mål och åtgärder finns i Åtgärdsplanen för klimatanpassning 2014-2020[57], vilken också utgör en idékatalog för klimatanpassningsarbete på lokal nivå eller för enskilda verksamheter.*

[58] *En komplett sammanställning av mål och åtgärder finns i Åtgärdsplanen för klimatanpassning 2014-2020[58], vilken också utgör en idékatalog för klimatanpassningsarbete på lokal nivå eller för enskilda verksamheter.*

Samverkan och lärande

För att nå en hållbar utveckling behöver befintlig kunskap nå ut till de som på olika sätt arbetar med klimatrelaterade frågor i samhällsbyggnad och näringsverksamhet.

Mål 9. Samverkan och lärande

Länets klimatarbete kvalitetssäkras och följs upp i samarbete med länets aktörer .

Delmål 9.1 Klimatfokus Jämtlands län, en plattform för samverkan och lärande, samlar länets kompetens i olika konstellationer och dialogformer (år 2014).

En arbetsmodell för klimatsamordning började utvecklas under ”Fossilbränslefritt 2030-dialogerna åren 2011-2012. Arbetsmodellen har nu utvecklats till en plattform för lärande och samverkan och går under namnet Klimatfokus Jämtlands län.

Klimatkompetensen i länet samlas i olika konstellationer och dialogformer för att på ett samlat och innovativt sätt hitta samverkansområden, samverkansformer, finansiering och uppslag till nya klimatprojekt. Detta kvalitetssäkrar de strategiska valen och gör arbetet framgångsrikt och kostnadseffektivt. Med rätt fokus kan det också leda till innovationer, näringslivsutveckling och regional utveckling.

Delmål 9.2 Ett Klimatråd för Jämtlands län har bildats och kompletterar länets plattform Klimatfokus (år 2014)

Ett klimatråd eller dylik styr- eller rådsfunktion är sedan länge efterfrågad av aktörerna i länet, och utgör därför ett av flera strategiska steg i den regionala klimatsamordningen. För att klimatarbetet ska få den förankring, status och tydliga färdriktning som behövs för att hantera lösningar, hotbilder och hitta möjligheterna i klimatarbetet, så bör rådet bestå av företrädare med ledande befattningar inom politik, näringsliv och regionala myndigheter i länet.

Klimatrådet ska komplettera och utgöra en viktig funktion i Klimatfokus, som är länets plattform för samverkan och lärande.

Delmål 9.3 En Avsiktsförklaring kan undertecknas för deltagande i regional samverkan och lärande (år 2014).

Med början hösten 2013 så har aktörer i länet kunnat avge en formell avsiktsförklaring[59]. Genom den kan länets olika organisationer formellt uttrycka att de avser att delta i ett samordnat klimatarbete för Jämtlands län, och att de åtar sig:

- att delta med kompetens och erfarenhet i de breda aktörsdialoger som ligger till grund för den regionala samordningen av klimatmål, energiomställning och klimatanpassning.
- att göra ett för organisationen relevant urval av regionala klimatmål och klimatåtgärder, samt integrera dessa i redan befintligt klimatarbete, beslutsprocesser och dagligt arbete.
- att kommunicera organisationens klimataktiviteter och resultat till Klimatfokus Jämtlands län.

Detta kan i gengäld ge viktig kunskap och kvalitetssäkring, samt spridning, av organisationens klimatarbete.

Delmål 9.4 Enskilda aktörer kan underteckna ett formellt åtagande om att genomföra regionala åtgärder och lokala klimataktiviteter (år 2015).

---

[59] *I februari 2014 har 20 organisationer skrivit under avsiktsförklaringen. Läs mer på Länsstyrelsens hemsida www.lansstyrelsen.se/klimatfokus*

När klimatstrategin och dess regionala åtgärdsprogram är färdiga kan arbetet övergå i en fas där aktörerna kan åta sig att genomföra eller bidra till genomförandet av de åtgärder som utpekats som de mest prioriterade. Det är dessa åtgärder som i första hand finansieras av särskilt avsatta regionala klimatmedel[60]. Organisationen kan också åta sig att genomföra andra mindre prioriterade åtgärder i regionala åtgärdsprogram, eller passa på att meddela vilka andra insatser och projekt som organisationen kan och vill genomföra.

Delmål 9.5 Det finns effektiva verktyg som underlättar åtgärdsuppföljning och klimatkommunikation (år 2015).

Länsstyrelsen kommer att utveckla verktyg i syfte att underlätta den regionala samordningen. Genom att ta fram smart utformade publika webbverktyg kan aktörerna själva utforma sitt åtagande, göra sin resultatuppföljning, och att på ett enkelt sätt kommunicera resultat för andra aktörer och för allmänheten i stort.

Delmål 9.6 Det finns bra rutiner för att skapa och förmedla finansieringsmöjligheter för klimataktiviteter (år 2015).

Att stärka finansieringen är en viktig förutsättning för ett åtgärdseffektivt klimatarbete[61]. Det gäller att skapa rutiner för att säkra upp att till exempel strukturfonder och landsbygdsprogram, och fördelning av regionala utvecklingsmedel, utformas så att finansiering kan styras mot de mål och åtgärder som är högst prioriterade i länets Klimatstrategi.

Strategins åtgärdsplaner

Till Klimatstrategin finns åtgärdsplaner som vägledning för genomförande av mål och delmål. Åtgärdsplanerna presenteras i sin helhet i bilagor.

Föreslagna aktörer är *tänkbara* aktörer som har föreslagits av Länsstyrelsen i Jämtlands län. Aktörerna har alltså inte i det här skedet åtagit sig att utföra åtgärder. Aktörerna verkar i Jämtlands län och åtgärdsförslagen är i linje med det uppdrag eller sektorsansvar som organisationen har.

Aktörerna har i åtgärdsplanerna räknats upp utan inbördes ordning gällande ansvar eller betydelse för genomgörande av mål och åtgärder.

Definition av regional åtgärd

En regional åtgärd är en åtgärd av regional karaktär, det vill säga en åtgärd som bör genomföras av en regional aktör eller som vinner på att göras i samverkan mellan flera aktörer i länet.

Följande kriterier har varit utgångspunkt vid framtagning av förslag till åtgärder:

- Finns rådighet att genomföra åtgärden av aktörer i länet.
- Vinner på att göras i samverkan mellan flera aktörer, till exempel kommunöverskridande åtgärder.
- Relevans i syfte att nå Klimatstrategins målsättningar.
- Genomförandetid, 2014-2020.

Åtgärdsprogrammet har inte ambitionen att vara heltäckande. Åtgärdsförslag som bedöms ingå i ordinarie arbete eller som utförs av enstaka aktörer utan specifikt intresse för länet samlas i Idékataloger för lokalt arbete.

---

[60] *Se det femte strategiska steget under rubrik 5. Finansiering och försäkring nedan.*

[61] *Läs mer om kapitel Nulägesbeskrivning av länets klimatarbete/Samverkan och lärande.*

Åtgärdsplan för energiomställning, år 2014-2020

Åtgärderna för energiomställning är ett resultat av länets så kallade Fossilbränslefritt 2030-dialoger (2011-2012) och dialogen vid seminariet Klimatfokus i januari 2014.

Åtgärdsplan klimatanpassning, år 2014-2020

Åtgärderna för klimatanpassning är en sammanställning av åtgärder som föreslås i olika nationella och regionala underlagsrapporter. Det är också åtgärder som tagits upp vid dialoger under projektet Klimatanpassning och krisberedskap (2008), i länets s.k Fossilbränslefritt 2030-dialoger (2011-2012), i kommundialoger för klimatanpassning (2013) och dialogen vid seminariet Varmt och gött –eller?" (2013).

Åtgärdsplan för samverkan och lärande, år 2014-2020

Åtgärdsplanen för samverkan och lärande består av de åtgärder som identifierats som nödvändiga inom den regionala samordningen, och då främst utifrån länets s.k Fossilbränslefritt 2030-dialoger (2011-2012).

Uppföljning och revidering

Länsstyrelsen ansvarar för framtagandet av Strategin och dess åtgärdsplaner, i samråd med Regionförbundet.

Strategin och åtgärdsplaner beslutas av Länsstyrelsen och antas av Regionförbundet.

Länsstyrelsen initierar revidering av Klimatstrategin och åtgärdsplanerna, med följande tidsintervall:

- Uppföljning och en utvärdering av vision och målbilder sker nästa gång 2019-2020 för att få ett uppdaterat dokument som med Strategi och åtgärdsplan från och med år 2021.
- Åtgärdsplanerna ska vara dynamiska dokument, med uppföljning och revidering årligen.
- Aktörers åtaganden om att utföra åtgärder sker löpande, eller åtminstone årligen.

Uppföljningen kommer att ske dels genom ett antal utvalda indikatorer och dels genom åtgärdsuppföljning. Indikatorerna utarbetas delvis av Länsstyrelsen i Jämtlands län, i samverkan med andra länsstyrelser och till exempel genom den nationella och regionala miljömålsuppföljningen[62]. Underlagsmaterial till indikatoruppföljningen är bland annat den energibalansstudie som Regionförbundets energikontor tagit fram på uppdrag av Länsstyrelsen, samt resultaten från enkätstudien Klimatbarometer för Jämtlands län som utförts av Mittuniversitetet[63].

---

[62] *Indikatorpresentation på Miljömålsportalen, www.miljomal.se/sv/Miljomalen/Alla-indikatorer och www.miljomal.se/sv/Miljomalen/Uppfoljning*

[63] *Klimatbarometer för Jämtlands län. Mittuniversitetet 2010.*

Ordlista/Förkortningar

Begränsad klimatpåverkan	Att begränsa klimatpåverkan handlar om en energiomställning mot förnybara energikällor och mot energieffektivisering.
Klimatanpassning	Den anpassning av samhällets olika funktioner som blir nödvändig när klimatet och således naturen förändras. Vedertagen definition: förändringar i ekologiska, sociala eller ekonomiska system till följd av verkliga eller förväntade klimatför ändringar.
Fossilbränslefri	Inga bränslen med fossilt ursprung används sånär som på flygbränsle, bränsle till sjöfart och utsläpp vid eldning av fossil plast.
Aktör	Organisationer, företag, offentlig verksamhet och medborgare som arbetar med och berörs av energi- och klimatarbetet i länet.
Torv	I Sverige definieras torv som ett långsamt förnybart biomassabränsle. FN:s klimatpanel IPCC valde våren 2006 att placera torv som ett bränsle i en egen kategori ”torv”.

Länsstyrelsen
Jämtlands län

Postadress: 831 86 Östersund
Besöksadress: Residensgränd 7
Telefon: 010-225 30 00
jamtland@lansstyrelsen.se
www.lansstyrelsen.se/jamtland

Landstingsdirektören
Nina Fållbäck-Svensson
Tfn: 063-14 75 66
E-post: nina.fallback-svensson@jll.se

2014-05-16

Dnr LS/476/2014

Socialdepartementet
s.registrator@regeringskansliet.se
s.sam@regeringskansliet.se

Svar på remiss Ds 2014:9 En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst

Jämtlands läns landsting, JLL, har getts möjlighet att avge yttrande över Ds 2014:9 En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Bakgrund och förslag

Förslagen i promemorian utgör fjärde steget av förändringar med anledning av statens vård och omsorgsutredning, SOU 2012:33 *Gör det enklare!,* den så kallade myndighets-utredningen. Det första steget utgjordes av inrättande av Inspektionen för vård och omsorg (IVO), därefter omvandlades Apotekens service AB till E-hälsomyndigheten och som tredje steg fördes uppgifter från Smittskyddsinstitutet och Statens folkhälso-institut till den nya Folkhälsomyndigheten.

Syftet är att skapa ett nytt långsiktigt hållbart system för den statliga kunskapsstyrningen och att regeringens styrning av myndigheterna på området ska bli mer samlad och strategisk. Åtta statliga myndigheter; E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Forskningsrådet för hälsa arbetsliv och välfärd (Forte), Inspektionen för vård och omsorg, Läkemedelsverket, Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) samt Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket föreslås ingå i ett strategiskt råd, Rådet för statlig kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård och socialtjänst (Kunskaps-rådet). Myndigheterna föreslås företrädas av myndighetscheferna med Socialstyrelsens generaldirektör som ordförande. Huvudmännen (10 kommunpolitiker och 3 lands-tingspolitiker) föreslås ingå i ett rådgivande organ, Huvudmannagruppen under ledning av Kunskapsrådets ordförande.

Myndigheterna föreslås få mer renodlade roller. Bland annat föreslås SBU få ansvar för systematiska vetenskapliga kunskapsöversikter inom både hälso- och sjukvård och socialtjänst, Myndigheten för vårdanalys kommer också att omfatta socialtjänsten och Folkhälsomyndigheten föreslås ta över Socialstyrelsens uppdrag att vara nationell kontaktpunkt enligt WHO:s reglemente om skydd mot internationella hot mot människors hälsa.

Förslagen föreslås träda i kraft den 15 juli 2015.

Jämtlands läns landstings synpunkter
JLL ser positivt på förslagen i promemorian även om det hade varit en fördel med ett genomförande enligt förslagen i utredningen ”Gör det enklare!”
Definitionen av begreppet kunskapsstyrning som görs i promemorian; *”de olika former av kunskapsstöd och bindande föreskrifter som statliga myndigheter ansvarar för och som riktar sig mot huvudmännen och dessa de ansvarar för”* fyller sin funktion i sammanhanget. Begreppet kunskapsstyrning är dock i sig ett problematiskt begrepp, då all styrnig bör utgå från bästa tillgängliga kunskap oavsett om det gäller ekonomi, organisation eller kvalitet i vården.

Promemorian har valt rätt perspektiv då man fokuserar på patienter och brukare, professioner samt huvudmän. Det är de perspektiven som bör beaktas i det samordnade strategiska stödet från myndigheterna. Det är också positivt att ambitionen är att samla och samordna myndigheterna som ansvarar för kunskapsstyrning och att renodla ansvar och uppgifter.

JLL är positiv till inrättande av Kunskapsrådet, men har viss tveksamhet beträffande Inspektionen för vård och omsorgs roll då det gäller kunskapsstyrning.

Gällande bildande av och sammansättningen av Huvudmannagruppen är JLL kritiskt. Fördelningen mellan kommuner och landsting som borde vara mer jämn mellan kommuner och landsting. Förslagsvis borde minst en representant per sjukvårdsregion ingå. Det är också tveksamt att ha en sammansättning med en blandning av förtroendevalda från huvudmännen och tjänstemannaledning från myndigheterna. Förslaget innebär att det saknas representativitet från lokal och regional nivå när det gäller sakkunskap för aktuella områden. JLL förordar istället att man bör ta tillvara det samarbete som finns idag mellan staten och huvudmännen och att det därför är viktigt att myndigheterna kan fortsätta sitt deltagande i MSG- och NSK-grupperna. Det är viktigt att betona att kunskapsstöd och kunskapsstyrning sker utifrån patienter/brukares och professioners behov av kunskap och att det finns ett utrymme för dialog mellan dem och myndigheterna.

Beträffande förslagen om renodling av uppgifter mellan Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen menar JLL att det är positivt att Folkhälsomyndigheten blir förvaltningsmyndighet för förvaltningsuppgifter, normering och krisberedskap. Den föreslagna uppdelningen mellan Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten för individ- och befolkningsperspektiv är dock inte funktionell eftersom smittskyddsarbetet är gränsöverskridande och tvärsektoriellt. Det bästa vore att ge Folkhälsomyndigheten ett samlat ansvar för det. Socialstyrelsen bör ansvara för vårdhygienfrågor eftersom det är så nära förknippat med vårdskador och patientsäkerhet.

JLL menar att utredningen inte har analyserat behovet av utveckling, förvaltning och kvalitetssäkring av metoder och arbetssätt som riktar sig till huvudmännen. För en ändamålsenlig statlig kunskapsstyrning är det viktigt att frågan om förvaltning av rekommenderade metoder och arbetssätt är definierad innan man utformar stöd till implementering. Det nationella ansvaret bör utredas så snart som möjligt.

JLL vill betona vikten av att jämställdhet, jämlikhet och ett hälsofrämjande perspektiv alltid beaktas i kunskapsstyrning. Vården ska anpassas efter behov och i det här sammanhanget bör man beakta flera olika perspektiv såsom kön, etnicitet, ålder, funktionsnedsättning, sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck, religion eller trosuppfattning, bostadsort, utbildning och ekonomiska förutsättningar.

JÄMTLANDS LÄNS LANDSTINGSSTYRELSE

Harriet Jorderud
Landstingsstyrelsens ordförande

Björn Eriksson
Landstingsdirektör

REGERINGSKANSLIET

Remiss

2014-03-19 S2014/2639/SAM

Socialdepartementet

Enheten för samordning och stöd
Eva Edström Fors
Telefon 08-405 37 20

JÄMTLANDS LÄNS LANDSTING
2014 -03- 24
Dnr LS/...../20.....

Departementspromemoria 2014:9 En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst

Remissinstanser:

1. Riksdagens ombudsmän
2. Riksrevisionen
3. Kammarrätten i Jönköping
4. Förvaltningsrätten i Stockholm
5. Förvaltningsrätten i Umeå
6. Justitiekanslern
7. Rikspolisstyrelsen
8. Rättsmedicinalverket
9. Migrationsverket
10. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB)
11. Försäkringskassan
12. Socialstyrelsen
13. Läkemedelsverket
14. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN)
15. Folkhälsomyndigheten
16. Myndigheten för vårdanalys
17. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)
18. Statens institutionsstyrelse (SiS)
19. Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam)
20. Hjälpmedelsinstitutet (HI)
21. Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA)
22. Barnombudsmannen (BO)
23. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte)
24. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)
25. Arbetsgivarverket
26. Länsstyrelsen i Blekinge län
27. Länsstyrelsen i Norrbottens län
28. Länsstyrelsen i Dalarnas län
29. Länsstyrelsen i Stockholms län

Postadress 103 33 Stockholm
Besöksadress Fredsgatan 8
Telefonväxel 08-405 10 00
Telefax 08-723 11 91
E-post: s.registrator@regeringskansliet.se

30. Länsstyrelsen i Västra Götalands län
31. Statskontoret
32. E-hälsomyndigheten
33. Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
34. Utredningen (S 2013:17) om tillgänglig och säker information i hälso- och sjukvård och socialtjänst
35. Ekonomistyrningsverket (ESV)
36. Kammarkollegiet
37. Statistiska centralbyrån (SCB)
38. Statens skolverk
39. Statens skolinspektion
40. Universitetskanslersämbetet
41. Vetenskapsrådet
42. Karolinska institutet (KI)
43. Linnéuniversitet
44. Stockholms universitet
45. Umeå universitet
46. Uppsala universitet
47. Örebro universitet
48. Verket för innovationssystem (Vinnova)
49. E-delegationen
50. Arvidsjaur kommun
51. Botkyrka kommun
52. Burlövs kommun
53. Eslövs kommun
54. Finspångs kommun
55. Filipstads kommun
56. Gnosjö kommun
57. Gotlands kommun
58. Gävle kommun
59. Göteborgs kommun
60. Halmstads kommun
61. Höör kommun
62. Jönköpings kommun
63. Kalmar kommun
64. Kungälvs kommun
65. Luleå kommun
66. Lysekils kommun
67. Malmö kommun
68. Marks kommun
69. Munkedals kommun
70. Mölndals kommun
71. Norrtälje kommun
72. Nyköpings kommun
73. Nynäshamns kommun
74. Orsa kommun
75. Oskarshamns kommun
76. Sollefteå kommun

77. Solna kommun
78. Stockholms kommun
79. Strömsunds kommun
80. Sundsvalls kommun
81. Umeå kommun
82. Uppsala kommun
83. Vilhelmina kommun
84. Vingåkers kommun
85. Vänersborgs kommun
86. Värnamo kommun
87. Västerås kommun
88. Östersunds kommun
89. Bleking läns landsting
90. Dalarnas läns landsting
91. Gävleborgs läns landsting
92. Hallands läns landsting
93. Jämtlands läns landsting
94. Jönköpings läns landsting
95. Kalmar läns landsting
96. Kronobergs läns landsting
97. Norrbottens läns landsting
98. Skåne läns landsting
99. Stockholms läns landsting
100. Södermanlands läns landsting
101. Uppsala läns landsting
102. Värmlands läns landsting
103. Västerbottens läns landsting
104. Västernorrlands läns landsting
105. Västmanlands läns landsting
106. Västra Götaland läns landsting
107. Örebro läns landsting
108. Östergötlands läns landsting
109. Akademikerförbundet (SSR)
110. Astma- och Allergiförbundet
111. Bröstcancerföreningarnas riksorganisation (BRO)
112. CSA – centralförbundet för socialt arbete
113. De Handikappades Riksförbund (DHR)
114. Demensförbundet
115. Famna
116. FORSA – förbundet för forskning i socialt arbete
117. Forum för frivilligt socialt arbete
118. FOU-välfärd
119. FOU-väst
120. Fysioterapeuterna
121. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter
122. Föreningen Sveriges socialchefer
123. Handikappförbundens samarbetsorgan (HSO)
124. Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund

125. Landsorganisationen i Sverige (LO)
126. Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH)
127. Patientnämnden i Kronobergs län
128. Patientnämnden i Stockholms län
129. Patientnämnden-Etiska nämnden i Västernorrlands län
130. Patientnämndens kansli i Borås Västra Götalands län
131. Patientnämndens kansli i Göteborg, Västra Götalands län
132. Pensionärernas Riksorganisation (PRO)
133. Praktikertjänst
134. Privattandläkarna
135. Prostatacancerförbundet
136. Reumatikerförbundet
137. Riksförbundet Sällsynta diagnoser
138. Smittskyddsläkarföreningen
139. Statens medicinsk-etiska råd (SMER)
140. Stiftelsen Äldrecentrum
141. Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)
142. Svensk förening för vårdhygien
143. Svensk sjuksköterskeförening
144. Svenska Barnmorskeförbundet
145. Svenska läkaresällskapet
146. Svenskt Näringsliv
147. Sveriges akademikers centralorganisation (SACO)
148. Sveriges apoteksförening
149. Sveriges Farmaceuter
150. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
151. Sveriges läkarförbund
152. Sveriges Pensionärers Riksförbund (SPRF)
153. Sveriges Psykologförbund
154. Sveriges tandläkarförbund
155. Tjänstemännens centralorganisation (TCO)
156. Ung Cancer
157. Vårdförbundet
158. Vårdföretagarna

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet **senast den 19 juni 2014**. Svaren lämnas per e-post till s.registrator@regeringskansliet.se och s.sam@regeringskansliet.se. Svaren lämnas både i pdf-format och i word-format.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i promemorian. Om remissen är begränsad till en viss del av promemorian, anges detta inom parentes efter remissinstansens namn i remisslistan. En sådan begränsning hindrar givetvis inte att remissinstansen lämnar synpunkter också på övriga delar.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att

redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria *Svara på remiss – hur och varför* (SB PM 2003:2). Den kan laddas ner från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Tony Malmborg
Departementsråd

Kopia till
Fritzes kundservice, 106 47 Stockholm

Jämtlands Läns Lands ing

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

2014-05-10

LS/476/2014

Sammanfattning av remiss Ds 2014_9 En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst

Länk till Remiss: Departementspromemoria 2014:9 En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst

Sammanfattning

I denna promemoria läggs förslag som ska leda till en förbättrad statlig kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Myndigheternas kunskapsstyrning ska bli samordnad, effektiv och anpassad till de behov patienter, brukare, olika professioner och huvudmän har. Förslagen ska också leda till en stärkt samverkan mellan statliga myndigheter sinsemellan och med kommuner och landsting. Förslagen klargör också att patienters och brukares kunskaper måste beaktas i myndigheternas arbete med kunskapsstyrning.

Kunskapsstyrning definieras i promemorian som de olika former av kunskapsstöd och bindande föreskrifter som statliga myndigheter ansvarar för och som riktar sig mot huvudmännen och den verksamhet dessa ansvarar för. Kunskapsstyrning är en förutsättning för en evidensbaserad praktik, dvs. att patienter och brukare ges vård och insatser som baseras på bästa tillgängliga kunskap. En evidensbaserad praktik där overksamma eller skadliga metoder rensats ut leder till ökad trygghet och säkerhet för patienter och brukare samt ger stora samhällsekonomiska effekter.

En viktig bakgrund till denna promemoria är Statens vård- och omsorgsutredning (dir. 2011:4) och de konstaterade problem som lyfts fram i slutbetänkandet *Gör det enklare!* (SOU 2012:33). De slutsatser och förslag som Statens vård- och omsorgsutredning lade fram har bl.a. lett till att regeringen valt att göra en stegvis reformering av myndighetsstrukturen på hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens områden. Som ett första steg inrättades Inspektionen för vård och omsorg, därefter omvandlades Apotekens service AB till E-hälsomyndigheten och i det tredje steget fördes uppgifter från Smittskyddsinstitutet och Statens folkhälsoinstitut till den nya Folkhälsomyndigheten. Denna promemoria utgör det fjärde steget i detta förändringsarbete.

Kunskapsstyrning och samverkan

En grundläggande utgångspunkt för förslagen är att kunskapsstyrning är en nyckelfråga för att möta kommande utmaningar inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Effekten av en välfungerande kunskapsstyrning visar sig i mötet mellan enskilda patienter och brukare och olika professioner. För att detta möte ska resultera i att den

enskilde får vård och insatser som vilar på bästa tillgängliga kunskap måste hela kedjan fungera, där staten är en aktör bland flera. En väl fungerande kunskapsstyrning hänger således nära samman med en välutvecklad samverkan mellan staten och ansvariga huvudmän i kommunsektorn.

Tre centrala perspektiv måste genomsyra den statliga kunskapsstyrningen, denna måste vara anpassad till patienters och brukares, olika professioners och huvudmännens behov. Eftersom individer kan ha sammansatta behov måste sambanden mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst lyftas fram och onödiga gränser mellan verksamheterna tas bort.

Förslagen som läggs i promemorian syftar till att skapa ett nytt, långsiktigt hållbart system vad gäller den statliga kunskapsstyrningen. Regeringens styrning av myndigheterna ska bli mer samlad och strategisk, framför allt genom att det formaliseras vilka krav den statliga kunskapsstyrningen ska uppfylla. Åtta statliga myndigheter (E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte), Inspektionen för vård och omsorg, Läkemedelsverket, Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) samt Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket) bedöms ha centrala roller för den statliga kunskapsstyrningen och föreslås ingå i ett strategiskt råd, Rådet för statlig kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård och socialtjänst (Kunskapsstyrningsrådet). Kunskapsstyrningsrådet har till uppgift att se till att den statliga kunskapsstyrningen är samordnad, effektiv och anpassad till de behov patienter och brukare, personal inom hälso- och sjukvård och socialtjänst samt huvudmän har. Kunskapsstyrningen ska kommuniceras på ett samordnat sätt genom effektiva kanaler. Myndigheterna ska företrädas av respektive myndighetschef och deltagandet i rådet är obligatoriskt. Dessa krav och formerna för myndigheternas samverkan föreslås bli reglerade i en förordning.

Som ett led i att minska risken för en splittrad kunskapsstyrning och öka överskådligheten av den formella regleringen på området införs en gemensam författningssamling där alla myndigheter som har föreskriftsbemyndiganden kungör sina föreskrifter. Det föreslås att Socialstyrelsens författningssamling blir den gemensamma författningssamlingen. Genom sammansättningen av myndigheter i Kunskapsstyrningsrådet breddas kunskapsstyrningens innehåll. Fortes deltagande skapar en brygga mellan forskarsamhället och myndigheterna. Genom att Inspektionen för vård och omsorg deltar kan dess erfarenheter och iakttagelser från tillsynen tas tillvara i arbetet med att utforma kunskapsstyrningen. Regeringen får genom den formella regleringen bättre förutsättningar för uppföljning av myndigheternas arbete samt möjlighet till ansvarsutkrävande.

Huvudmännen har det fulla operativa ansvaret för verksamheterna inom hälso- och sjukvård och socialtjänst men idag saknas en formell plats för dessa i de statliga myndigheternas kunskapsstyrningsarbete. En sådan plats skapas genom att det inrättas ett rådgivande organ, Huvudmannagruppen för behovsanpassad kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård och socialtjänst (Huvudmannagruppen), bestående av förtroendevalda i kommuner och landsting. Härigenom möjliggörs delaktighet i den statliga kunskapsstyrningens inriktning och utformning.

Renodling av myndigheternas uppdrag m.m.
Det föreslås även att vissa myndigheters uppdrag renodlas för att förtydliga myndigheternas roller, underlätta samverkan samt minska risken för dubbelarbete.

Socialstyrelsen får genom de förslag som läggs nya centrala uppgifter i det myndighetsgemensamma kunskapsstyrningsarbetet. Socialstyrelsens generaldirektör blir ordförande i Kunskapsstyrningsrådet och Huvudmannagruppen. Socialstyrelsen blir också utgivare av den gemensamma författningssamlingen vilket dels innebär ett redaktionellt ansvar, dels att Socialstyrelsen blir den centrala punkten för kommunicering av föreskrifter. Socialstyrelsens uppdrag förtydligas genom att vissa uppgifter flyttas till andra myndigheter. På så sätt ges Socialstyrelsen möjlighet att bli en tydlig, renodlad utvecklingsinriktad kunskapsmyndighet med expertkompetens för hälso- och sjukvård och socialtjänst och som har stabsliknade uppgifter.

SBU föreslås få ett samlat ansvar för systematiska vetenskapliga kunskapsöversikter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Detta innebär att Socialstyrelsen inte längre ska göra sådana kunskapsöversikter utan att SBU ska göra dessa på förfrågan från Socialstyrelsen. Förslaget syftar till att ge Socialstyrelsen förutsättningar att mer samlat arbeta med kunskapsstöd som vilar både på vetenskap och beprövad erfarenhet. Med det breddade uppdraget avseende socialtjänsten blir SBU:s nuvarande namn delvis missvisande. Det förslås därför att myndigheten byter namn till Statens beredning för social och medicinsk utvärdering.

Mot bakgrund av de starka samband som finns mellan hälso och sjukvård och socialtjänst och för att stärka patient- och brukarperspektivet föreslås att Myndigheten för vårdanalys uppdrag ska omfatta hela socialtjänstens område och den verksamhet som bedrivs med stöd av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Detta innebär att myndighetens namn blir delvis missvisande. Det föreslås därför att myndigheten byter namn till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Som ett led i att renodla Socialstyrelsens uppdrag ges Folkhälsomyndigheten ett samlat ansvar för smittskyddsfrågor, dvs. de myndighetsuppgifter som följer av smittskyddslagen (2004:168) inklusive de nationella vaccinationsprogrammen. Detta innebär att Folkhälsomyndigheten blir förvaltningsmyndighet för smittskyddet med ansvar för normering, förvaltningsuppgifter och beredskap inom området. En principiell utgångspunkt för den föreslagna ansvarsfördelningen är att Folkhälsomyndigheten ska ha ansvar för uppgifter som i huvudsak rör befolkningsskydd. Socialstyrelsen ska vara ansvarig myndighet för vård och behandling av och insatser till enskilda på individnivå inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Som en konsekvens av denna ansvarsfördelning föreslås även att Folkhälsomyndigheten tar över Socialstyrelsens uppdrag att vara nationell kontaktpunkt enligt WHO:s hälsoreglemente enligt lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa.

I syfte att effektivisera det administrativa stödet till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) föreslås att Socialstyrelsen blir värdmyndighet för nämnden istället för Kammarkollegiet. Nämndens ställning som en myndighet ändras inte genom detta förslag.

Genomförande och konsekvenser
De förslag som läggs innebär att flera myndigheter kommer behöva arbeta på ett nytt sätt vad gäller samverkans- och kunskapsstyrningsfrågor. För att säkerställa att de förslag som läggs leder till åsyftat resultat föreslås att Statskontoret får i uppdrag att följa och utvärdera de förändringar avseende samverkan och kunskapsstyrning som föreslås. Statskontoret bör även följa upp att den renodling som förslagen innebär leder till en ökad effektivitet och ett minskat dubbelarbete samt redovisa eventuella besparingsmöjligheter till följd av föreslagna förändringar.

De föreslagna förändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2015. Förslagen kommer att finansieras inom befintliga ramar. Förslagen att samla smittskyddsfrågorna på Folkhälsomyndigheten och ansvaret för systematiska vetenskapliga kunskapsöversikter på SBU innebär överföring av uppgifter från Socialstyrelsen till Folkhälsomyndigheten respektive SBU. Breddningen av Myndigheten för vårdanalys uppdrag innebär att medel kommer att tillföras myndigheten. Som en konsekvens av förslaget att byta värdmyndighet för HSAN kommer resurser för uppdraget att föras över från Kammarkollegiet till Socialstyrelsen.

Förslagen bedöms ge positiva effekter i kommunsektorn. Förslagen ska bidra till att huvudmännen ges ett bättre stöd för en evidensbaserad hälso- och sjukvård och socialtjänst. Detta leder både till minskade kostnader och en ökad trygghet och säkerhet för patienter och brukare. Det dubbelarbete som myndigheterna gör idag som en följd av oklara ansvarsgränser kommer att minska eller helt upphöra. Renodlade uppdrag underlättar också samverkan mellan myndigheterna vilket är en förutsättning för en effektiv och samstämd statlig kunskapsstyrning.

Hälso- och sjukvårdsstaben
Nina Fållbäck-Svensson
Tfn: 063-14 75 66
E-post: nina.fallback-svensson@jll.se

2014-05-05

Dnr LS/563/2014
Dnr 3.7-8732/2014

Socialstyrelsen
socialstyrelsen@socialstyrelsen.se
bassam.el-khouri@socialstyrelsen.se

Svar på remiss – Nationellt kunskapsstöd för vård och behandling av personer med könsdysfori

Jämtlands läns landsting, JLL, har getts möjlighet att ge synpunkter på Nationellt kunskapsstöd för vård och behandling av personer med könsdysfori - Socialstyrelsens vägledning och rekommendationer (diarienummer 3.7-8732/2014).

Socialstyrelsen har tagit fram preliminära rekommendationer och bedömningar för vård och behandling samt eftervård för vuxna personer med könsdysfori. Könsdysfori innebär att en persons könsidentitet avviker (helt eller delvis) från det kön man har registrerats som vid födseln. Antalet personer i Sverige som sökte kontakt med vården på grund av könsdysfori var ca 1000 personer 2012. I Jämtlands läns landsting är för närvarande 5 personer aktuella för utredning.

JLL ser positivt på och välkomnar att det kommer ett kunskapsstöd i denna speciella och till delar smala fråga, inte minst för att aktuella verksamheter ska kunna erbjuda vård och behandling samt rehabilitering ur ett jämlikt perspektiv i Sverige. JLL anser att detta är ett område där regional och nationell nivåstrukturering vore relevant. Det skulle ge patienterna ett gott bemötande och förutsättningar för en god och jämlik vård och behandling samt rehabilitering. JLL ser också positivt på att Socialstyrelsen arbetar med att ta fram indikatorer som är relevanta, tolkningsbara och mätbara.

I många studier beskrivs att den psykiska hälsan är låg för HBTQ personer i jämförelse med genomsnittet för befolkningen ur ett folkhälsoperspektiv. Detta visar på att vården behöver öka och förbättra kunskaperna inom ämnet för att ge ett gott bemötande till gruppen redan långt innan önskan om och utredning för könsbyte är aktuellt. Det är också bra att man tar upp frågor kring likabehandling och motverkande av diskriminering gällande alla frågor som personen kan söka hälso- och sjukvård för oavsett kön, könsöverskridande identitet, etc.

JLL kommer inte att lämna synpunkter på det rent medicinska innehållet. Rekommendationerna förefaller dock vara väl avvägda ur medicinska och etiska aspekter. Gränsdragningar i den här typen av ärenden är naturligtvis oerhört svåra, vilket också beskrivs i riktlinjerna. För vissa delar av rekommendationerna t ex när det gäller rekonstruktiv plastikkirurgi, bröstförstoring eller hårborttagning respektive hårimplantat bör man dock

kontinuerligt avväga gränsdragning i jämförelse med vad som erbjuds till andra patient-grupper inom ramarna för det offentliga åtagandet.

Riktlinjerna kommer att vara till god hjälp för de verksamheter inom landstinget som möter denna patientgrupp och kan genom detta material söka fakta, stöd och annat som de behöver i mötet med patienten.

JÄMTLANDS LÄNS LANDSTINGSSTYRELSE

Harriet Jorderud
Landstingsstyrelsens ordförande

Björn Eriksson
Landstingsdirektör

Avdelningen för kunskapsstyrning
Bassam Michel El-Khouri
Bassam.El-Khouri@socialstyrelsen.se

Mottagare: se bilaga 1

Remiss – Nationellt kunskapsstöd för vård och behandling av personer med könsdysfori

Socialstyrelsen skickar härmed Nationellt kunskapsstöd för vård och behandling av personer med könsdysfori. I detta kunskapsstöd redogör Socialstyrelsen för rekommendationer och bedömningar som avser specialiserad vård och behandling för vuxna personer med könsdysfori.

Svar senast den 15 maj 2014
Skicka synpunkter på kunskapsstödet till Socialstyrelsen senast den 15 maj 2014. Mejla gärna synpunkterna i ett Worddokument till socialstyrelsen@socialstyrelsen.se eller bassam.el-khouri@socialstyrelsen.se. Ange diarienummer 3.7-8732/2014 i remissvaret.

Bilagor
Följande bilagor finns med i mejlet:

- Nationellt kunskapsstöd för vård och behandling av personer med könsdysfori – Vägledning och rekommendationer
- Nationellt kunskapsstöd för vård och behandling av personer med könsdysfori – Metodbilaga
- Missiv

Med vänlig hälsning

Bassam Michel El-Khouri

Bilaga 1: Lista på remissinstanser

Akademiska sjukhuset i Uppsala

Amnesty

Arbetsförmedlingen

Barnens rätt i samhället

Barnombudsmannen

Brottsoffermyndigheten

Centrala studiestödsnämnden

Datainspektionen

Diskrimineringsombudsmannen

Reproduktionskliniken vid Akademiska sjukhuset i Uppsala

Reproduktionsmedicin vid Karolinska universitetssjukhuset

Fertilitetskliniken vid Norrlands universitetssjukhus

Barnlöshetsmottagning vid Norrlands universitetssjukhus

Fertilitetskliniken vid Regionsjukhuset i Linköping

Fertilitetskliniken vid Regionsjukhuset i Örebro

Fertilitetskliniken vid Sahlgrenska sjukhuset

Finansinspektionen

FPES

Föreningen KIM

Föreningen Sveriges socialchefer

Föreningen Sveriges ungdomsmottagningar

Försäkringskassan

Gotlands kommun

Universitetskanslersämbetet

INIS

IVO

Justitiekanslern

Justititeombudsmannen

Jämtlands läns landsting

Kammarrätten i Stockholm

Karolinska institutet

Karolinska universitetssjukhuset

Kronofogdemyndigheten

Landstinget Blekinge l

Landstinget Dalarna

Landstinget Gävleborg

Region Halland

Landstinget i Jönköpings län

Landstinget i Kalmar län

Landstinget i Värmland

Landstinget i Östergötland

Landstinget Kronoberg

Landstinget Sörmland

Landstinget Västernorrland

Landstinget Västmanland

Medicinska fakulteten Linköpings universitet

Medicinska fakulteten Lunds universitet

Medicinska fakulteten Umeå universitet

Medicinska fakulteten Uppsala universitet

Migrationsverket

Norrbottens läns landsting

Norrlands universitetssjukhus

Nätverket Stolta föräldrar (del av RFSL)

Patent- och registreringsverket

Patientföreningen Benjamin

Pensionsmyndigheten

Polisen

Region Skåne

RFSL.

RFSL Ungdom

RFSU

Riksdagens ombudsmän

Rikspolisstyrelsen

Sahlgrenska akademin Göteborgs

Sahlgrenska universitetssjukhuset

Sexualmedicinskt centrum

(västragötalandsregionen:

Skatteverket

Skolinspektionen

Skolverket registrator@skolverket.se

RMC Skånes Universitetssjukhus

Folkhälsomyndigheten

Social resursförvaltning Göteborgs stad – familjerätten

Socialförvaltningen i Stockholm – familjerätten

Socialstyrelsen, enheten för behörighet

Socialstyrelsens råd för vissa rättsliga, sociala och medicinska frågor

Akademikerförbundet

YSS

Statens folkhälsoinstitut

Statens medicinsketiska råd smer@regeringskansliet.se

Statistiska centralbyrån

info@andrologi.se

Svensk foniatrisk förening

Svensk förening för foniatri och logopedi sofia.norrman@gmail.com

Svensk förening för obstetrik och gynekologi

Svensk förening för sexologi

Svensk förening för transsexuell hälsa

Svensk plastikkirurgisk förening

Svensk psykiatrisk förening.

Svenska barnläkarföreningen

Svenska endokrinologföreningen

Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri

Svenska logopedförbundet

Svenska läkaresällskapet

Sveriges kommuner och landsting

Sveriges läkarförbund

Sveriges psykologförbund

Sveriges universitets- och högskoleförbund

Södra regionvårdsnämnden (omfattar landsting Halland, Blekinge, Kronoberg och Region Skåne

SÖSAM Södersjukhuset

Transportstyrelsen

Ungdomsstyrelsen

Universitetssjukhuset i Linköping

Universitetssjukhuset i Lund

Vårdförbundet

Västerbottens läns landsting

Västra Götalandsregionen

Örebro läns landsting

Nationellt kunskapsstöd för vård och behandling av personer med könsdysfori

Vägledning och rekommendationer
Stöd för styrning och ledning

Socialstyrelsen

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN 978-91-7555-174-6
Artikelnummer 2014-4-8

Publicerad www.socialstyrelsen.se, april 2014

Förord

Socialstyrelsen överlämnade 2010 rapporten *Transsexuella och övriga personer med könsidentitetsstörningar* till regeringen. Av rapporten framgår att det finns brister inom hälso- och sjukvården när det gäller bland annat vård och behandling av personer med könsdysfori. Socialstyrelsen konstaterar också att det finns stora regionala skillnader i landet när det gäller utredning och behandling och att det saknas nationella kunskapsöversikter liksom mer omfattande vårdprogram.

Mot denna bakgrund fick Socialstyrelsen 2012 i uppdrag att ta fram ett kunskapsstöd riktat till hälso- och sjukvårdens profession med rekommendationer om innehållet i utredning, vård och behandling vid könsdysfori. Kunskapsstödet skulle uppmärksamma situationen för både vuxna och barn.

Målgrupperna för kunskapsstödet är hälso- och sjukvårdens professioner och beslutsfattare inom hälso- och sjukvården. Syftet är att ge ett nationellt kunskapsstöd för att minska de regionala skillnaderna. Arbetet med att ta fram kunskapsstödet har, i den mån det har varit möjligt, följt arbetsprocessen för att ta fram nationella riktlinjer. Socialstyrelsen vill tacka alla som med stort engagemang och expertkunnande har deltagit i arbetet med detta kunskapsstöd.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

Förord 5
Sammanfattning 11
Inledning 12
Definitioner av könsdysfori och transsexualism 12
Kunskapsstödets syfte och målgrupp 13
Innehållet i kunskapsstödet 13
Så har kunskapsstödet tagits fram 14
Läsanvisning - rekommendationer och bedömningar 15
Arbete med att ta fram indikatorer pågår 16
Tillgången till vård och behandling är ojämlik över landet 16
En liten grupp med varierande vårdbehov 16
Kunskapsstödet i relation till andra svenska rekommendationer 17
Förutsättningar för god vård och behandling vid könsdysfori 18
Flera åtgärder är möjliga 18
De flesta som får behandling får bättre livskvalitet 18
Behandlingen ska anpassas efter patientens behov 19
Personer med könsdysfori ska behandlas likvärdigt med andra patienter 19
Förbud mot att diskriminera 20
Juridiska förutsättningar för ändrad könstillhörighet samt ingrepp i könsorganen 20
Användning av namn och pronomen 21
Samverkan – ansvar och roller 22
Fast vårdkontakt 22
Samverkan – en förutsättning för god vård 23
Samarbete i multidisciplinära team 23
Rätt kompetens 24
Samråd med patient 24
Utredning av könsdysfori 26
Utredningens olika steg och resultat 26
Tillgång till utredning och vård 27
Psykiatrisk och psykologisk utredning 27
Psykosocial utredning 29
Utredningstiden är individuell 30

Remiss för somatisk behandling 31
Att leva i den önskade könsrollen 32
Hjälpmedel 33
Förnyad medicinsk bedömning 34
Psykoterapi och psykosocialt stöd 35
Utredarnas dubbla roller 35
Samtalsbehandling och rådgivning 35
Åtgärder som stärker personens möjligheter att få stöd av sitt sociala nätverk 36
Stöd till närstående 37
Hormonbehandling 39
Könskonträr hormonbehandling för förbättrad livskvalitet 39
Kliniska situationer 39
Viktigt att informera patienten 40
Kroppsliga effekter av hormonbehandling 40
Riskbedömning och anpassning inför och under hormonbehandling 41
Medicinska tillstånd som kan fördröja initiering av hormonbehandling 41
Kontraindikationer och risker med hormonbehandling 42
Överväganden i samband med övertagande av egenmedicinering 44
Kirurgisk behandling 46
Könskorrigering är inte skönhetsbehandling 46
Könskorrigerande kirurgi för förbättrad livskvalitet 47
För ingrepp i könsorganen krävs prövning av rättsliga rådet 48
Kriterier för könskorrigerande operationer 49
Omfattande och begriplig information 50
Inga rekommendationer om särskilda tekniker för könskorrigerande kirurgi 51
Feminiserande bröst- och underlivskirurgi 51
Maskuliniserande bröst- och underlivskirurgi 54
Annan könskorrigerande kirurgi 56
Sexuell och reproduktiv hälsa 60
Sexologisk och sexualmedicinsk rådgivning 60
Fertilitet 61
Röst- och kommunikationsbehandling 64
Överväganden i samband med utredning och behandling 64
Logopedisk behandling 64
Feminiserande stämbandskirurgi 66
Hårborttagning 68

Livslång tillgång till primär- och specialistvård 70
Förebyggande åtgärder 70
Psykologisk, psykiatrisk och psykosocial eftervård 70
Hormonbehandling livet ut 71
Gynekologisk och urologisk vård 73
Undersökningar för att upptäcka cancer i bröst och underliv 74
Vård och behandling över landsgränser 81
Patienter från Sverige som söker vård utomlands 81
Patienter från andra länder som söker vård i Sverige 81
Utländska könsidentitetsutredningar som utgångspunkt för somatisk vård i Sverige 82
Ekonomiska konsekvenser 83
Konsekvenser för vård och behandling vid könsdysfori på en övergripande nivå 83
Konsekvenser av rekommendationer om specifika åtgärder 83
Etik för utredning och vård av personer med könsdysfori 89
Grundläggande etiska principer 89
Fyra internationell etablerade etiska principer för hälso- och sjukvård 92
Hur kan dessa principer relateras till varandra? 93
Konsekvensetik och frågan efter evidens 93
Konsekvensbedömning och frågan om patientens självbestämmande 94
Etiska kommentarer om konsensuspåståenden som medför svåra avvägningar 94
Projektorganisation 96
Projektledningsgrupp 96
Andra medverkande 96
Arbetet med etikkapitlet 97
Arbetet med det hälsoekonomiska underlaget 97
Arbetet med det vetenskapliga underlaget 97
Prioriteringsarbetet 98
Referenser 99
Bilaga 1. Termlista 101
Bilaga 2. Förtydliganden av juridiska förutsättningar 103
Dokumentation 103

Sammanfattning

I det här kunskapsstödet redogör Socialstyrelsen för rekommendationer och bedömningar när det gäller specialiserad vård och behandling för personer med könsdysfori.

Könsdysfori innebär att ens könsidentitet avviker helt eller delvis från det kön personen har registrerats som vid födseln. År 2012 hade cirka 1 000 personer kontakt med vården med anledning av könsdysfori.

Socialstyrelsen har tagit fram rekommendationer och bedömningar för utredning, vård och behandling samt eftervård för personer med könsdysfori. Sammanlagt rör det sig om ett 40-tal rekommendationer och bedömningar. De är tänkta att fungera som stöd för att alla patienter ska få likvärdig vård oavsett var i landet de bor. Vården ska baseras på en individuell bedömning och utgå från bästa tillgängliga kunskap.

Kunskapsstödet innehåller också ett kapitel om hälsoekonomiska bedömningar och ett kapitel om etik. Dessutom finns juridiska hänvisningar till olika lagrum.

Detta kunskapsstöd med preliminära rekommendationer och bedömningar gäller vuxna. Den färdiga produkten kommer dessutom att uppmärksamma situationen för barn och ungdomar.

Inledning

Kunskapsstödet fokuserar på specialiserad vård och behandling för personer med könsdysfori. Könsdysfori innebär att ens könsidentitet avviker helt eller delvis från det kön man har registrerats som vid födseln. År 2012 hade cirka 1 000 personer kontakt med vården med anledning av könsdysfori.

Definitioner av könsdysfori och transsexualism

Socialstyrelsen har valt att använda termen könsdysfori för att beskriva de tillstånd som avses i detta kunskapsstöd och förhåller sig till

- den klassifikation som utges av Världshälsoorganisationen (WHO) och som förkortas ICD (*International Classification of Diseases and Related Health Problems*) och som klassificerar både somatiska och mentala tillstånd. (Den svenska översättningen publicerades 1997 som *Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem*.) Klassifikationen uppdaterades 2011 till ICD-10-SE.
- den psykiatriska diagnosmanual som utges av den amerikanska professionsorganisationen APA (American Psychiatric Association) och som förkortas DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*).

Könsdysfori är en informell översättning av det engelska uttrycket gender dysphoria som DSM-5 tillämpar. De tillstånd som motsvarar könsdysfori i ICD-10-SE finns under rubriken ”Transsexualism och övriga könsidentitetsstörningar”. Transsexualism kan betraktas som den mest uttalade formen av könsdysfori (se till exempel [1]).

DSM-5 ersatte DSM-IV-TR i maj 2013, men har ännu inte getts ut i en svensk översättning.

Kriterierna för att ställa diagnosen hos barn å ena sidan och hos tonåringar och vuxna å andra sidan skiljer sig åt i DSM-5. När det gäller vuxna är det första nödvändiga kriteriet att det finns en bristande överensstämmelse mellan könsidentitet och anatomiskt kön. Det andra nödvändiga kriteriet är att det föreligger ett kliniskt signifikant lidande eller att tillståndet innebär nedsatt funktionsförmåga för individen.

Diagnosmanualen DSM-5 utgår inte längre från binära könsidentiteter i sina formuleringar utan ger utrymme för alternativa könstillhörigheter utanför tvåkönsnormen. Den engelska termen gender används i stället för termen sex för att inkludera personer med någon form av könsutvecklingsstörning.

I ICD-10-SE klassificeras tillstånden med tre diagnoskoder:

- transsexualism (F64.0)
- andra specificerade könsidentitetsstörningar (F64.8)
- könsidentitetsstörning ospecificerad (F64.9)

I ICD-10-SE beskrivs transsexualism på följande sätt: ”En önskan om att leva och bli accepterad som en medlem av det motsatta könet, ofta åtföljt av en känsla av obehag eller otillräcklighet med det egna anatomiska könet och en önskan om hormonell eller kirurgisk behandling för att kroppsligen likna det prefererade könet så mycket som möjligt”.

Med övriga könsidentitetsstörningar avses sådana som klassificeras under diagnoserna ”andra specificerade könsidentitetsstörningar” och ”könsidentitetsstörning ospecificerad”. Dessa koder används i de fall då en person inte uppfyller kriterierna för transsexualism i samtliga avseenden. Eftersom dessa koder endast finns av klassifikationstekniska skäl saknar dessa underkategorier beskrivningar av tillstånden.

WHO arbetar med nästa revision av ICD, ICD-11, som väntas presenteras för Världshälsoförsamlingen 2017. I samband med denna revision pågår även ett arbete internationellt med revision av avsnittet som rör könsdysfori och transsexualism.

En diagnos behöver inte vara en sjukdom

Problem som är kopplade till könsidentiteten och som en person söker vård för betecknas som diagnoser. En diagnos behöver inte nödvändigtvis vara en sjukdom, men kan ange ett vårdbehov.

En diagnos har två funktioner. Diagnosen används i patientjournalen som en beskrivning och sammanfattning av vad man kommit fram till som orsak till vårdkontakten. Den utgör också grund för hälso- och sjukvårdens statistik på olika nivåer.

Kunskapsstödets syfte och målgrupp

Detta kunskapsstöd ska stödja vårdgivarna i att

- utveckla vård och behandling för personer med könsdysfori
- tillgodose en likvärdig vård för patienterna.

De primära målgrupperna för kunskapsstödet är beslutsfattare inom hälso- och sjukvården, såsom politiker, chefstjänstemän och verksamhetschefer, samt professioner som arbetar inom området.

Innehållet i kunskapsstödet

Kunskapsstödet omfattar frågor som berör hela vårdkedjan, det vill säga från utredning och behandling till eftervård och uppföljning.

Detta preliminära kunskapsstöd gäller enbart vuxna. Den färdiga produkten ska dessutom uppmärksamma situationen för barn och ungdomar. Socialstyrelsens kunskapsstöd omfattar följande delar:

- en bedömning av grundläggande förutsättningar för utvecklingen av god vård vid könsdysfori med fokus på personens individuella behov, juridiska ramar och samverkan
- rekommendationer om specifika åtgärder, men även vägledning kring metoder och förhållningssätt

- en analys av de ekonomiska konsekvenserna av Socialstyrelsens rekommendationer och vägledningar
- en beskrivning av hälso- och sjukvårdens värdegrund och de etiska överväganden som är aktuella vid vård vid könsdysfori.

Så har kunskapsstödet tagits fram

Kunskapsstödet har tagits fram i tre steg:

1. förstudie
2. faktaarbete som resulterade i förslag på rekommendationer
3. prioriteringsarbete som resulterade i att rekommendationer fastslogs och kompletterades.

Arbetet med att ta fram rekommendationer och bedömningar har således, i den mån det har varit möjligt, följt arbetsprocessen för att ta fram nationella riktlinjer.

Kunskapsstödet grundar sig på vetenskaplig litteratur, internationella riktlinjer och rekommendationer samt beprövad erfarenhet i form av svenska experters kliniska erfarenhet.

Förstudiens syfte var att identifiera och specificera de mest centrala frågeställningar som vårdföreträdare och patienter efterfrågade rekommendationer och vägledning kring. Förstudien baserade sig huvudsakligen på en analys av intervjuer med hälso- och sjukvårdspersonal som ger vård och behandling till personer med könsdysfori i Sverige, intervjuer med företrädare för intresseorganisationer samt litteraturöversikter och internationella riktlinjer på området.

Socialstyrelsen har arbetat med två expertgrupper: en faktagrupp och en prioriteringsgrupp. Faktagruppen ansvarade för faktainsamlingen, utvärderingen av forskning och formuleringen av rekommendationerna medan prioriteringsgruppen ansvarade för att prioritera, justera och komplettera de framtagna rekommendationerna.

Både fakta- och prioriteringsgruppen bestod av en ordförande samt representanter för alla professionsområden som är involverade i vården av personer med könsdysfori. Det vetenskapliga faktaarbetet har följt samma principer som internationellt erkända aktörer arbetar efter (till exempel Cochrane Collaboration). Prioriteringsarbetet innebar att ta del av de slutsatser och de resulterande förslag till rekommendation i varje delområde som faktagruppen kommit fram till. Prioriteringsgruppen föreslog sedan att en rekommendation ska ingå i det ordinarie utbudet av vårdåtgärder. Ibland specificerades också under vilka förutsättningar en person med pågående eller tidigare könsdysfori skulle komma i fråga för en specifik åtgärd.

Dessutom utarbetade hälsoekonomer, med utgångspunkt i rekommendationerna, hälsoekonomiska bedömningar på uppdrag av Socialstyrelsen.

En utförligare beskrivning av arbetsprocessen finns i metodbilagan.

Läsanvisning - rekommendationer och bedömningar

Socialstyrelsens rekommendationer fokuserar dels på att stimulera användningen av de åtgärder som bedömts som effektiva, dels på att vara ett underlag för öppna och systematiska prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Eftersom det vetenskapliga stödet generellt varit mycket svagt och åtgärderna sällan är tydligt definierade innehåller rekommendationerna åtgärder som ofta inte är skarpt specificerade.

Resultatet från förstudien visade att många vårdrelaterade frågor även hänger nära samman med organisatoriska och juridiska frågor. När professionen och patienterna har efterfrågat vägledning i organisatoriska frågor, eller i de fall då en medicinsk fråga inte handlar om effekten av någon namngiven åtgärd, ger Socialstyrelsen därför i detta kunskapsstöd vägledning i form av olika bedömningar utifrån de beskrivna situationerna. När hälso- och sjukvårdspersonal har efterfrågat större tydlighet kring vad som gäller juridiskt i samband med vård vid könsdysfori ger Socialstyrelsen vägledning genom information om det juridiska sakläget.

I anslutning till varje rekommendation förtydligar Socialstyrelsen dessutom rekommendationens innehåll och redogör kort för de överväganden som ligger till grund för denna.

Generellt innehåller kunskapsstödet inte några referenser i anslutning till rekommendationerna, bedömningarna och motiveringarna. Däremot finns sådana referenser i de vetenskapliga underlag som är publicerade separat i metodbilagan, och som Socialstyrelsen hänvisar till i de fall det är aktuellt. I vissa fall saknas ett vetenskapligt underlag med anledning av att rekommendationerna och bedömningarna tagits fram enbart i samråd med representanter för de olika yrkesgrupper som ingått i fakta- respektive prioriteringsgruppen.

De flesta rekommendationerna och bedömningarna som tagits fram som ett konsensusbeslut baserar sig utöver de redovisade vetenskapliga underlagen på internationella riktlinjer eller rekommendationer, som är framtagna för populationen personer med könsdysfori, till exempel *Standards of Care* utgivna av professionsföreningen The *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH). I nästan samtliga fall har expertgrupperna betraktat dessa internationella riktlinjer och rekommendationer som önskvärda i den svenska vården och överförbara till svenska förhållanden.

Därför väljer Socialstyrelsens att i detta kunskapsstöd skriva att rekommendationer eller bedömningar ”är baserade på internationella riktlinjer och rekommendationer samt beprövad erfarenhet”. Tillägget beprövad erfarenhet refererar då till klinisk praxis som professionen uppfattar som effektiv och gynnsam för patientens välbefinnande. Det kan också referera till att professionen är övertygad om att rekommendationen eller bedömningen kommer att leda till en effektiv och välanpassad vård.

Både rekommendationer och bedömningar utgår från den ovan beskrivna strukturerade prioriteringsprocessen.

Vårdens utformning skiljer sig mellan olika landsting i Sverige. De inledande texterna i varje kapitel är därför en beskrivning av hur vårdprocessen ser ut i idealfall som de medverkande experterna har faktagranskat och ställt sig bakom.

Arbete med att ta fram indikatorer pågår

För närvarande finns det inte några indikatorer utvecklade och kopplade till de rekommendationer som tagits fram av Socialstyrelsen. Däremot pågår ett arbete med att inrätta ett kvalitetsregister som kan utgöra en grund för framtida uppföljning (könsdysforiregistret).

För att öka tillgången till information om hälso- och sjukvårdens processer, resultat och kostnader tar man hjälp av indikatorer. Önskvärda egenskaper hos indikatorer är att de är relevanta, tolkningsbara och mätbara. Genom öppna jämförelser och nationella utvärderingar ska indikatorerna stimulera till förbättringar inom hälso- och sjukvården. På grund av att den vetenskapliga evidensen för de framtagna rekommendationerna i kunskapsstödet är svag är det särskilt viktigt att valida indikatorer används i uppföljningssyfte, inte minst för att åstadkomma den jämlika vård som kunskapsstödet syftar till.

Tillgången till vård och behandling är ojämlik över landet

Socialstyrelsen konstaterar i rapporten *Transsexuella och övriga personer med könsidentitetsstörningar* [2] att det finns brister inom hälso- och sjukvården när det gäller vård och behandling av transsexualism och övriga personer med könsidentitetsstörningar. Av rapporten framgår också att det finns stora regionala skillnader när det gäller utredning och behandling. Det framgår också att väntetiderna för att inleda en behandling och befintliga resurser för utredning och behandling skiljer sig åt mellan landstingen.

Vidare framkommer det att det finns betydande skillnader i möjligheten att få behandling under utredningstiden liksom i innehållet i den behandling som erbjuds patienterna. Dessutom saknas nationella kunskapsöversikter liksom mer omfattande vårdprogram. Vård och behandling baseras i stället i huvudsak på klinisk erfarenhet och i mindre omfattning på vetenskapligt stöd.

Enligt rapporten var diagnosen transsexualism då avgörande för att en person skulle erhålla någon vård och behandling. Det innebar att vårdförloppet kunde komma att avslutas för personer som inte uppfyllde diagnosens kriterier trots att även dessa personer upplevde behov av vård och behandling.

En liten grupp med varierande vårdbehov

Den nationella statistiken visar att antalet personer som erhållit de olika diagnoskoderna har ökat under de senaste åren (Socialstyrelsens patientregister). Under år 2012 hade 975 vuxna och 70 barn registrerats med diagnosen transsexualism eller övrig könsidentitetsstörning.

Av barnen hade hälften diagnosticerats med transsexualism och hälften med antingen annan specificerad könsidentitetsstörning eller ospecificerad könsidentitetsstörning. Av de vuxna hade tre fjärdedelar fått diagnosen transsexualism. De övriga hade nästan uteslutande fått diagnosen ospecificerad könsidentitetsstörning.

Fram till 2012 ansökte cirka 50 till 70 personer per år om ändrad könstillhörighet hos Socialstyrelsens rättsliga råd (vanligen kallat rättsliga rådet) som fattar beslut i dessa frågor. Nästan alla ansökningar har godkänts av rättsliga rådet. Under 2013 ökade antalet ansökningar markant då 170 personer ansökte om ändrad könstillhörighet. Av de 125 redan behandlade ansökningarna har 120 godkänts (februari 2014).

Både den hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar med personer med könsdysfori och intresseorganisationer uppger att det troligtvis är så att en del av dem som har någon form av könsidentitetsproblematik inte vågar eller vill söka sig till hälso- och sjukvården i Sverige. En möjlig förklaring till det ökade antalet vårdsökande kan vara minskad rädsla eller tvekan, sedan steriliseringskravet för att ändra den juridiska könstillhörigheten togs bort.[1]

Kunskapsstödet i relation till andra svenska rekommendationer

Den nationella professionsföreningen Svensk förening för transsexuell hälsa (SFTH) publicerade 2007 för första gången ett vårdprogram som ska fungera som stöd och vägledning för dem som arbetar med könsbytesutredningar i Sverige och som senast uppdaterades 2012. Detta vårdprogram är mycket kortfattat, men innehåller en del rekommendationer om hur man inom föreningen anser att vården bör utformas.

Syftet med Socialstyrelsens kunskapsstöd är att minska de regionala skillnaderna och kan även tjäna som stöd vid en uppdatering av nuvarande vårdprogram och för rättsliga rådets arbete.

[1] Lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall ändrades från och med den 1 juli 2013 och det är numera inte längre ett krav att en person som ska ändra sin könstillhörighet måste ha steriliserats eller av någon annan orsak sakna fortplantningsförmåga.

Förutsättningar för god vård och behandling vid könsdysfori

Flera åtgärder är möjliga

Vårdprocessen vid könsdysfori kan delas in i faserna utredning, behandling och eftervård/uppföljning. Vårdkedjan innebär oftast kontakt med vårdpersonal som inte är specialiserad på könsdysfori och som saknar särskilda kunskaper på området. Detta gäller både initialt inför utredning och i möten med vårdpersonal utanför den direkta könskorrigerande vårdprocessen.

En rad olika behandlingsåtgärder kan erbjudas till personer som söker vård med anledning av könsdysfori. Hur många och vilka typer av interventioner som är lämpliga och den ordning de genomförs i, varierar mellan olika individer. Följande interventioner kan erbjudas:

- **psykoterapeutiska och psykosociala interventioner** för att utforska den egna könsidentiteten, könsrollen och könsuttrycken, att hantera könsdysforins negativa inverkan på den psykiska hälsan, att komma tillrätta med ett internaliserat förakt för normöverskridande könsidentiteter, att få hjälp av det sociala nätverket och andra personer i liknande situationer, att förbättra kroppsbilden eller att kunna hantera psykiska påfrestningar
- **hormonbehandling** för att fördröja puberteten, feminisera eller maskulinisera kroppen och sinnet
- **plastikkirurgi** för att förändra primära eller sekundära könskarakteristika
- **röst och kommunikationsbehandling** för att förbättra möjligheterna att uppfattas som en person av det önskade könet i samspel med andra människor
- **hårborttagning hos personer med manligt födelsekön** för att förbättra möjligheterna att uppfattas som mer kvinnlig.

De flesta som får behandling får bättre livskvalitet

Det övergripande målet med könskorrigerande vård och behandling är att individer ska kunna leva som de personer de upplever sig vara och därmed uppnå en god livskvalitet. Därför syftar vården för könsdysforiska personer till att minska könsdysforin och det lidande som den innebär.

Av dem som fått diagnosen transsexualism och genomgått behandling upplever de allra flesta att könsdysforin minskar samt att deras psykologiska funktion, psykiska och sexuella hälsa, livskvalitet och arbetsförmåga förbättras [1].

Det är få personer som ångrar behandlingen. Det visar både svenska [3, 4] och internationella erfarenheter (se till exempel [5, 6]). De personer som ångrar sig är ofta de där operationsresultaten varit mindre lyckade när det gäller funktion och utseende [7] eller där personen saknat stöd från sitt sociala nätverk [8].

Behandlingen ska anpassas efter patientens behov

Av 2 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, framgår att all vård och behandling, så långt det är möjligt, ska utformas och genomföras i samråd med patienten samt bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Rätten till information och inflytande är avgörande för patientens möjlighet att utöva sitt självbestämmande och vara delaktig i vården [9].

När det finns flera behandlingsalternativ som är likvärdiga utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet ska landstinget ge patienten möjlighet att välja det alternativ som personen föredrar om kostnaden för behandlingen framstår som befogad (3 a § första stycket HSL och 6 kap 7 kap § patientsäkerhetslagen [2010:659], PSL).

Den som ansvarar för hälso- och sjukvården för en patient ska medverka till att patienten ges möjlighet till att få vård.

Patientens behov avgör valet av åtgärder

Individuell anpassning av behandlingen innebär att det är patientens behov som är avgörande inför beslutet om varje enskild åtgärd. De åtgärder som beskrivs i detta kunskapsstöd kan generellt vara aktuella för alla personer med könsdysfori oavsett klassificering enligt ICD-10, undantaget de som regleras på annat sätt av lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet, såsom ingrepp i könsorganen. Det är dock viktigt att matcha den enskilda patientens behov (utifrån personens lidande) med det behov som en specifik åtgärd är avsedd att tillfredsställa, så att inga patienter går miste om vård de behöver eller får vård de inte behöver. Det är den enskilda personens situation och behov som ska styra vilken behandling som ska ges. Två individer med samma diagnos behöver inte per automatik ges samma vårdåtgärder. En viss diagnos ger alltså inte automatiskt tillgång till samtliga vårdåtgärder som finns för personer med könsdysfori. Samtidigt innebär en viss diagnos inte heller att man faktiskt behöver samtliga vårdåtgärder som finns för personer med könsdysfori.

Personer med könsdysfori ska behandlas likvärdigt med andra patienter

Det är vanligt att hälso- och sjukvården särbehandlar personer med könsdysfori [2]. PSL och HSL gäller för alla patienter. Därför ska personer som behandlas för könsidentitetsfrågor inte särbehandlas när de söker vård för andra problem än sådana som är relaterade till könsdysforin. De ska inte heller

särbehandlas när det gäller möjligheten att delta i förebyggande åtgärdsprogram som cancerscreening.

Förbud mot att diskriminera

Diskrimineringslagen (2008:567) innehåller bestämmelser som syftar till att motverka diskriminering och repressalier, som en enskild riskerar att utsättas för inom en rad samhällsfunktioner, till exempel hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Av 1 kap. 1 § i diskrimineringslagen framgår att lagen ska motverka diskriminering på grund av kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionshinder, sexuell läggning eller ålder.

Särskilt utsatta grupper

Personer med könsdysfori som vistas i Sverige utan tillstånd kan vara en särskilt utsatt grupp. Det kan röra sig om personer som exempelvis har påbörjat en hormonbehandling utomlands och som vid vistelsen i Sverige är beroende av att behandlingen fortgår.

Landstingen ska erbjuda både asylsökande och utländska medborgare som vistas i Sverige utan nödvändigt tillstånd hälso- och sjukvård. För den som har fyllt 18 år är hälso- och sjukvården dock begränsad till vård som inte kan anstå, mödrahälsovård, vård vid abort och preventivmedelsrådgivning (se lag [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).

Andra grupper av könsdysforiska personer som kan vara särskilt utsatta är till exempel äldre personer som relativt sent i livet tagit kontakt med hälso- och sjukvården avseende sin könsdysfori, personer med intellektuell funktionsnedsättning, hemlösa, personer med missbruksproblem och personer som bor på institution. Dessa omständigheter som innebär särskild utsatthet är dock inget hinder för att tillgodose människors vårdbehov. I stället bör hälso- och sjukvården hitta individuella lösningar för att ändå kunna ge god vård vid könsdysfori.

Juridiska förutsättningar för ändrad könstillhörighet samt ingrepp i könsorganen

Av 1 § lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall, förkortad könstillhörighetslagen, framgår att en person kan få fastställt att personen har en annan könstillhörighet än den som framgår av folkbokföringen.

Detta kan ske under förutsättning att personen

1. sedan en lång tid upplever att han eller hon tillhör det andra könet
2. sedan en tid uppträder i enlighet med denna könsidentitet
3. måste antas komma att leva i denna könsidentitet även i framtiden
4. har fyllt arton år.

Ansökningar om fastställelse av ändrad könstillhörighet prövas enligt 5 § könstillhörighetslagen av Socialstyrelsen. Det är Socialstyrelsens råd för vissa rättsliga, sociala och medicinska frågor (rättsliga rådet) som prövar ansökningar om fastställelse av ändrad könstillhörighet. I samband med att någon ansöker om att få sitt kön fastställt kan rådet även ge tillstånd till att ingrepp görs i könsorganen för att göra dem mer lika det andra könets. Tillstånd får även ges till att ta bort könskörtlarna. Beslut från rättsliga rådet kan överklagas till Förvaltningsrätten i Stockholm.

Det finns inget explicit krav på att en sökande ska vilja genomgå ett ingrepp i könsorganen. Detta betyder att ingen ska behöva tvingas genomgå kirurgiska ingrepp för att få sin juridiska könstillhörighet ändrad (prop. 2011/12:142). Om den sökande inte har fyllt 23 år får tillstånd till att avlägsna könskörtlarna endast ges om det finns synnerliga skäl (4 a § könstillhörighetslagen).

Könstillhörighetslagen reglerar en administrativ process vars syfte är att korrigera uppgifter om sökandes kön i folkbokföringen. Den medicinska delen av könstillhörighetsändringen regleras inte – förutom tillståndet till den könskorrigerande operationen – i könstillhörighetslagen (se SOU 2007:16, Ändrad könstillhörighet- förslag till ny lag, sid. 200).

Rättsliga rådet kan endast bifalla ansökningar om ändrad könstillhörighet från personer som är folkbokförda i Sverige (3 § könstillhörighetslagen). Enligt tidigare gällande lagstiftning kunde endast ansökningar från svenska medborgare bifallas. Men genom den lagändring som trädde i kraft den 1 januari 2013 kan även utländska medborgare som är bosatta i Sverige få ett beslut om fastställelse av ändrad könstillhörighet i Sverige.

Det är individens ansvar att ansöka om ändring av könstillhörighet

Den som ansöker om att få ändrad könstillhörighet måste själv styrka att hon eller han når upp till de i lagen angivna kriterierna. Det framgår inte i lagen hur detta ska kunna styrkas. Den enskilda är fri att åberopa den hon eller han vill för att styrka att kriterierna är uppfyllda. Det är sedan en fråga för rättsliga rådet att ta ställning till om ansökan ska beviljas eller avslås.

Det är personen själv som ska ansöka om fastställelse av könstillhörighet och tillstånd för ingrepp. Hälso- och sjukvårdspersonalen kan i dessa situationer vara rådgivande.

Användning av namn och pronomen

All hälso- och sjukvård ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet (2 § HSL). Vid vård av personer med könsdysfori är det viktigt att man bekräftar personens könsidentitet. En enkel åtgärd kan vara att använda det tilltalsnamn och det pronomen som personen har valt. Detta gäller både i den direkta kontakten med personen och i samband med dokumentationen av vårdkontakten.

Samverkan – ansvar och roller

God vård av personer med könsdysfori förutsätter ett helhetstänkande. Därför är samverkan mellan de olika kompetenser som bidrar till denna vård mycket viktig. Det är exempelvis vanligt att personen under första delen av könskorrigeringen möter ett utredningsteam som utreder personens tillstånd och förutsättningar från psykiatriska, psykologiska och sociala perspektiv samt samråder innan psykiater, psykolog och kurator gör en gemensam bedömning. Under utredningstiden etableras ofta kontakt med en endokrinolog för att inleda hormonbehandling och med en plastikkirurg (för mastektomi hos personer med kvinnligt födelsekön). I ett senare skede kan personen få kirurgisk vård vid ett av de sjukhus som har specialiserat sig på könskorrigerande genitalkirurgi där vanligtvis endokrinologer, plastikkirurger och gynekologer samarbetar för bästa möjliga plastikkirurgiska resultat.[2]

Fast vårdkontakt

Ett system för samordning av vården är viktigt för att samverkan ska fungera. Verksamhetschefen inom vårdinrättningen ska enligt 29 a § HSL säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Om det är nödvändigt för att tillgodose dessa behov, eller om patienten begär det, ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt för patienten. Patientens önskemål om vem som ska vara den fasta vårdkontakten ska tillgodoses så långt det är möjligt (prop. 2009/10:67 s. 61). Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår att vårdgivaren ska identifiera de processer i verksamheten som behövs för att säkra dess kvalitet och där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada (4 kap 6 §). En sådan process kan till exempel vara en fast vårdkontakt. Av föreskrifterna framgår även att vårdgivaren ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Det kan till exempel vara processer som förhindrar att patienten inte får adekvat vård eller faller mellan stolarna mellan olika vårdgivare.

Individuell plan från utredning till eftervård

När den enskilda har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten ska landstinget tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om landstinget eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilda ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilda samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. Av planen ska det framgå vilka insatser som behövs

[2] Om det inte hänvisas till lagbestämmelser och inget annat anges grundar sig innehållet i följande kapitel på en sammanställning av vetenskaplig litteratur, internationella riktlinjer och rekommendationer samt beprövad erfarenhet i form av svenska experters kliniska erfarenhet.

och som respektive huvudman ska ansvara för, vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen och vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen (3 f § HSL).

Landstingen respektive kommunerna har vidare en skyldighet att erbjuda rehabilitering och hjälpmedel till funktionshindrade. Rehabilitering samt tillhandhållande av hjälpmedel ska planeras i samverkan med den enskilda. (HSL 3b § och 18 b §).

I 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2007:10) om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering föreskrivs att landstinget och kommunen gemensamt ska utarbeta rutiner för samordning av habiliterings- och rehabiliteringsinsatser för enskilda.

Samverkan – en förutsättning för god vård

Samverkan inom vården vid könsdysfori kan handla om aktiviteter och information som överskrider gränser inom eller mellan organisationer. Det kan röra sig om allt från att ha regelbundna möten för gemensam information via formella överenskommelser om gemensamma vårdprogram eller att inrätta gränsöverskridande multidisciplinära team, till administrativa åtgärder som samlokalisering, gemensamma kunskapsdatabaser och så vidare. Sådan samverkan kan ske på både regional och nationell nivå.

Att ge vård vid könsdysfori bör också bygga på en gemensam diskussion om värdegrund och etik. Behovet av samverkan mellan olika professioner måste bedömas för varje enskild patient i relation till personens unika behov, önskemål och övriga förutsättningar.

Samarbete i multidisciplinära team

I ett multidisciplinärt team samarbetar representanter för olika yrkesgrupper kring en patient. En central uppgift för teamet är bland annat att samordna de insatser som ges till patienten och i vissa fall även till närstående. Det finns många olika sätt att organisera arbetet. I dag är det vanligt att psykiater, psykologer och kuratorer i samband med könsidentitetsutredningen träffar patienten vid olika tillfällen och rådgör med varandra för att kunna ge en allsidig bedömning inför en eventuell diagnos.

Samarbete i multidisciplinära team utgör en central del i samverkan mellan olika vårdgivare och är en nödvändig grund för en god vård vid könsdysfori. Hälso- och sjukvården behöver därför ta ställning till hur ett sådant arbete bör utformas för att kunna möta patienters fysiska, psykiska och sociala behov.

Här gör Socialstyrelsen följande bedömning.

Socialstyrelsens bedömning
Kunskaps- och erfarenhetsutbyte och samarbete mellan utredningsteamen, endokrinologer, logopeder, foniater, hudterapeuter, gynekologer och kirurger med flera, bidrar till att göra vården av könsdysforiska personer bättre.

Socialstyrelsens bedömning baseras på resultat från en verksamhetsanalys av processen för vård och behandling av könsdysfori i samband med förstudien samt på beprövad erfarenhet.

Rätt kompetens

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav (6 kap 1 § PSL). De som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen bär själva ansvaret för hur de fullgör sina arbetsuppgifter (6 kap. 2 § PSL).

Där det bedrivs hälso- och sjukvård ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges (2 d § HSL).

Samråd med patient

All vård och behandling av personer med könsdysfori ska på samma sätt som all hälso- och sjukvård, så långt det är möjligt genomföras i samråd med patienten (2 a § andra stycket HSL).

Information – en förutsättning för samråd

Varje patient ska ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder som finns för undersökning, vård och behandling (2 b § HSL och 6 kap. 6 § PSL). Informationen får inte ges slentrianmässigt utan måste anpassas efter den aktuella patientens förutsättningar och behov. Informationen ska alltid vara anpassad till patientens individuella behov och måste därför med nödvändighet ges varierande innehåll och utformning (prop. 1998/99:4 Stärkt patientinflytande s. 25).

Det betyder att i möjligaste mån anpassa språk, medium och andra kommunikationsmedel till varje patients hälsotillstånd, mognad och erfarenhet, kognitiva förmåga, funktionsförmåga samt kulturella och språkliga bakgrund. Nära kopplat till detta är olika former av återkoppling och uppföljning av om och hur patienten har uppfattat den information som ges, för att till exempel kunna förtydliga och komplettera informationen. Det är därför angeläget att försöka få en uppfattning om vilka föreställningar, farhågor och förväntningar enskilda patienter har på sin kontakt med vården [9].

Patientens val ska vara avgörande när det finns flera medicinskt motiverade behandlingsalternativ som bedöms vara av nytta för patienten med hän-

syn till den aktuella sjukdomen eller skadan. Patienten kan dock inte göra anspråk på att behandlas enligt metoder som inte anses stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Patienten kan normalt inte heller kräva att få behandling på annat håll om landstinget kan erbjuda ett eller flera behandlingsalternativ som uppfyller kraven på vetenskap och beprövad erfarenhet. Proportionerna mellan kostnader och förväntad nytta måste vara rimliga när det finns flera alternativ. Den som har ansvar för hälso- och sjukvården av patienten avgör om och i så fall vilka av patientens formulerade behandlingsalternativ som kan erbjudas (prop. 1998/99:4 Stärkt patientinflytande s. 25).

Utredning av könsdysfori

All behandling av könsdysfori inleds med en utredning, på begäran av patienten själv.

En utredning av könsdysfori innehåller psykiatriska, psykologiska och sociala delar. Syftet med utredningen är att bedöma

- om och i vilken utsträckning patienten lider av könsdysfori
- om det finns psykisk ohälsa som måste behandlas
- hur patientens psykosociala förutsättningar att genomgå behandling ser ut.

I utredningsteamets uppgifter ingår också att ge information om olika könsidentiteter, könsuttryck och möjliga medicinska interventioner.

Personer med könsdysfori kontaktar vården av olika anledningar. Oavsett skälet är det viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen är förtrogen med vad problem kopplade till könsidentitet kan innebära, är uppmärksam på heteronormativa antaganden och språkbruk samt är lyhörd och respektfull i kontakten med patienten.[3]

Utredningens olika steg och resultat

I inledningsskedet träffar patienten vanligtvis psykiater, psykolog och kurator vid ett flertal tillfällen. Psykologen eller psykiatern försöker också med differentialdiagnostiska metoder utesluta att personen huvudsakligen lider av något annat än könsdysfori.

Utredningen behöver inte resultera i någon diagnos alls, men kan också resultera i en formell diagnos som är relaterad till könsdysfori, i andra diagnoser som beskriver patientens hälsa och psykosociala anpassning eller både och (se även kapitlet *Inledning*).

Om utredningsteamet konstaterar könsdysfori kan teamet därefter ta ställning till om patienten behöver könskorrigerande behandling och remittera patienten till den del av vården som är specialiserad på den somatiska delen av behandlingen.

När könsdysfori konstaterats kan alltså hormonbehandling med könskonträra hormoner inledas. Även vissa andra ingrepp, som hårborttagning, röstträning, borttagande av brösten och reduktion av adamsäpple, kan ske redan då oberoende av patientens avsikt att senare ansöka om tillstånd till ingrepp i könsorganen.

De personer som önskar juridisk fastställelse av ändrad könstillhörighet och eventuellt vill få tillstånd att göra ingrepp i underlivet inleder vanligtvis efter att diagnosen ställts en period då de lever i den könsroll de vill bli bekräftade i. Och de som redan lever på detta sätt fortsätter med det.

[3] Om det inte hänvisas till lagbestämmelser och inget annat anges grundar sig innehållet i följande kapitel på en sammanställning av vetenskaplig litteratur, internationella riktlinjer och rekommendationer samt beprövad erfarenhet i form av svenska experters kliniska erfarenhet.

Tillgång till utredning och vård

Det är vanligt att personer som har funderingar kring sin könsidentitet först vänder sig till primärvården eller allmänpsykiatrin. Ibland kan även ideella organisationer, ungdomsmottagningar eller elevhälsan vara de aktörer som personer med könsidentitetsproblematik först kontaktar. Eftersom problem kopplade till könsdysfori kan kräva mycket specifik expertis och erfarenhet är det viktigt att personal inom dessa verksamheter remitterar patienter till de specialiserade utredningsteamen om det finns misstanke om könsdysfori. Det kan även vara aktuellt att den enskilda vänder sig direkt till ett utredningsteam.

Möjlighet att utforska sin könsidentitet

Människor ska inte behöva avstå från att söka vård för att de är rädda för att bli avvisade på grund av den osäkerhet de upplever kring sin könsidentitet. Osäkerhet är inget hinder, tvärtom en möjlighet, till att utforska könsidentiteten och ett viktigt inslag i utredningen. Därför är det viktigt att potentiella patienter på ett lättillgängligt sätt får information om att vården erbjuder denna möjlighet.

Syftet med de explorativa inslagen, för den som önskar, är att hjälpa personen att nå större självacceptans samt att visa på vägar att aktivt närma sig den nya könsrollen. Det kan handla om att finna uttryck för denna könsroll på ett övergripande plan, men även mer konkret genom att fundera på eventuella medicinska åtgärder.

Det är viktigt att hälso- och sjukvården tillhandahåller hjälp med att utforska sin könsidentitet redan innan en formell könsidentitetsutredning startas. Denna åtgärd kan vidare vara aktuell under själva utredningsperioden (se även rekommendationen i kapitlet *Psykoterapi och psykosocialt stöd*).

Psykiatrisk och psykologisk utredning

Den psykiatriska och psykologiska utredningens syfte är att, tillsammans med patienten, undersöka kognitiva, emotionella och personlighetsmässiga aspekter som kan underlätta eller försvåra för individen att genomföra den könskorrigerande behandlingen eller att finna tillfredsställelse i det framtida könsuttrycket.

Inom ramen för den psykiatriska och psykologiska delen av utredningen fokuserar man på personens könsidentitet, bakgrund och utveckling av könsdysforiska känslor och hur problematiken påverkar det psykiska välbefinnandet. Detta förutsätter att vårdpersonalen är utbildad i att utreda och diagnosticera även de psykiska besvär som kan förekomma vid sidan av könsidentitetsproblematiken. Genom detta sätt att kartlägga personens psykiska hälsa kan psykiatern eller psykologen i möjligaste mån utesluta att de könsdysforiska symtomen är sekundära, eller fångas bättre av andra diagnoser (se även kapitlet *Inledning*).

Här gör Socialstyrelsen följande bedömning.

Socialstyrelsens bedömning
All diagnostik bör utföras av vårdpersonal med kompetens i att använda DSM-5 (Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders) eller ICD-10 (International Classification of Diseases). Den som ställer diagnosen bör också ha en dokumenterad förmåga att känna igen och diagnostisera samexisterande psykiska problem och differentialdiagnoser samt ha god kännedom och erfarenhet av könsdysfori alternativt handledas av en person som har det.

Socialstyrelsens bedömning är baserad på internationella riktlinjer och rekommendationer samt beprövad erfarenhet.

Det är viktigt att vara medveten om att könsdysforiska personer också kan ha annan psykisk ohälsa, som ibland hänger samman med eller till och med har orsakats av att personen har lidit av könsdysfori under lång tid och den diskriminering personer som på något sätt avviker från heteronormen kan uppleva. Det kan till exempel handla om problem som oro och ångest, depression, självskadebeteende, traumatiska erfarenheter som barn, tvångstankar, missbruk, personlighetsstörningar, ätstörningar, psykoser och autismspektrumsstörningar. Följaktligen är det centralt att vårdpersonal med psykiatrisk kunskap arbetar differentialdiagnostiskt för att upptäcka sådana svårigheter och hantera dem inom ramen för den övergripande behandlingsplanen.

Som all hälso- och sjukvård ska de psykologiska och psykiatriska delarna av utredningen vara individanpassade. Detta innebär bland annat att endast de utredningsmetoder som är motiverade för att ringa in det aktuella tillståndet eller de aktuella tillstånden bör användas för att ställa diagnos och i förlängningen kunna erbjuda lämpliga åtgärder.

Här gör Socialstyrelsen följande bedömning.

Socialstyrelsens bedömning
De psykologiska och psykiatriska delarna av utredningen för misstänkt könsdysfori genomförs lämpligast med hjälp av utredande samtal och valida utredningsmetoder. Standardiserade och normerade test kan ingå.

Socialstyrelsens bedömning är baserad på internationella riktlinjer och rekommendationer samt beprövad erfarenhet.

Om patienten anses ha behov av psykologisk eller psykiatrisk behandling är det viktigt att tillgodose detta antingen inom utredningsteamet eller genom remiss till andra verksamheter där sådan kompetens finns.

Det är lämpligt att den psykologiska delen av utredningen utförs av en psykolog med god kännedom om psykologisk testmetodik och om patienter med könsdysfori. Om detta inte är möjligt kan psykologen handledas av en person med dessa kompetenser.

Psykisk ohälsa är i sig inget hinder för utredning eller behandling

Om en person även har psykisk ohälsa kan det vara en allvarlig källa till lidande. Om den psykiska ohälsan förblir obehandlad kan den också försvåra kartläggningen av könsidentiteten och behandlingen av könsdysforin. Därför är det viktigt att erbjuda personen stöd och behandling för att komma tillrätta med dessa problem och kunna fortsätta den eventuella könskorrigeringen.

Personal med psykiatrisk eller psykologisk kompetens kan förväntas kunna identifiera psykisk ohälsa och, om det är indikerat, antingen själva ordinera läkemedel eller andra åtgärder, eller remittera till någon annan professionsföreträdare med förskrivningsrätt.

Olika typer av psykisk ohälsa kräver en anpassad organisation för behandling

På vilket sätt det är lämpligt att ta hand om psykiska problem avgörs av tillståndens karaktär. Det centrala är att förhindra att patienter faller mellan stolarna och därmed inte får den vård de behöver på grund av sin samsjuklighet.

Här gör Socialstyrelsen följande bedömning.

Socialstyrelsens bedömning

Psykiatriska tillstånd som bedöms vara relaterade till könsdysforin hos patienten, som depression, ångestsjukdomar, suicidbenägenhet eller posttraumatiska tillstånd, kan med fördel för patienten behandlas av utredningsteamet, om inte någon särskild kompetens eller resurs behövs vid behandlingen.

Andra psykiatriska tillstånd som normalt inte förknippas med könsdysfori, som till exempel schizofreni, schizoaffektiv störning eller andra allvarliga psykiatriska tillstånd, kan lämpligen remitteras och behandlas utanför teamet.

Socialstyrelsens bedömning är baserad på en verksamhetsanalys av processen för vård och behandling av könsdysfori samt beprövad erfarenhet.

Psykosocial utredning

Utredningsprocessen innehåller också element där fokus ligger på psykosociala faktorer, som tillgången till stöd från familj, vänner och övrigt socialt nätverk. Man tittar även efter eventuella sociala problem som skulle kunna utgöra hinder för könskorrigeringen.

Syftet med den psykosociala delen i utredningen är att tillsammans med individen undersöka personens psykosociala resurser som kan underlätta eller försvåra en könskorrigerande behandling och ett framtida liv i det tänkta könet. Utredningen syftar även till att utröna vilka icke-mediciniska behov

personen har för att behandlingen ska lyckas samt hur dessa behov kan mötas med stödinsatser från hälso- och sjukvården eller socialtjänsten.

Här gör Socialstyrelsen följande bedömning.

Socialstyrelsens bedömning

Psykosociala dimensioner som är relevanta att undersöka i samband med utredningar för misstänkt könsdysfori kan, men behöver inte alltid, inkludera aktuell social situation avseende: ekonomi, boende, sysselsättning, relationer, barn och framtidsplanering. Utredningen kan inkludera möten med närstående.

Socialstyrelsens bedömning är baserad på internationella riktlinjer och rekommendationer samt beprövad erfarenhet.

Som all hälso- och sjukvård ska den psykosociala delen av utredningen vara individanpassad. Detta innebär bland annat att den kan, men inte nödvändigtvis behöver, involvera kontakt med patientens närstående. Innan hälso- och sjukvårdspersonal tar kontakt med närstående är det viktigt att inhämta samtycke från patienten. Bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt inom hälso- och sjukvården finns i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL, och patientsäkerhetslagen (2010:659).

Utredningstiden är individuell

Den tid som utredningen tar är individuell. Hos vissa individer står det tidigt klart att personen är könsdysforisk i hög grad, inte verkar ha några andra problem som riskerar att hindra behandlingen vid könsdysfori och har de övriga förutsättningar som krävs för att genomgå en könskorrigering. Sådana personer kan ofta inleda kroppsmodifierande behandlingar relativt snart. I andra fall kan det vara motiverat med en mer omfattande utredning. Det är också viktigt att eventuella andra svårigheter som psykisk ohälsa eller bristande socialt stöd hanteras tillräckligt väl för att personen ska kunna remitteras till somatisk behandling. En relativt lång utredningsperiod måste dock alltid vägas mot de psykiska påfrestningar som väntan och ovissheten ofta innebär.

Här gör Socialstyrelsen följande bedömning.

Socialstyrelsens bedömning
Utredningstiden bör vara individanpassad till personens sociala och medicinska omständigheter. Man bör vara särskilt aktsam innan man inleder behandling som innebär fysisk förändring hos patienter som just börjat utforska sin identitet eller sitt alternativa könsuttryck. Det är inte nödvändigt för personen att ha haft en livslång kännedom om sin könsdysfori, men försiktighet krävs om dysforin är episodisk eller nyupptäckt.

Socialstyrelsens bedömning är baserad på internationella riktlinjer och rekommendationer samt beprövad erfarenhet.

Även om det inte går att säga på förhand exakt hur länge utredningen kommer att pågå är det viktigt att patienten känner trygghet och kontroll över sin vårdprocess genom att kontinuerligt få relevant information och möjlighet till inflytande.

Här gör Socialstyrelsen följande bedömning.

Socialstyrelsens bedömning
Att kontinuerligt under utredningsgången förklara för den könsdysforiska personen vilka utredningsmetoder som kommer att vara aktuella, varför de används och när kan bidra till en bättre utredning genom en bättre allians, ökad livskvalitet och förbättrad psykisk hälsa. Denna tydlighet från vårdens sida gäller såväl vårdplanering och diagnostiska bedömningar som tidsplanering för när eventuella könskorrigerande åtgärder kan starta.

Socialstyrelsens bedömning är baserad på internationella riktlinjer och rekommendationer samt beprövad erfarenhet.

Remiss för somatisk behandling

Har könsdysfori konstaterats är det viktigt att personal från utredningsteamet hjälper personer som överväger somatisk behandling genom att vägleda dem, ge stöd i att fatta informerade beslut och förbereda dem både psykiskt och praktiskt.

Om personen är i fertil ålder är det viktigt att ställa frågor kring familjebildning och, om det är aktuellt, diskutera alternativ för att skaffa barn, innan hormonbehandlingen påbörjas (se även kapitlet *Sexuell och reproduktiv hälsa*).

Könskorrigerande somatisk behandling inleds vanligtvis genom att utredningsteamet remitterar till aktuell aktör såsom endokrinolog, logoped, hudterapeut och plastikkirurg.

Att leva i den önskade könsrollen

Enligt 1 § könstillhörighetslagen ska den sökande ”sedan en tid” ha uppträtt i enlighet med den upplevda könsidentiteten för att få rättsliga rådets tillstånd till ingrepp i könsorganen samt juridisk fastställelse av ändrad könstillhörighet. Innebörden av detta krav är beroende av individuella förhållanden hos den enskilda personen men ofta innebär kravet att den sökande under en tid konsekvent ska ha uppträtt i enlighet med den upplevda könsidentiteten bland annat i familjen, på arbetsplatsen och i andra offentliga sammanhang. Denna period, när man lever i den sociala roll som stämmer överens med den könsidentitet som man vill bli bekräftad i, kallas ibland också för *real life experience* eller *real life test*.

Att testa att leva i den tilltänkta framtida könsrollen fyller två huvudsakliga funktioner:

1) att ge personer tillfälle att undersöka hur det påverkar dem att leva som en person av det önskade könet och därmed få så bra förutsättningar som möjligt att fatta ett fullt genomtänkt beslut inför irreversibla operationer
2) att utifrån personens förutsättningar, behov och önskemål underlätta för vårdpersonal att optimalt stötta personens strategier att hantera könskorrigeringen.

Det finns ingen föreskriven tidsgräns för hur länge denna testperiod ska pågå innan en utredare styrker den sökandes könsdysfori formellt, inför personens ansökan till rättsliga rådet, men praxis är ett år. I enskilda fall kan en kortare eller längre tid vara motiverad. Det är vanligt att övergången till den nya rollen sker stegvis, genom att personen kommer ut inför en allt större krets.

Fördelen med att under en längre sammanhängande period leva i den könsroll som stämmer överens med ens könsidentitet är att man då får många olika tillfällen att uppleva och anpassa sig socialt till sin nya könsroll innan man bestämmer sig för irreversibla kirurgiska ingrepp. De sociala aspekterna av att korrigera sitt kön kan innebära en större utmaning än de fysiska aspekterna. För att det ska vara realistiskt att genomföra denna testperiod kan det krävas att man inleder exempelvis hormonbehandling för att åstadkomma fysiska förändringar som gör det lättare att bli uppfattad som en person av det kön personen identifierar sig som. Testperioden anses ha börjat från den tidpunkt som personen uppger, men utredningsteamet kan av naturliga skäl enbart intyga den period när den sociala anpassningen är dokumenterad.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården i samråd med patienterna erbjuda dem hjälp att planera och anpassa genomförandet av en dokumenterad period då de lever i den sociala roll som stämmer överens med den könsidentitet som de vill bli bekräftade i. Syftet är dels att ge personen möjlighet att uppfylla de krav som könstillhörighetslagen ställer för att få en annan könstillhörighet fastställd, dels att underlätta för både individen och utredningsteamet att avgöra om livet i denna roll motsvarar individens förväntningar.

Det vetenskapliga underlaget om åtgärdens effekt är otillräckligt, men enligt internationella riktlinjer och beprövad erfarenhet antas risken för ånger efter irreversibla behandlingar minska. Denna patientnytta överväger risken för att personen kan behöva utsätta sig för obekväma och ångestfyllda situationer i vardagen och känna sig granskad. I Socialstyrelsens rekommendation har dessutom en kartläggning av studier om *real life experience* som återfinns i metodbilagan vägts in.

Personer förväntas inte påbörja denna period, om de själva inte önskar det, innan man planerat för att få stöd av kroppsmodifierande behandling, logopediska insatser eller hjälpmedel.

Socialstyrelsens rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda personer som önskar juridisk fastställelse av ändrad könstillhörighet och operation av könsorganen hjälp med att planera och anpassa en period där de lever i den sociala roll som stämmer överens med den könsidentitet som de vill bli bekräftade i.

Hjälpmedel

Att leva i den sociala roll som stämmer överens med den könsidentitet man vill bli bekräftad i, kan vara svårt innan man har påbörjat någon fysisk behandling, i början av sådan behandling när förändringarna inte har hunnit inträda eller när man står på väntelistan för en kirurgisk åtgärd. Det finns också fall där personen inte kan eller vill genomgå kroppsmodifierande behandling. För dessa situationer kan hjälpmedel underlätta att bli uppfattad som en person av det kön man vill bli bekräftad som av andra. Sådana hjälpmedel har särskilt stor betydelse under utredningstiden, men kan även betraktas som en form av behandling i sig i de där fall personen inte har behov av några kroppsmodifierande åtgärder eller anser att nackdelarna med sådana överväger fördelarna. Personer med manligt födelsekön kan också behöva peruker eller hårersättningar livslångt i de fall då hormonbehandlingen inte är tillräckligt effektiv.

Landstingen ska erbjuda hjälpmedel för funktionshindrade (3 b första stycket 2 HSL). Socialstyrelsen har uppfattningen att det är viktigt att vårdgivarna vid vård och behandling av personer med könsdysfori utreder behovet av hjälpmedel och därefter erbjuder de hjälpmedel som personen är i behov av.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda hjälpmedel som peruker, bröstproteser, lösa penisproteser och binder (bröstlinda) i syfte att underlätta för personer att kunna leva i den sociala roll som stämmer överens med den könsidentitet de vill bli bekräftade i. Det rör sig om individuellt anpassade hjälpmedel som kan behöva förnyas med jämna

mellanrum till exempel på grund av slitage. Dessa hjälpmedel kan behövas från att en preliminär diagnos på könsdysfori har ställts och livet ut. Det finns inget vetenskapligt underlag om effekten av denna åtgärd, men enligt beprövad erfarenhet gör hjälpmedel det lättare att leva i den sociala roll som stämmer överens med den könsidentitet man vill bli bekräftad i, och kan därmed leda till ökad livskvalitet.

Socialstyrelsens rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda hjälpmedel som peruker, bröstproteser, lösa penisproteser och binder (bröstlinda) i syfte att underlätta för patienter att leva i den sociala roll som stämmer överens med den könsidentitet de vill bli bekräftade i.

Förnyad medicinsk bedömning

Ibland händer det att individen anser att utredningsteamets bedömning av vårdbehovet inte har gått rätt till eller att teamet dragit felaktiga slutsatser, och därför önskar ytterligare en bedömning. I hälso- och sjukvårdslagen finns det en bestämmelse som anger att landstinget under vissa förutsättningar ska erbjuda patienter med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada möjlighet att inom eller utom det egna landstinget få en förnyad medicinsk bedömning (3 a § andra stycket HSL).

Mot bakgrund av den höga risken för förtida död bland personer med könsdysfori [10, 11] kan en utebliven behandling av könsdysfori medföra mycket allvarliga konsekvenser. Socialstyrelsen har uppfattningen att konsekvenserna är jämförbara med dem som avses i 3 a § andra stycket HSL. Landstinget ska enligt samma bestämmelse erbjuda patienten den behandling som den förnyade bedömningen kan ge anledning till.

Även om den förnyade bedömningen inte resulterar i någon diagnos som har koppling till köndysfori eller psykisk ohälsa som har givna behandlingsrutiner är det likväl viktigt att se till att personen får hjälp, till exempel i form av samtalsstöd.

Psykoterapi och psykosocialt stöd

Många personer upplever både utredning av och behandling vid könsdysfori som mycket påfrestande, både psykiskt och socialt. Samtidigt är det inte alltid lätt att kunna prata om dessa svårigheter med personer i ens sociala nätverk, varför det kan behövas professionellt stöd.

Psykosocialt stöd ges ofta av de kuratorer som är kopplade till utredningsteamen. Denna form av stöd ges huvudsakligen under utredningsperioden, men det är viktigt att personen kan få psykoterapeutiska och psykosociala insatser även efter den konsoliderade diagnosen, under pågående somatisk behandling och som en del av eftervården.

De övergripande behandlingsmålen med psykoterapeutiska och psykosociala interventioner syftar till att hjälpa personer att på lång sikt känna sig bekväma med hur de uttrycker sin könsidentitet, ge dem förutsättningar att upprätthålla sina tidigare relationer och skapa nya samt att fungera väl i samhället.[4]

Utredarnas dubbla roller

Det är vanligt att personal i utredningsteamet har dubbla roller; de förväntas dels utreda personens eventuella könsdysfori, dels ge psykoterapeutisk eller psykosocialt stöd. Fördelen med en sådan rollfördelning är att den som ger samtalsbehandling också känner till personens problembild i samband med könsdysforin samt besitter specialkompetens på detta område. Nackdelen är att individer kan uppleva att de blir granskade, även i situationer där de i första hand öppnar sig för att få stöd. Därför är det viktigt att personalen är uppmärksam på detta dilemma, ger personen utrymme att utforska sin könsidentitet och relaterade aspekter utan att värdera samt hänvisar till andra professionsföreträdare om det inte går att uppnå någon fungerande terapeutisk allians.

Samtalsbehandling och rådgivning

Med hjälp av stöd som har psykoterapeutiska inslag kan man finna holistiska lösningar för att öka en persons psykiska välbefinnande och livskvalitet. Avsikten är inte att ändra en persons könsidentitet; snarare kan psykoterapi hjälpa en person att reda ut sina funderingar kring kön och genus, hitta vägar att minska eventuell könsdysfori och skapa realistiska strategier för att nå framgång i sina relationer, i utbildning och arbete.

Samtalsbehandling, som kan innebära regelrätt psykoterapi eller en kortare serie stödjande samtal, kan också vara ett stöd för att hantera andra psykiska besvär som identifieras i samband med utredningen.

[4] Om det inte hänvisas till lagbestämmelser och inget annat anges grundar sig innehållet i följande kapitel på en sammanställning av vetenskaplig litteratur, internationella riktlinjer och rekommendationer samt beprövad erfarenhet i form av svenska experters kliniska erfarenhet.

Rådgivning kan handla om att ge förslag kring det yttre, till exempel hur man kan anpassa klädsel, smink, sätt att röra sig med mera för att förbättra chansen att bli uppfattad som en person av det kön man identifierar sig med. Likväl är det olämpligt att ge personen sådana råd om de inte efterfrågas.

Rådgivning kan också handla om att personen får hjälp med att hantera ohälsa relaterad till livsstilen såsom övervikt som också kan uppstå som en biverkning till hormonbehandling eller olika typer av riskbeteenden.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör hälso- och sjukvården erbjuda personer med könsdysfori eller misstänkt könsdysfori samtalsbehandling och rådgivning för att hjälpa dem att utforska könsidentitet och att hantera påfrestningar som rör till exempel arbete, familj och den sociala omgivningen om personen så önskar. Detta kan vara aktuellt under perioden innan personen har fått träffa en utredare samt under själva utredningsperioden.

Hälso- och sjukvården bör erbjuda samtalsbehandling och rådgivning för att hantera till exempel fysisk smärta, förändrad fysisk känsla eller sexuell funktion, komplikationer som kan vara övergående eller ihållande. Behandling och rådgivning bör utföras av en person med erfarenhet av personer med könsdysfori eller om det saknas ha handledning av en person med denna erfarenhet.

Det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekten av samtalsbehandling och rådgivning är otillräckligt, men enligt beprövad erfarenhet leder åtgärderna till ökad livskvalitet och bidrar till personens förmåga till psykosocial anpassning och hälsa. I Socialstyrelsens rekommendation har dessutom en kartläggning av studier om psykosociala insatser som återfinns i metodbilagan vägts in.

Socialstyrelsens rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda personer med könsdysfori eller misstänkt könsdysfori samtalsbehandling och rådgivning för att utforska könsidentitet och att hantera påfrestningar som rör till exempel arbete, familj och den sociala omgivningen
- erbjuda personer med könsdysfori som genomgår somatisk behandling samtalsbehandling och rådgivning för att hantera till exempel fysisk smärta, förändrad fysisk känsla eller sexuell funktion.

Åtgärder som stärker personens möjligheter att få stöd av sitt sociala nätverk

Adekvat stöd från familjen kan bidra till att patienterna blir nöjda med utfallet av den fysiska behandlingen och kan möjligen minska risken för att man ångrar könskorrigerande behandling.

Det kan vara svårt att veta hur omgivningen reagerar när någon kommer ut som en person av ett kön som avviker från personens födelsekön. En terapeut eller kurator kan hjälpa till att identifiera mer eller mindre riskfyllda situationer och att lägga upp en plan för hur man kan bemästra dem.

Personal med psykosocial kompetens kan ge stöd och främja sociala färdigheter och motståndskraft hos individer och deras familjer när de ska finna sig till rätta i sociala sammanhang som inte alltid inkluderar och respekterar personer som överskrider könsnormer.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda psykosocialt stöd till personer med könsdysfori eller misstänkt könsdysfori. Med psykosocialt stöd avses interventioner som syftar till att stärka personens möjlighet att skapa nya sociala nätverk och resurser samt upprätthålla de befintliga. Sådant stöd kan vara aktuellt både under utrednings- och behandlingsperioden, men även efter genomgången könskorrigering.

Det vetenskapliga underlaget om effekten av psykosocialt stöd är otillräckligt, men enligt beprövad erfarenhet leder åtgärden till ökad livskvalitet och bidrar till personens förmåga till psykosocial anpassning och hälsa. I Socialstyrelsens rekommendation har dessutom en kartläggning av studier om psykosociala insatser som återfinns i metodbilagan vägts in.

Psykosocialt stöd bör i möjligaste mån ges av personer som har kunskap och erfarenhet av denna problematik hos personer med könsdysfori.

Socialstyrelsens rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda psykosocialt stöd till personer med könsdysfori eller misstänkt könsdysfori.

Stöd till närstående

Att bestämma sig för förändringar i könsrollen och att genomgå medicinska ingrepp för att minska könsdysforin har inte enbart betydelse för individen, utan också för dess familj. När en person berättar att personens könsidentitet inte stämmer överens med födelsekönet kan det skapa stor känslomässig stress hos de närmaste. Men även om närstående sedan länge har vetat om att personen har en könsidentitet som inte överensstämmer med personens biologiska och juridiska kön kan det finnas oklarhet och osäkerhet kring hur man bäst kan stötta sin familjemedlem eller vän.

Genom att involvera närstående i det terapeutiska samtalet kan man även förvänta sig en positiv effekt på den könsdysforiska personens livskvalitet. Detta kan ske genom rent pedagogiska insatser och genom att ge närstående konkreta strategier för hur de kan anpassa sig till den nya situationen. Närstående kan vara barn, partner, föräldrar, syskon, den utökade eller självdefinierade familjen samt vänner som personen har en nära relation till.

Psykosociala stödinsatser kan ske tillsammans med patienten, enskilt eller i grupp med andra närstående. Sådant stöd kan vara aktuellt både under utrednings- och behandlingsperioden, men även efter genomgången könskorrigering.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda psykosocialt stöd till närstående till personer med könsdysfori eller misstänkt könsdysfori. Det vetenskapliga underlaget för psykosocialt stöd till närstående är otillräckligt, men enligt beprövad erfarenhet leder åtgärden till ökad livskvalitet hos patienten och den närstående och bidrar till patientens förmåga till psykosocial anpassning och hälsa. I Socialstyrelsens rekommendation har dessutom en kartläggning av studier om psykosociala insatser som återfinns i metodbilagan vägts in.

Socialstyrelsens rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda psykosocialt stöd till närstående till personer med könsdysfori eller misstänkt könsdysfori.

Hormonbehandling

Behandling med könskonträra hormoner kan inledas parallellt med den period under utredningen där personen förväntas leva i enlighet med den könsidentitet de vill bli bekräftade i (real life). Start av hormonbehandling sker vanligtvis efter remittering till endokrinolog på initiativ av utredande psykiater i samråd med patienten.

Som tidigare beskrivet behöver psykisk ohälsa inte automatiskt utesluta att hormonbehandling inleds. Däremot är det viktigt att de psykiska problemen behandlas och att hormonell behandling under denna tid sker i samverkan med behandlingsansvarig psykiater.[5]

Könskonträr hormonbehandling för förbättrad livskvalitet

Feminiserande respektive maskuliniserande hormonbehandling innebär att man tillför exogena hormoner för att framkalla feminiserande eller maskuliniserande förändringar (sekundära könskarakteristika). Detta är en avgörande del av behandlingen för de flesta personer med könsdysfori [12, 13]. Vissa personer vill utveckla den sekundära könskaraktären i kvinnlig eller manlig riktning så långt som är möjligt, medan målet för andra är ett mer androgynt utseende efter att existerande sekundära könskarakteristika har minimerats [14].

Kliniska situationer

Hormonbehandling måste vara individanpassad baserat på personens mål, förhållandet mellan patientnytta och risker, andra medicinska tillstånd och sociala omständigheter. Därför är det viktigt att utredningen innefattar en diskussion om vilka fysiska förändringar som personen vill ska inträffa, inhämtning av sjukdomshistoria, kroppslig undersökning och provtagning.

Insättning av feminiserande eller maskuliniserande hormonbehandling

Även om det finns olika modeller för hormonbehandlingar [6, 15, 16] saknas det randomiserade effektstudier som jämför effekt och säkerhet. Trots detta kan man göra en första riskbedömning och upprätta en vårdplan för fortsatt behandling med hormoner baserad på det kunskapsunderlag som finns.

[5] Om det inte hänvisas till lagbestämmelser och inget annat anges grundar sig innehållet i följande kapitel på en sammanställning av vetenskaplig litteratur, internationella riktlinjer och rekommendationer samt beprövad erfarenhet i form av svenska experters kliniska erfarenhet.

Hormonbehandling utan att könskörtlarna tagits bort

När patienten väl har uppnått maximalt resultat rörande feminisering eller maskulinisering (oftast efter två eller fler år) krävs en fortsatt underhållsbehandling. Behandlingen justeras i relation till förändringar i hälsotillstånd, ålder och andra avseenden som livsstilsförändringar. Patienten bör även fortsättningsvis genomgå regelbundna hälsoundersökningar och provtagningar. Behandlingen bör ses över regelbundet utifrån förändringar i personens hälsotillstånd och den aktuella tillgängliga vetenskapliga kunskapen om risker vid långvarig hormonbehandling.

Hormonbehandling efter att könskörtlarna tagits bort

Hormonersättning med östrogen eller testosteron behöver vanligtvis fortsätta livet ut efter att könskörtlarna tagits bort, om det inte finns några medicinska hinder. Behandlingen justeras ofta efter operationen och anpassas efter ålder och hälsoproblem. Hormonbehandling efter att könskörtlarna tagits bort motsvarar ofta den vid en underfunktion av könskörtlarna hos cispersoner (det vill säga personer vars könsidentitet och biologiska kön är och alltid har varit kongruenta).

Viktigt att informera patienten

Eftersom behandling med könskonträra hormoner kan leda till irreversibla fysiska förändringar samt påverka reproduktionsförmågan är det mycket viktigt att ge patienten individuellt anpassad information om sådan behandling och dess möjliga konsekvenser (se 2 b § HSL och 6 kap. 6 § PSL). Patienten måste vara införstådd med att behandling med könshormon är livslång och att upphörd medicinering, särskilt efter att könskörtlarna tagits bort, ger bortfallssymtom och kan medföra medicinska risker.

Kroppsliga effekter av hormonbehandling

Målet med behandling med könskonträrt hormon är att förändra kroppen fysiskt så att den bättre motsvarar personens könsidentitet.

- Hos personer med kvinnligt födelsekön förväntas följande fysiska förändringar inträffa: mörkare röst, ökad hårväxt i ansiktet och på kroppen, utebliven menstruation, förstorad klitoris (i varierande grad), minskad bröstkörtelvävnad, omfördelning av kroppsfett och minskad andel kroppsfett i förhållande till muskelmassa. Förändringar som kan vara oönskade är fet hy och akne, manligt håravfall och vaginal atrofi.

- Hos personer med manligt födelsekön förväntas följande fysiska förändringar inträffa: bröstförstoring (i varierande grad), minskad erektionsförmåga, minskad testikelstorlek och spermieproduktion, mjukare hud, minskad skäggväxt och kroppsbehåring, omfördelning av

kroppsfett och ökad andel kroppsfett i förhållande till muskelmassa. En förändring som kan vara oönskad är minskad sexlust.

De flesta fysiska förändringarna, både feminiserande och maskuliniserande, sker under de första två åren. Graden av fysisk förändring och exakt hur lång tid förändringen tar kan variera mycket. I vilken grad och hur snabbt de fysiska förändringarna sker beror på hormondoserna, distributionssättet, vilka preparat som används liksom individuell känslighet (arv och genetik spelar stor roll). Viktiga faktorer är också personens specifika mål, planer för kirurgisk könskorrigering och medicinska riskprofil.

Riskbedömning och anpassning inför och under hormonbehandling

Vid hormonbehandlingen är det viktigt att vara uppmärksam på och om möjligt reducera eventuella medicinska risker, både innan man introducerar behandlingen och medan den pågår.
Syftet med den kliniska monitoreringen av hormonbehandlingen är att studera graden av feminisering eller maskulinisering och de tänkbara komplikationerna med medicineringen. För att kunna anpassa hormondosen behöver behandlande läkare även ta blodprover med mätning av de hormonnivåer som insatt behandling åstadkommer. Som vid all långvarig medicinering är det nödvändigt att behandlingen följs upp som en helhet [6, 17]. Patienter med samsjuklighet kan behöva följas upp med tätare mellanrum.

Medicinska tillstånd som kan fördröja initiering av hormonbehandling

Vissa medicinska tillstånd kan förvärras av behandling med könskonträra hormoner. Följaktligen behöver den behandlande läkaren ta hänsyn till dessa innan hormonbehandling påbörjas för att reducera eventuella risker och upptäcka risker under pågående hormonbehandling.

Här gör Socialstyrelsen följande bedömning.

Socialstyrelsens bedömning
Det finns ett antal medicinska tillstånd som kan förvärras av hormonbehandling av könsdysfori och som man behöver ta hänsyn till innan behandlingen kan påbörjas.

Före behandling av personer med manligt födelsekön gäller det i synnerhet följande medicinska tillstånd:

- Tromboembolisk risk
- Svår migrän
- Cerebrovaskulär sjukdom
- Prolaktinom
- Leverpåverkan
- Bröstcancer eller känd genetisk risk för bröstcancer
- Kardiovaskulär sjukdom

Före behandling av personer med kvinnligt födelsekön är det följande medicinska tillstånd:

- Bröst-, ovarie- eller livmodercancer
- Erytrocytos (hematokrit > 50 %)
- Leverpåverkan
- Svår akneproblematik

Socialstyrelsens bedömning är baserad på bästa tillgängliga kunskap redovisade i tidigare publikationer, internationella riktlinjer och rekommendationer samt beprövad erfarenhet. I Socialstyrelsens bedömning har dessutom en kartläggning av studier om medicinska tillstånd som kan förvärras av hormonbehandling som återfinns i metodbilagan vägts in.

Kontraindikationer och risker med hormonbehandling

I vissa fall är hormonterapi mindre lämplig på grund av andra sjukdomar. Då är det viktigt att hälso- och sjukvården hjälper personen att få tillgång till alternativa behandlingar som inte är hormonbaserade eller som enbart verkar lokalt. I många fall kan hormonbehandlingen modifieras för att minska riskerna.

Trombos och hjärtkärlsjukdom

Personer med manligt födelsekön som behandlas med östrogen löper en ökad risk för venös trombos. Hos patienter som har särskilt stor tromboembolisk risk (tidigare trombos, ärftlighet, rökning, övervikt och ålder > 40 år) kan hälso- och sjukvården vidta en rad åtgärder för att minska denna risk.

För personer med kvinnligt födelsekön som får testosteronbehandling verkar det inte finnas någon förhöjd risk för trombos och inte heller för cerebro- eller kardiovaskulär sjuklighet eller död.

För personer med manligt födelsekön som är under östrogenbehandling finns möjligen en ökad risk för hjärt-kärlsjukdom som är viktig att vara uppmärksam på och, om aktuellt, behandla.

Här gör Socialstyrelsen följande bedömning.

Socialstyrelsens bedömning

Vid hormonbehandling av könsdysfori hos personer med manligt födelsekön som har ökad tromboembolisk risk, kan denna risk möjligen reduceras om

- behandling med gestagener i kombination med östrogen i tablettform undviks
- användning av syntetiska östrogener, särskilt etinylestradiol undviks helt
- behandling sker i första hand med östradiol som tillförs parenteralt (transdermalt eller med injektioner). Dosering bör anpassas efter effekt och till patienternas ålder. Yngre personer tolererar högre nivåer än äldre.

I förekommande fall bör patienten även informeras om metoder som eliminerar eller reducerar andra riskfaktorer för tromboembolisk sjukdom. Exempel på dessa är rökavvänjning och viktreduktion.

För administrering gäller följande:

- Peroral östrogenbehandling är kontraindicerad som behandling av könsdysfori hos personer med manligt födelsekön som tidigare haft venös tromboembolism (VTE) eller underliggande trombofili, till exempel antikardiolipinsyndrom, faktor V Leiden (ärftlig trombofili).
- Parenteral östrogenbehandling bedöms inte vara kontraindicerad som behandling av könsdysfori hos personer med manligt födelsekön som tidigare har haft venös tromboembolism (VTE) eller underliggande trombofili. Dessa patienter, liksom rökare och patienter som är 40 år eller äldre, kan med fördel behandlas med parenteralt tillfört 17β-estradiol.

Socialstyrelsens bedömning är baserad på bästa tillgängliga kunskap redovisade i tidigare publikationer, internationella riktlinjer och rekommendationer samt beprövad erfarenhet. I Socialstyrelsens bedömning har dessutom en kartläggning av studier om hormonbehandling vid ökad tromboembolisk risk som återfinns i metodbilagan vägts in.

Cancer

För personer med manligt födelsekön som är under östrogenbehandling finns troligen inte någon förhöjd risk för annan cancer än bröstcancer jämfört med andra biologiska män. För prostatacancer kan risknivån möjligen till och med reduceras vid behandling med könskonträra hormoner. En relativ kontraindikation för östrogenbehandling avseende bröstcancer är möjligen förekomst av BRCA-mutation (bröst-/ovariecancergen) och stark ärftlig belastning för bröstcancer. För personer med sådana riskfaktorer kan möjligen denna risk reduceras genom att undvika gestagener i behandlingen.

Här gör Socialstyrelsen följande bedömning.

Socialstyrelsens bedömning

Genom att undvika gestagener i behandlingen kan risken för bröstcancer möjligen reduceras för personer med manligt födelsekön som har ökad risk för bröstcancer och som behandlas med könskonträra hormoner.

Socialstyrelsens bedömning är baserad på bästa tillgängliga kunskap redovisade i tidigare publikationer, internationella riktlinjer och rekommendationer samt beprövad erfarenhet. I Socialstyrelsens bedömning har dessutom en kartläggning av studier om hormonbehandling vid ökad risk för bröstcancer och prostatacancer som återfinns i metodbilagan vägts in.

Överväganden i samband med övertagande av egenmedicinering

Det händer att personer självmedicinerar innan de har blivit utredda för könsdysfori eller genomgått hormonell utredning av endokrinolog. När dessa personer söker vård och önskar ett övertagande av medicineringen bör vårdpersonalen göra en bedömning av om detta är möjligt. Man bör överväga faran med egenmedicinering utan monitorering och vad det kan ge för eventuella risker om man som hälso- och sjukvårdspersonal väljer att inte överta hormonbehandlingen. All hormonell behandling bör i dessa fall ske i nära samverkan med psykiater.

Hälso- och sjukvårdspersonalen kan i vissa situationer behöva neka en patient en behandling om de inte anser sig ha kompetens för att utföra behandlingen eller att det saknas en indikation för behandlingen.

Den som skriver ut hormoner behöver ta blodprover för att kunna ta ställning till dosering av läkemedel och tar sedan ställning till om det finns risk för interaktioner med andra läkemedel och preparat. Om det är motiverat kan man behöva ersätta de självvalda preparaten med andra säkrare alternativ [15, 17].

Den läkare som skriver ut hormoner behöver kontinuerligt kommunicera med de utredare som är aktuella i patientens vård. Om en person inte har

genomgått någon utredning på det sätt som rekommenderas i kunskapsstödet, bör behandlande läkare se till att personen får kontakt med ett utrednings-team.

Kirurgisk behandling

Efter att könsidentitetsutredningen har visat att en person lider av könsdysfori kan eventuell kirurgisk behandling planeras.

Kirurgens roll i behandlingen av könsdysfori är inte enbart teknisk. Operatörerna känner vanligtvis till patientens bakgrund och vad som ledde till beslutet att låta sig opereras. Det är viktigt att kirurger strävar efter att ha tydliga samtal med sina patienter och samarbetar med andra professioner inom vård och omsorg som också har varit aktivt involverade i patientens vård. Samverkan mellan gynekolog, urolog och plastikkirurg som operatörer är mycket önskvärd.[6]

Könskorrigering är inte skönhetsbehandling

Frågan om huruvida könskorrigerande kirurgisk behandling bör betraktas som kosmetisk eller rekonstruktiv kirurgi är relevant, inte minst utifrån ett ekonomiskt perspektiv. Estetiska kirurgiska ingrepp betraktas generellt inte som medicinskt nödvändiga, varför de inte omfattas av den offentligt finansierade vården. Omvänt betraktas rekonstruktiva ingrepp som medicinskt nödvändiga och betalas därmed delvis eller helt av offentliga medel.

Inom området rekonstruktiv plastikkirurgi (överlag men även vid könskorrigerande operationer) finns det dock ingen tydlig distinktion mellan vad som är rekonstruktivt och vad som är rent kosmetiskt. De flesta plastikoperationer innehåller både rekonstruktiva och kosmetiska element [1].

Att man kan tala om rekonstruktiva ingrepp vid könskorrigering bygger på en förståelse om ett tänkt normaltillstånd där könsidentiteten stämmer överens med kroppens utseende och funktion. Även om kroppen alltså inte är sjuk i fysisk bemärkelse, syftar behandlingen till att anpassa kroppen så att personen uppnår ett normaltillstånd fritt från det psykiska lidande som könsdysforin innebär [18, 19]. Kirurgiska ingrepp bör alltså, enskilt eller tillsammans med andra behandlingar, betraktas som medicinska åtgärder som hjälper individen att uppnå en funktionsnivå som är likvärdig med cispersoners.

Medan det finns en utbredd uppfattning att könskorrigerande ingrepp i underlivet inte kan betraktas som rent kosmetiska åtgärder, går åsikterna isär i vilken utsträckning andra kirurgiska åtgärder (till exempel bröstförstoring eller feminiserande ansiktskirurgi hos personer med manligt födelsekön) bör betraktas som rent rekonstruktiva. Även om det kan vara mycket lättare att förstå en falloplastik eller vaginoplastik som en intervention som motverkar livslångt lidande, är det viktigt att komma ihåg att också ingrepp som att exempelvis sänka ett högt hårfäste kan ha stora och permanenta effekter på en

[6] Om det inte hänvisas till lagbestämmelser och inget annat anges grundar sig innehållet i följande kapitel på en sammanställning av vetenskaplig litteratur, internationella riktlinjer och rekommendationer samt beprövad erfarenhet i form av svenska experters kliniska erfarenhet.

del könsdysforiska personers livskvalitet. Därför kan även sådana ingrepp betraktas som medicinskt nödvändiga under särskilda omständigheter [1].

Som i alla vårdsituationer förutsätter könskorrigerande kirurgiska ingrepp en nyanserad bedömning av varje individs vårdbehov i förhållande till vårdens uppdrag. Detta innebär att samma ingrepp kan vara medicinskt nödvändigt för en specifik person med svår könsdysfori medan det inte är det hos en annan person som inte uppvisar sådant lidande eller inte bedöms ha förutsättningar att bli hjälpt av ett sådant ingrepp. Då skalor och andra instrument saknas för att objektivt differentiera mellan dessa patienter är bedömningar om behov av rekonstruktiva operationer med nödvändighet till viss del subjektiva och vilar på beprövad erfarenhet. Däremot kan bedömningarna i relativ stor utsträckning vara konsekventa i förhållande till den erfarenhetsbas som den plastikkirurgiska kompetensgruppen byggt upp.

I övrigt är det rimligt att vården betraktar könsdysforiska personer som autonoma och kompetenta individer som själva kan välja plastikkirurgiska modifieringar som utförs av den privata sektorn och finansieras av personen själv [20].

Könskorrigerande kirurgi för förbättrad livskvalitet

För genetiska män kan kirurgiska ingrepp innebära orchidektomi, penektomi, vaginoplastik, klitorisplastik, labiaplastik och bröstförstoring.

För genetiska kvinnor kan kirurgiska ingrepp innebära mastektomi, hysterektomi, penisplastik (eventuellt med erektionsprotes), salpingo-ooforektomi, skrotalplastik (ofta med testikelimplantat), uretroplastik, vaginektomi och stängning av vaginalöppningen.

Dessa ingrepp föregås ofta av hormonbehandling, men behöver inte nödvändigtvis göra det. Vissa kirurgiska tekniker kräver däremot tidigare genomgången hormonbehandling för bästa möjliga resultat.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda könskorrigerande kirurgi som innefattar ingrepp i bröst och underliv. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdernas effekt, men enligt beprövad erfarenhet leder könskorrigerande kirurgi i bröst och underliv, oftast tillsammans med föregående hormonbehandling, till minskad könsdysfori, ökad möjlighet att passera som en person av det önskade könet och därmed förbättrad livskvalitet. Denna patientnytta överväger riskerna såsom nekroser, fistlar, stenos, kapsulär fibros, känselbortfall, estetiskt och funktionellt otillfredsställande resultat samt de risker som kirurgiska ingrepp alltid innebär. I Socialstyrelsens rekommendation har dessutom en kartläggning av studier om könskorrigerande kirurgi (specificerade och ospecificerade ingrepp) som återfinns i metodbilagan vägts in.

Socialstyrelsens rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda personer med könsdysfori könskorrigerande kirurgi i bröst och underliv (som kan innefatta ett antal olika ingrepp), med eller utan föregående hormonbehandling.

Vilka ingrepp som görs och vilken ordning de sker i är individuellt

Alla patienter har inte behov av alla ingrepp. Vissa ingrepp genomförs nästan alltid vid ett och samma tillfälle, medan andra med fördel genomförs i flera steg. Det är inte givet i vilken ordning personen väljer att genomgå olika kirurgiska ingrepp. Det är till exempel vanligt att personer med kvinnligt födelsekön väljer att ta bort brösten långt före ingrepp i underlivet. Anledningen till att göra en tidig mastektomi är att det ofta är lättare att uppfattas som manligare under den period då personen förväntas leva i den önskade könsrollen samt att detta i sin tur är ett krav för få tillstånd från rättsliga rådet att genomgå ingrepp i underlivet. Av motsvarande skäl låter en del personer med manligt födelsekön också reducera sitt adamsäpple i ett tidigt skede av könskorrigeringen.

Operatören bör se till att patienten får omedelbar eftervård och kontakta de läkare som patienten i framtiden kommer att få vård av. Planeringen av eftervården kan exempelvis också omfatta att personer med manligt födelsekön introduceras till den stavträning som krävs för att upprätthålla neovaginans form. Uppföljning kan exempelvis handla om en revisionsoperation som kan vara nödvändig vid brister i utseende eller funktion.

För ingrepp i könsorganen krävs prövning av rättsliga rådet

Lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall reglerar ändring av könstillhörighet i juridisk mening samt möjligheten att genomgå ingrepp i könsorganen. Den könsbeteckning som används i lagtexten, han eller hon, avser personers födelsekön. I lagen anges vilka förutsättningar som ska vara uppfyllda för att kunna få en annan könstillhörighet fastställd (se 1 §):

”En person ska efter egen ansökan få fastställt att han eller hon har en annan könstillhörighet än den som framgår av folkbokföringen, om han eller hon

1. sedan en lång tid upplever att han eller hon tillhör det andra könet,
2. sedan en tid uppträder i enlighet med denna könsidentitet,
3. måste antas komma att leva i denna könsidentitet även i framtiden, och
4. har fyllt arton år.”

I samband med ansökan om fastställelse kan rättsliga rådet ge tillstånd till att ingrepp görs i könsorganen i syfte att göra dem mer lika det andra könets. Rådet kan även ge tillstånd till att avlägsna könskörtlarna. Tillstånd får ges endast om förutsättningarna för fastställelse är uppfyllda (1972:119 § 4).

Kriterier för könskorrigerande operationer

De kriterier som rekommenderas av Socialstyrelsen är avsedda som ett komplement till de könskorrigerande ingrepp som anges i könstillhörighetslagen.

Mastektomi och skapande av manlig bröstkorg

Här gör Socialstyrelsen följande bedömning.

Socialstyrelsens bedömning
Kriterier för mastektomi och skapande av manlig bröstkorg hos personer av kvinnligt födelsekön:

1. Ihållande väldokumenterad könsidentitetsproblematik (F.64.0, F64.8, F64.9).
2. Om det finns betydande medicinska eller psykiska problem behöver de ha utretts och behandlats i möjligaste mån.

Socialstyrelsens bedömning är baserad på internationella riktlinjer och rekommendationer.

Hysterektomi, ooforektomi och orchidektomi

Här gör Socialstyrelsen följande bedömning.

Socialstyrelsens bedömning
Kriterier för hysterektomi och ooforektomi hos personer med kvinnligt födelsekön och för orchidektomi hos personer med manligt födelsekön:

1. Ihållande väldokumenterad könsidentitetsproblematik (F64.0, F64.8, F64.9).
2. Om det finns betydande medicinska eller psykiska problem behöver de ha utretts och behandlats i möjligaste mån.

Socialstyrelsens bedömning är baserad på internationella riktlinjer och rekommendationer samt svensk lagstiftning.

Utöver dessa kriterier ska de juridiska förutsättningarna som definieras i lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall vara uppfyllda.

Penisplastik och vaginoplastik

Här gör Socialstyrelsen följande bedömning.

Socialstyrelsens bedömning

Kriterier för metoidioplastik eller falloplastik hos personer med kvinnligt födelsekön och för vaginoplastik hos personer med manligt födelsekön

1. Ihållande väldokumenterad könsidentitetsproblematik (F64.0, F64.8, F64.9).
2. Om det finns betydande medicinska eller psykiska problem behöver de ha utretts och behandlats i möjligaste mån.

Socialstyrelsens bedömning baseras på internationella riktlinjer och rekommendationer samt svensk lagstiftning.

Utöver dessa kriterier ska de juridiska förutsättningarna som definieras i lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall vara uppfyllda.

Omfattande och begriplig information

Könskorrigerande kirurgiska interventioner förutsätter att personen är tillräckligt frisk, både fysiskt och psykiskt, enligt samma förhållningssätt och regler som vid andra operationer. Men det är också viktigt att personen har förberett sig psykiskt på det kommande ingreppet.

När patienten uppfyller eller inom en snar framtid kommer att uppfylla kriterierna för specifika ingrepp får patienten remiss till en plastikkirurg för konsultation. Vid denna konsultation är det viktigt att ta upp hur själva operationen går till, ge patienten möjlighet att ställa frågor samt utförligt diskutera eftervården. En av plastikkirurgerna i operationsteamet bör ansvara för att diskutera

- olika kirurgiska tekniker som finns i förhållande till patientens individuella förutsättningar
- för- och nackdelarna med respektive teknik
- typiska risker och möjliga komplikationer för de olika teknikerna.

Plastikkirurgen behöver förvissa sig om att patienten har förstått vad ingreppet innebär samt har realistiska förväntningar. Därför är det viktigt att det finns tillräckligt med tid för detta samtal. Det kan också innebära att informationen ibland behöver ges vid upprepade tillfällen.

Det är viktigt att patienten får all relevant information på ett språk som personen behärskar, helst i kombination med grafiska illustrationer eller foton. Patienten behöver få denna information i god tid för att noggrant kunna gå igenom och reflektera över den.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården i den mån det är möjligt[7] erbjuda personer som ska genomgå könskorrigerande kirurgi att se representativa bilder på klinikens egna resultat av den aktuella tekniken. En sådan genomgång bör ske på kliniken där operatören bör visa ett varierat bildmaterial, det vill säga sådant som åskådliggör både lyckade resultat och sådana som blivit mindre bra. En sådan genomgång bör ske på kliniken där operatören upplyser patienten om bakgrunden till olika utfall.

Det är viktigt att vårdgivaren säkerställer att bestämmelserna om sekretess och tystnadsplikt upprätthålls vid användandet av de bilder som visas.

Det saknas vetenskapligt underlag om denna åtgärd, men enligt internationella riktlinjer och rekommendationer kan den bidra till att ge patienten realistiska förväntningar.

Socialstyrelsens rekommendation

Hälso- och sjukvården bör i den mån det är möjligt

- erbjuda personer som ska genomgå könskorrigerande kirurgi möjligheten att med hjälp av visuella material bilda sig en uppfattning om resultaten av det aktuella ingreppet, i syfte att få realistiska förväntningar.

Inga rekommendationer om särskilda tekniker för könskorrigerande kirurgi

Socialstyrelsen bedömer att det inte går att lyfta fram någon särskild teknik framför någon annan, eftersom det vetenskapliga underlaget är otillräckligt. I stället bör teknik väljas utifrån patientens förutsättningar och önskemål samt operatörens kompetens och erfarenhet. Det ingår i god vård att remittera till annan vårdgivare om kompetens och erfarenhet saknas för att tillgodose patientens önskemål.

Eftersom det i dagsläget inte finns några nationella kvalitetsregister om utfallen av könskorrigerande ingrepp bygger de beskrivningar av hur vanlig eller ovanlig en viss komplikation är på den samlade kliniska erfarenheten hos de medverkande sakkunniga i såväl faktagruppen som prioriteringsgruppen.

Feminiserande bröst- och underlivskirurgi

Bröst

Bröstförstoring

Hos personer med manligt födelsekön som genomgår hormonbehandling sker i regel en viss bröstutveckling. Vid liten eller obefintlig bröstutveckling

[7] ”I den mån det är möjligt” syftar på att det inte alltid finns praktiska förutsättningar för att kunna erbjuda sådant visuellt material som att för få tidigare patienter har gett sitt samtycke till att deras bilder används.

kan patienten dock behöva bröstimplantat för att uppnå ett kvinnligare utseende.

En bröstförstoring (augmentation) hos personer med manligt födelsekön skiljer sig inte så mycket från ingreppet hos en biologisk kvinna. Vanligtvis utförs augmentationen genom att implantera bröstproteser, ibland genom fettimplantat.

För att uppnå bästa estetiska resultat bör patienten ha genomgått feminiserande hormonbehandling under minst ett år om det inte föreligger medicinska eller andra hinder. I det senare fallet kan bröstförstoringen involvera isättning av expanderprotes.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda insättning av bröstimplantat i proportionerlig storlek till personer med manligt födelsekön som behandlas för könsdysfori och vars bröst inte har utvecklats alls eller enbart mycket litet.

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt. Enligt beprövad erfarenhet ökar dock bröstförstoring möjligheten att passera som kvinna vilket bör leda till ökad livskvalitet. Denna patientnytta överväger riskerna, som är kapselkontraturer, förlust av känsligheten i bröstvårtorna eller brösten, läckage eller bristning i bröstimplantaten, veckningar, kosmetiskt störande ärr (utöver de risker som kirurgiska ingrepp alltid innebär). I Socialstyrelsens rekommendation har dessutom en kartläggning av studier om bröstförstoring med implantat som återfinns i metodbilagan vägts in.

Socialstyrelsens rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda insättning av bröstimplantat i proportionerlig storlek till personer med manligt födelsekön med könsdysfori och som har liten eller obefintlig bröstutveckling.

Underliv

Orchidektomi

Vid orchidektomi avlägsnas testiklarna. Operationen genomförs ofta i samband med penektomi och vaginoplastik. Vid orchidektomi utan vaginoplastik sker enbart en reducerad plastik av vulva. Risken för komplikationer vid orchidektomi såsom blödning och infektion är låg.

Penektomi

Vid penektomi avlägsnas penis och denna operation görs alltid samtidigt som orchidektomi och vaginoplastik alternativt en reducerad plastik av vulva. Delar av de stora svällkropparna kan, men behöver inte, sparas för att stödja uppbyggnaden av neoklitoris. Det är ovanligt med komplikationer vid penektomi som utförs utan vaginoplastik.

Vaginoplastik, klitorisplastik och labiaplastik

Med vaginoplastik avses ofta flera kirurgiska ingrepp som kan genomföras i ett eller två steg och sker i regel i samband med orchidektomi och penektomi. Det skapas en känslig och estetiskt acceptabel vulva som består av själva slidan, slidöppningen, klitoris, inre och yttre blygdläppar. Detta innebär också att operatören förkortar urinröret och skapar en ny urinrörsöppning.

Den vanligaste grundläggande tekniken för konstruktionen av neovagina är invaginering. I denna konstruktion kan även delar av skrotum användas eller hudtransplantat från andra ställen såsom ljumske eller buk.

En annan teknik vid konstruktionen av neovaginan innebär att slidväggen görs av tarmvävnad, antingen därför att huden från penis och skrotum inte är tillräcklig eller att det har uppstått komplikationer av en föregående teknik.

I Sverige är invaginering med hud endast från penis förstahandsvalet. Andra hudtransplantat används enbart om penishuden är otillgänglig av orsaker som tidigare skada eller cancer. Tekniker som involverar tarmvävnad utgör tredjehandsval.

Det finns flera grundtekniker även för klitorisplastik. Klitoris konstrueras av en del av ollonet med bevarande av de ursprungliga nervtrådarna. Vanligtvis sys klitoris till huden för att få sin nya position men man kan också placera klitoris på resterna av penis svällkroppar.

Hud från skrotum och omgivande genitalt hudområde används för att konstruera inre och yttre blygdläppar.

Allvarliga komplikationer är nekros av vagina eller labia, fistlar mellan urinblåsan eller tarmen och vaginan samt förträngning eller stenos av vagina eller uretra. Det kan också uppstå svullnader eller ojämnheter i urinröret som kan leda till problem vid urinering. Om hud från skrotum används och inte har epilerats permanent kan hår växa inuti neovaginan. I sällsynta fall uppstår framfall av neovaginan. Om tarmvävnad används kan det resultera i excessiv lubrikation, dålig lukt samt prolaps. Eftersom denna teknik är relativt ny är eventuella komplikationer på sikt ännu okända. Vidare kan det uppstå skador på nerverna från ollonet (nu: neoklitoris), vilket resulterar i förlorad orgasmförmåga. Neovaginan kan också bli för kort eller trång för att tillåta penetrativt samlag. Ibland uppstår synliga ärr.

Vid invaginering är det viktigt att beakta följande: Om det växer hår i huden som använts till neovagina behöver håret avlägsnas permanent i den mån det är möjligt. Detta kan utföras innan eller efter kirurgin (varierar mellan tekniker).

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda permanent hårborttagning på pung och penisskaft eller annat genitalt hudområde hos personer med manligt födelsekön, före eller efter könskorrigerande ingrepp i underlivet (vaginoplastik, klitorisplastik). Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt, men enligt beprövad erfarenhet minskar permanent hårborttagning risken för blödningar till följd av hårfollikelinflammation, flytningar och smärta i områden genitalt dit hårbärande hud har förflyttats i anslutning till de operativa ingreppen.

Socialstyrelsens rekommendation
Hälso- och sjukvården bör
- erbjuda permanent hårborttagning på pung och penisskaft eller annat genitalt hudområde till personer med manligt födelsekön, före eller efter könskorrigerande ingrepp i underlivet.

Maskuliniserande bröst- och underlivskirurgi

Bröst

Bröstreduktion eller mastektomi är ofta det första och ibland även det enda kirurgiska ingrepp som personer med kvinnligt födelsekön väljer att genomgå. Avlägsnandet av bröstvävnaden och skapandet av en bröstkorg med manligt utseende sker vid samma tillfälle. Ofta behöver även bröstvårtorna justeras när det gäller storlek och placering.

Valet av teknik bestäms för det mesta av faktorer som bröststorlek, hudkvalitet samt bröstvårtornas och vårtgårdarnas utseende.

Allvarliga komplikationer som kan uppstå är nekroser av bröst eller bröstvårtor. Det kan också uppstå estetiska problem som asymmetrier av själva bröstkorgen eller bröstvårtorna och synliga ärr. Vid bröstvårtstransplantation påverkas vanligtvis känseln i bröstvårtan negativt.

Underliv

Hysterektomi, salpingo-ooforektomi

Det används tre grundläggande tekniker för att ta bort livmodern. Den abdominala metoden är den vanligaste när det gäller ciskvinnor. I samband med att man öppnar buken kan man också ta bort äggstockarna och äggledarna.

Vaginal hysterektomi (med eller utan laparoskop) utförs som namnet säger från vagina och ofta är det även möjligt att avlägsna ovarierna. Denna teknik kan vara svår att utföra om patienten inte har erfarenhet av penetrativt samlag samt vid atrofi av vagina till följd av testosteronbehandling. Även att inte ha fött barn kan försvåra vaginal hysterektomi.

Laparoskopi genom buken är minst invasiv och tillåter också salpingo-ooforektomi. Om patienten önskar falloplastik är titthålskirurgi att föredra framför ingrepp som involverar större vävnadsytor. Detta för att spara vävnad från buken för eventuella nödvändiga revisioner.

Risken för komplikationer vid hysterektomi, salpingektomi och ooforektomi är relativt låg och skiljer sig inte från den hos kvinnor som genomgår dessa ingrepp av andra skäl än könskorrigering. Det händer ibland att urinblåsa, tarm eller andra organ skadas oavsiktligt. Framfall och urinvägsinfektioner är andra risker.

Vaginektomi och stängning av vaginalöppningen

Vid vaginektomi avlägsnar man slidan. Ingreppet sker ofta i samband med andra könskorrigerande ingrepp i underlivet om patienten önskar det. Stängning av vaginalöppningen genomförs enbart på patientens särskilda begäran.

Möjliga komplikationer är oavsiktliga skador på andra organ som tarm- och urinblåsa. Det kan också uppstå svårigheter att upptäcka eventuella cellförändringar om slemhinnan lämnas kvar och vagina försluts.

Metoidioplastik och uretroplastik

En variant av penisplastik benämns metoidioplastik, metaidioplastik eller skapande av mikropenis. Denna metod bygger på att klitoris är tillräckligt förstorad till följd av testosteronbehandling. Klitoris friläggs. Vidare kan urinröret förlängas. Hud från de inre blygdläpparna läggs runt klitoris för att ge volym och stadga.

En del patienter väljer att först genomgå metoidioplastik för att genomföra en annan penisplastik vid ett senare tillfälle.

Vanliga komplikationer är nekroser av neofallus samt fistlar eller förträningar i urinröret.

Falloplastik och uretroplastik

Falloplastik är beteckningen på andra varianter av penisrekonstruktion, där dimensionerna liknar vuxnas genitalier. Det krävs i vissa tekniker mikrokirurgiska metoder för att flytta blodkärl och nerver när man skapar den lambå som utgör neopenis. Lambån består vanligtvis av hud och fett.

Lambån kan vara stjälkad (och kräver då inte mikrokirurgi) om den tas från ett närliggande område eller fri (kräver mikrokirurgi) om den tas från ställen som inte ligger i anslutning till underlivet. I Sverige används huvudsakligen stjälkad ljumsklambå, stjälkad eller fri lambå från låret eller fri underarmslambå. Enbart mjukdelar används.

Ett nytt urinrör kan formas av den inre delen av den hud som rullas ihop för att skapa penis. Urinrör kan även odlas av patientens egna celler, även om detta inte alltid lyckas. Klitoris sparas och placeras vid nedre delen av penisskaftet.

Ett år efter den initiala operationen kan en erektionsprotes sättas in. Både skapandet av ett urinrör och implantation av erektionsproteser är dock förenade med en mycket hög komplikationsfrekvens såsom bortstötning eller mekaniska fel. Vidare lämnar falloplastiken alltid kvar synliga ärr på tagstället och kräver hudtransplantation. Det krävs ofta upprepade operationer.

Till komplikationerna hör nekros av neopenis samt fistlar eller förträngningar i urinrör. Andra vanliga komplikationer är morbiditet vid tagstället, ärr, begränsning av funktion eller känsel i arm, hand eller ben (ofta tillfälligt).

Skrotalplastik

En pung kan rekonstrueras genom att man sätter in testikelproteser i de yttre blygdläpparna. Vid behov kan blygdläpparna justeras för att skapa volym (VY-teknik). Neoskrotum placeras ovanför eller omkring vaginalöppningen.

Vanliga komplikationer är infektion, bortstötning eller annan felfunktion av implantat.

Annan könskorrigerande kirurgi

Andra kirurgiska ingrepp för att feminisera respektive maskulinisera utseendet omfattar reduktion av adamsäpple hos personer med manligt födelsekön, olika operationer för att förändra kroppskonturerna samt olika ansiktskirurgiska ingrepp. Här avses inte sådana ingrepp som är direkt relaterade till övervikt eller fetma, eller som syftar till att ge personen ett yngre utseende.

Att personer med kvinnligt födelsekön upplever sina ansiktsdrag som alltför kvinnliga för att de ska passera som man i offentliga rum är mycket ovanligt, eftersom hormonbehandlingen i regel ger en kraftigt maskuliniserande effekt. Denna inbegriper skäggväxt och allmän tillväxt av ansiktsben, fettdisposition i ansiktet med mera. Ett tänkt behov skulle enbart uppstå när personen ifråga inte vill eller av medicinska skäl inte kan genomgå hormonbehandling.

Det saknas vetenskapligt underlag och beprövad erfarenhet i Sverige om effekten av såväl maskuliniserande ansiktskirurgi som om feminiserande och maskuliniserande kroppsmodifiering (med undantag för fettsugning på höft). Internationella riktlinjer rekommenderar inte heller explicit sådana åtgärder. Därför bedömer Socialstyrelsen att det saknas grund för att rekommendera maskuliniserande ansiktskirurgi samt feminiserande och maskuliniserande kroppsmodifiering (med undantag för fettsugning på höft).

Reduktion av adamsäpple

I syfte att underlätta för personer med manligt födelsekön att passera som kvinnor kan den främre delen av struphuvudet minskas. Detta sker genom ett horisontellt snitt i ett hudveck på halsen. Sedan skärs eller slipas ett lager av den yttre delen av sköldbrosket just ovanför stämbanden bort. Operationen kan ske oberoende av andra ingrepp eller i samband med röstkirurgiska interventioner, men påverkar i sig inte rösten. Eftersom ingreppet kan genomföras som en enskild åtgärd sker det ofta redan under den period då personen förväntas leva i enlighet med den könsidentitet personen vill bli bekräftad i.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda reduktion av adamsäpple till personer med manligt födelsekön och som har en tydligt framträdande främre del av struphuvudet. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt, men enligt beprövad erfarenhet ökar reduktion av adamsäpplet möjligheten att passera som kvinna. Denna patientnytta överväger riskerna med operationen, som (utöver de risker som alltid finns i samband med kirurgiska ingrepp) är skador på stämbanden, tillfällig heshet och ärrbildning som ger ett estetiskt oattraktivt resultat. I Socialstyrelsens rekommendation har dessutom en kartläggning av studier om reduktion av adamsäpple som återfinns i metodbilagan vägts in.

Socialstyrelsens rekommendation
Hälso- och sjukvården bör
- erbjuda reduktion av adamsäpple till personer med manligt födelsekön med könsdysfori.

Feminiserande ansiktskirurgi

Ansiktet är den kroppsdel som tydligast syns när vi rör oss i det offentliga rummet. För en del personer med manligt födelsekön kan ansiktsdragen göra det extremt svårt att passera som kvinna, trots anpassningar av bröst och underliv, behåringsgraden, klädseln, sättet att röra sig på, rösten och kommunikationen. Detta problem förstärker det stora psykiska lidande eller den funktionsnedsättning som könsdysforin kan innebära.

Det finns en rad kirurgiska ingrepp som syftar till att ge personen ett mer kvinnligt utseende på ansiktet. Exempel på sådana åtgärder är hårtransplantation, näsplastik, överkäksosteotomi, käkbensreduktion, hakplastik, okbensplastik, pannbensreduktion, läpplyft och läppförstoring. Traditionellt har sådana ingrepp i Sverige enbart skett på privata kliniker som är specialiserade på skönhetskirurgi och då bekostats av patienterna själva. Socialstyrelsen gör dock bedömningen att behovet av sådana ingrepp och den förväntade patientnyttan kan vara så stor att det kan vara motiverat att ge denna typ av vård även inom ramen för den offentligt finansierade vården.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården i undantagsfall[8] erbjuda feminiserande ansiktskirurgi till personer med manligt födelsekön med könsdysfori. Detta gäller patienter som bedöms ha alltför manliga ansiktsdrag för att passera som kvinnor i det offentliga rummet och som har ett påtagligt lidande till följd av könsdysforin.

Socialstyrelsen bedömer det som sannolikt att ett, eller om nödvändigt flera, ansiktskirurgiska ingrepp för att göra utseendet mer kvinnligt ökar dessa patienters möjlighet att passera som kvinna och därmed också deras livskvalitet. Denna patientnytta överväger riskerna för infektioner, ärr, blödningar, nervskador, frakturer av ansiktsskelettet samt de risker som kirurgiska ingrepp alltid innebär. I Socialstyrelsens rekommendation har dessutom en kartläggning av studier om ansiktskirurgiska ingrepp som återfinns i metodbilagan vägts in.

När dessa ingrepp genomförs bör de i möjligaste mån utvärderas för att bygga upp en kunskapsbas inför framtida rekommendationer. Det vetenskapliga underlaget om effekten av feminiserande ansiktskirurgi på livskvaliteten är otillräckligt. Den kliniska erfarenheten i Sverige är dessutom mycket begränsad. Därför måste en prövning av varje enskilt fall ske på basis av en sammanvägd bedömning av många faktorer och sådant som kan tolkas som

[8] ”I undantagsfall” syftar på att hälso- och sjukvården bör överväga särskilt noggrant om patientnyttan är tillräckligt stort i det enskilda fallet för att motivera åtgärden.

extraordinära behov. Dessa extraordinära behov är otydliga och kan därför inte beskrivas i text.

Socialstyrelsens rekommendation
Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall

- erbjuda ansiktskirurgiska ingrepp för att ge ett mer kvinnligt utseende till personer med manligt födelsekön som lider mycket till följd av sin könsdysfori.

Fettsugning på höft

För en del personer med kvinnligt födelsekön som har mycket breda höfter kan det vara extremt svårt att passera som man, trots anpassningar av bröst och underliv, behåringsgraden, klädseln, sättet att röra sig på, rösten och kommunikationen. Detta förstärker personernas stora psykiska lidande eller den funktionsnedsättning som könsdysforin kan innebära.

Fettsugning på höft innebär att man på kirurgisk väg tar bort fettceller som inte skulle försvinna i samband med någon form av bantning eller fysisk träning.

Traditionellt har sådana ingrepp i Sverige enbart skett på privata kliniker som är specialiserade på skönhetskirurgi och bekostats av patienterna själva. Socialstyrelsen gör dock bedömningen att behovet av valda ingrepp och den förväntade patientnyttan kan vara så stor, att det i undantagsfall kan vara motiverat med att ge denna typ av vård även inom ramen för den offentligt finansierade vården. Ibland kan ett sådant ingrepp genomföras i samband med något könskorrigerande kirurgiskt ingrepp i underlivet.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården i undantagsfall[9] erbjuda fettsugning på höft till personer med kvinnligt födelsekön med könsdysfori. Detta gäller personer som bedöms ha alltför kvinnlig kroppsform för att uppfattas som män i det offentliga rummet och som har ett påtagligt lidande till följd av könsdysforin.

Socialstyrelsen bedömer det som sannolikt att fettsugning på höft för att korrigera till ett mer manligt utseende ökar dessa personers möjlighet att passera som man och därmed ökar deras livskvalitet. Denna patientnytta överväger riskerna för infektioner, ärr, större blödningar, vätskebrist som leder till cirkulationschock, skador på hud eller nerver samt de risker som kirurgiska ingrepp alltid innebär.

När dessa ingrepp genomförs bör de i möjligaste mån utvärderas för att bygga upp en kunskapsbas inför framtida rekommendationer. Det vetenskapliga underlaget om effekten av fettsugning på höft på livskvaliteten är otillräckligt och den kliniska erfarenheten i Sverige är i dag mycket begränsad. Därför måste en prövning av varje enskilt fall ske på basis av en sammanvägd bedömning av många faktorer och det som kan tolkas som extraordi-

[9] ”I undantagsfall” syftar på att hälso- och sjukvården bör överväga särskilt noggrant om patientnyttan är tillräckligt stort i det enskilda fallet för att motivera åtgärden.

nära behov. Dessa extraordinära behov är otydliga och kan därför inte beskrivas i text.

Socialstyrelsens rekommendation

Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall

- erbjuda fettsugning på höft för att ge ett mer manligt utseende till personer med kvinnligt födelsekön, som lider mycket till följd av sin könsdysfori.

Sexuell och reproduktiv hälsa

Reproduktiv hälsa är oftast en viktig fråga för personer med könsdysfori, precis som för de flesta andra. Samtalsrådgivning och fertilitetsbehandling är därför viktiga delar av behandlingen vid könsdysfori.[10]

Sexologisk och sexualmedicinsk rådgivning

Personer med könsdysfori kan behöva professionell hjälp med att hantera sin sexualitet, till exempel genom samtal med en terapeut. På samma sätt som bland den övriga befolkningen finns det ett stort spektrum av sexuella identiteter, sexuella praktiker och sexuella problem bland personer med könsdysfori. Frågor som är specifika för könsdysforiska personer kan vara hanteringen av könsdysfori i en sexuell relation, ändringar i den sexuella läggningen eller sexuella preferenser som del av utforskandet av könsdysforin och själva könskorrigeringen samt de effekter som hormonell eller kirurgisk behandling kan ha på den sexuella funktionen och lusten.

Vissa personer med könsdysfori känner sig bekväma med att diskutera sin sexualitet med andra. Andra gör inte det, vilket är viktigt att respektera. Terapeuten behöver alltså visa en öppenhet inför sexologiska och sexualmedicinska frågeställningar utan att tvinga personen att prata om dem.

Att diskutera sexualitet med könsdysforiska personer kan ibland upplevas som svårt. Därför är det viktigt att använda ett respektfullt och inkluderande språk som utgår från de termer som individen föredrar, om personen har sådana preferenser, eller föreslå alternativ om personen känner sig obekväm med traditionella uttryck.

Terapeuten bör också vara uppmärksam på sexuell utsatthet och kunna bemöta erfarenheter av detta, samt kunna ge råd om hur personen kan skydda sig mot sexuellt överförbara sjukdomar.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda individanpassad sexologisk eller sexualmedicinsk rådgivning och behandling till de könsdysforiska personer som önskar det. Sådan rådgivning eller behandling bör vara dynamisk över tid och ta hänsyn till personens unika sociala och medicinska villkor.

I den mån det är möjligt bör rådgivningen ges inom utrednings- eller behandlingsteamet. Som ett alternativ till detta bör den könsdysforiska personen kunna få en remiss till andra terapeuter som har relevant erfarenhet och kunskap om dessa frågeställningar.

[10] Om det inte hänvisas till lagbestämmelser och inget annat anges grundar sig innehållet i följande kapitel på en sammanställning av vetenskaplig litteratur, internationella riktlinjer och rekommendationer samt beprövad erfarenhet i form av svenska experters kliniska erfarenhet.

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt. Enligt beprövad erfarenhet bidrar dock åtgärden till ökad livskvalitet samtidigt som den inte medför några direkta risker.

Socialstyrelsens rekommendation
Hälso- och sjukvården bör
- erbjuda individanpassad sexologisk eller sexualmedicinsk rådgivning och behandling till personer med könsdysfori.

Fertilitet

Det är vanligt att personer med könsdysfori vill ha eller kan komma att vilja bilda familj, likt andra delar av befolkningen. Särskilt för yngre personer som ännu inte hunnit bli föräldrar kan barnönskan ingå i livsplanen. Samtidigt innebär könskorrigerande behandling ofta stora risker för fertiliteten. Dels kan långvarig maskuliniserande eller feminiserande hormonbehandling försämra reproduktionsförmågan, dels innebär kirurgiska ingrepp i underlivet per definition att man inte kan skaffa barn på samma sätt som heterosexuella par som består av cispersoner.

Därför är det viktigt att hälso- och sjukvården erbjuder personer med könsdysfori information och rådgivning om vårdens möjligheter att hjälpa dem att kunna bli föräldrar samt om fertilitetsbevarande åtgärder.

Tekniska möjligheter att frysa och använda könsceller

Att frysa och, när graviditet är aktuell, tina sperma är i dag ett förhållandevis säkert sätt att åstadkomma en graviditet vid ett senare tillfälle med hjälp av provrörsbefruktning. Något sämre är möjligheterna för graviditet med frysta obefruktade och befruktade ägg. Om man enbart har tillgång till fryst äggstocksvävnad är möjligheterna för framtida graviditet fortfarande mycket begränsade.

Personer med manligt födelsekön kan spara spermier för att använda dem senare vid provrörsbefruktning. Detta är även möjligt om spermiekvaliteten är nedsatt. Om personen lider av azoospermi kan det vara nödvändigt med en biopsi av testiklarna och provrörsbefruktning med hjälp av intracytoplasmatisk spermieinjektion. I Sverige kräver sådan behandling att patienten lever i en etablerad relation med en person som patienten avser att skaffa barn med (7 kap. 3 §, lagen [2006:351] om genetisk integritet).

Personer med kvinnligt födelsekön har möjlighet att spara genetiskt material genom frysning av obefruktade ägg, befruktade ägg (möjligt i olika mognadsstadier) och äggstocksvävnad.

För att kunna plocka ut mogna ägg krävs att personen genomgår hormonstimulering. Både att använda frysta obefruktade ägg och frysta embryon ger i dag förhållandevis goda graviditetsresultat vid provrörsbefruktning.

Ett annat alternativ som är under utveckling är att frysa äggstocksvävnad som man sedan försöker återtransplantera för att i spontan menstruationscy-

kel eller efter hormonstimulering utvinna mogna ägg för befruktning utanför kroppen. Forskning på detta område pågår men antalet födda barn efter behandling är fortfarande begränsat.

Behandlingsmöjligheterna för personer med kvinnligt födelsekön är åldersberoende och försämras redan efter 30 års ålder.

Juridiska förutsättningar vid assisterad befruktning

Personer med kvinnligt födelsekön som inte påbörjat eller tillfälligt avbryter hormonbehandlingen och som avstår från könskorrigerande kirurgi i underlivet kan få barn med en manlig partner på egen hand eller genom assisterad befruktning med enbart parets könsceller. Även personer med manligt födelsekön som väljer att frysa sina spermier och som har en kvinnlig partner kan få fertilitetsbehandling i Sverige.

Eftersom det i Sverige endast är tillåtet med donation av en sorts könsceller till ett par, och eftersom surrogatmoderskap inte är tillåtet är det inte möjligt för personer med könsdysfori av antingen manligt eller kvinnligt födelsekön som lever i andra parkonstellationer att bli genetisk förälder.

Bevarandetider för vävnadsprover såsom obefruktade ägg och spermier ska bestämmas utifrån provernas hållbarhet och användbarhet (5 kap. 5 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2002:11) om biobanker i hälso- och sjukvården med mera). Flera landsting har som rutin att spara sperma tills mannen fyller 55 år. Frysta obefruktade ägg anses av landstingen lämpligt att spara tills kvinnan fyller 45 år. Befruktade ägg får förvaras i högst fem år, föreligger det synnerliga skäl får Socialstyrelsen medge att tiden för förvaring i fryst tillstånd förlängs (5 kap. 4 och 6 § lagen [2006:351] om genetisk integritet med mera). Befruktade ägg får enbart användas i den relation som var aktuell vid tidpunkten för befruktningen. Äggstocksvävnad kan sparas lika länge som obefruktade ägg.

Rättsläget vad gäller möjligheten att få ut sina frysta könsceller från en biobank för att använda dem i Sverige eller i annat land är dock ännu så länge oklart. Regeringen tillsatte i juni 2013 en utredning om utökade möjligheter till behandling av ofrivillig barnlöshet. I utredningen ska man bland annat undersöka om den föräldraskapsrättsliga regleringen behöver ändras på grund av slopade steriliseringskrav samt eventuell lagändring om surrogatmoderskap. Utredningen ska vara klar i juni 2015.

Rådgivning kring möjligheten att bli förälder

En del könsdysforiska personer föredrar en snabb behandling framför den framtida möjligheten att kunna få genetiska barn. Men man måste också komma ihåg att många unga patienter kanske ännu inte har reflekterat så mycket över sina framtida möjligheter att bli förälder. Man kan inte heller förutsätta att alla vid denna tidpunkt lever i stabila relationer. Följaktligen behöver rådgivning kring reproduktiva möjligheter inte uteslutande handla om genetiskt föräldraskap, utan även ta upp andra sätt att bli förälder, såsom insemination med donerad sperma tillsammans med en framtida partner eller genom adoption.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda rådgivning om könskorrigerande behandlingars potentiellt negativa inverkan på fertiliteten. Hälso- och sjukvården bör också informera om vårdens möjligheter och begränsningar att hjälpa personer att bli genetiska föräldrar i framtiden om de avser att genomgå könskorrigerande behandling. Här avses främst möjligheter att spara könsceller för att bli genetisk förälder, men även att bli social och juridisk förälder när partnern genomgår någon form av assisterad befruktning. Personen bör även få upplysningar om det aktuella rättsläget i frågan.

Det saknas vetenskapligt underlag om åtgärdens effekter. Åtgärden bör dock ses som en del i att erbjuda jämlik vård till alla patienter som ska genomgå en behandling som kan påverka fertiliteten negativt. I Socialstyrelsens rekommendation har dessutom en kartläggning av studier om fertilitetsbevarande åtgärder som återfinns i metodbilagan vägts in.

Socialstyrelsens rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda rådgivning om könskorrigerande behandlingars negativa inverkan på fertiliteten. Det innebär också att informera om vårdens möjligheter och begränsningar att hjälpa personer att bli genetiska föräldrar i framtiden om de avser att genomgå könskorrigerande behandling.

Kunskapen om effekter av könskonträr hormonbehandling och eventuella risker då den inletts före fertilitetsbevarande åtgärder är fortfarande starkt begränsad (se även det kunskapsunderlag om fertilitetsbevarande åtgärder som återfinns i metodbilagan).. Även om det teoretiskt är möjligt att göra ett uppehåll i behandlingen för att kunna spara könsceller av god kvalitet hos vuxna personer, är det därför att föredra att personen tar ställning till sina framtida reproduktiva möjligheter innan hormonbehandlingen påbörjas. Landstingen har en skyldighet att erbjuda alla patienter en jämlik vård (2 § HSL). Detta är viktigt att ha i åtanke när personer med könsdysfori ska genomgå en behandling som kan påverka deras fertilitet negativt.

Röst- och kommunikationsbehandling

Kommunikation, både verbal och icke-verbal, spelar en central roll i människors beteende och könsuttryck. Personer med könsdysfori uppfattas ofta som tillhörande det biologiska, oönskade könet, vilket kan innebära ett stort lidande och minskad livskvalitet [21]. Att inte kunna lita på sin röst och inte veta hur den uppfattas av andra kan leda till oro och undvikande inför att tala. Därför kan personer med könsdysfori behöva hjälp med att anpassa och utveckla röstegenskaper och icke-verbala kommunikationsmönster som stämmer överens med deras könsidentitet.[11]

Överväganden i samband med utredning och behandling

Det övergripande målet med röst- och kommunikationsbehandling är att hjälpa personer att anpassa sin röst och kommunikation på ett sätt som är både säkert och autentiskt. På så vis kan personen lära sig kommunikationsmönster som stämmer överens med könsidentiteten samtidigt som de återspeglar individens unika sätt att uttrycka sig. För att kunna uppnå dessa resultat krävs att logopeden, och i vissa fall foniatern, utreder och bedömer personens individuella omständigheter och förutsättningar samt personens individuella mål med behandlingen. Inspelning av rösten görs före, under och efter behandling för att dokumentera och för att kunna utvärdera behandlingsresultat.

Logopedisk behandling

Det finns ingen standardiserad modell för hur röstbehandlingen ska vara utformad men flera tekniker och program finns beskrivna (bland annat i [22]). Behandlingsmålen berör typiskt sett röstläge, intonation, röststyrka, röstkvalitet, resonans, artikulering, talhastighet och sätt att uttrycka sig. Behandlingen sker oftast individuellt. Hur ofta och länge behandlingen ska pågå bestäms av patientens behov. Behandlingen kan bestå av enstaka besök med rådgivning samt kortare och längre behandlingsperiod. Behandlingen ges oftast individuellt. Hur ofta och hur länge behandlingen ska pågå bestäms utifrån patientens behov och motivation.

Utöver att man vill åstadkomma en förändring i röstens karaktär kan en del personer uppleva det ansträngande att använda det önskade röstläget och symtom som rösttrötthet (så kallade fonasteniska besvär) kan uppstå. Rösten

[11] Om det inte hänvisas till lagbestämmelser och inget annat anges grundar sig innehållet i följande kapitel på en sammanställning av vetenskaplig litteratur, internationella riktlinjer och rekommendationer samt beprövad erfarenhet i form av svenska experters kliniska erfarenhet.

kan låta spänd, hes, svag, instabil och pressad. Därför är det viktigt att hjälpa personen att inte använda rösten på fel sätt och därmed förorsaka långvariga röstskador.

I vissa fall kan logopeder även hjälpa till med träning för att anpassa gester, mimik och övrig icke-verbal kommunikation.

Logopedisk behandling för att uppnå kvinnlig röst och kommunikation

Logopedisk behandling är indikerad när en person med manligt födelsekön som behandlas för könsdysfori har ett alltför lågt röstläge och röstklangen är alltför grov för att rösten ska passera som kvinnlig. I vissa fall talar personen med ett kvinnligt röstläge, men den manliga rösten märks tillfälligt till exempel vid hosta, harklingar eller skratt. Personen kan också ha svårigheter att anpassa övrig verbal och icke-verbal kommunikation.

För dessa patienter behövs ofta röstbehandling regelbundet under en längre tid med cirka tio till femton behandlingstillfällen. Det krävs även att personen övar på egen hand mellan behandlingstillfällena. Behandlingsresultatet följs upp även efter avslutad behandling.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda logopedisk behandling till personer med manligt födelsekön med könsdysfori och som har lågt röstläge, manlig röstklang, svårigheter att upprätthålla ett kvinnligt röstläge utan fonasteniska besvär eller svårigheter att anpassa övrig verbal och icke-verbal kommunikation.

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt. Enligt beprövad erfarenhet underlättar dock logopedisk behandling en höjning av röstläget, ljusare röstklang samt eventuell annan kommunikativ anpassning som gör att personens röst och övriga kommunikation upplevs som mer kvinnlig. Åtgärden anses därmed förbättra livskvaliteten. Denna patientnytta överväger risken för fonasteniska besvär vid felaktig träning eller att önskad röst- och kommunikationsförändring uteblir. I Socialstyrelsens rekommendation har dessutom en kartläggning av studier om röst- och kommunikationsbehandling som återfinns i metodbilagan vägts in.

Socialstyrelsens rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda personer med manligt födelsekön med könsdysfori logopedisk behandling i syfte att underlätta att patientens röst och övriga kommunikation uppfattas som mer kvinnlig och minska fonasteniska besvär.

Logopedisk behandling för att uppnå manlig röst och kommunikation

I regel sjunker röstläget hos personer med kvinnligt födelsekön till följd av hormonbehandlingen. I de fall denna effekt inte är tillräcklig kan logopedisk behandling fungera som komplement för att uppnå en mer manlig röst.

Behandling är indikerad när en person med kvinnligt födelsekön med könsdysfori har ett alltför ljust röstläge för att rösten ska passera som manlig. Röstklangen kan också upplevas som kvinnlig, personen kan ha svårigheter att uppnå ett lägre röstläge utan fonasteniska besvär eller svårigheter att anpassa övrig verbal och icke-verbal kommunikation.

För personer med kvinnligt födelsekön som behöver röstbehandling räcker oftast cirka fem behandlingstillfällen. Uppföljning av rösten sker regelbundet efter påbörjad hormonbehandling om den är aktuell.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda logopedisk behandling till personer med kvinnligt födelsekön med könsdysfori och som har högt röstläge, kvinnlig röstklang, svårigheter att uppnå ett lägre röstläge utan fonasteniska besvär eller svårigheter att anpassa övrig verbal och icke-verbal kommunikation.

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt, men enligt beprövad erfarenhet bidrar logopedisk behandling till att personens röst och övriga kommunikation upplevs som mer manlig samt att fonasteniska besvär minskar. Behandlingen förbättrar därmed livskvaliteten. Denna patientnytta överväger risken för fonasteniska besvär vid felaktig användning av rösten eller att önskad röst- och kommunikationsförändring uteblir. I Socialstyrelsens rekommendation har dessutom en kartläggning av studier om röst- och kommunikationsbehandling som återfinns i metodbilagan vägts in.

Socialstyrelsens rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda personer med kvinnligt födelsekön med könsdysfori logopedisk behandling i syfte att underlätta att patientens röst och övriga kommunikation uppfattas som mer manlig och minska fonasteniska besvär.

Feminiserande stämbandskirurgi

Ibland kan personer med manligt födelsekön uppleva sitt röstläge som alltför mörkt för att rösten ska passera som kvinnlig trots genomgången logopedisk behandling. I vissa fall fungerar röstläget i de flesta situationer men kan sjunka tillfälligt, till exempel vid hosta, harklingar eller skratt, vilket gör att rösten inte passerar som en kvinnas. Då bör kirurgisk behandling övervägas.

I dag används två huvudsakliga metoder för att höja röstens taltonläge och uppnå ljusare och därmed mer kvinnlig röst, nämligen stämbandssträckning

och stämbandsförkortning. Sådana operationer genomförs först efter att personen har fått tillstånd från rättsliga rådet att genomgå ingrepp i könsorganen.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda röstkirurgisk behandling i form av stämbandssträckning eller stämbandsförkortning till personer med manligt födelsekön som behandlas för könsdysfori. Detta ska ske efter att personen initialt genomgått logopedisk behandling och först när denna bedöms som otillräcklig.

Det vetenskapliga underlaget om åtgärdens effekt är otillräckligt, men enligt beprövad erfarenhet har röstkirurgi en röstlägeshöjande effekt som i regel är tillräckligt stor för att personens röst ska passera som kvinnlig. Riskerna som röstkirurgi medför (utöver de risker som kirurgiska ingrepp alltid innebär) är att röstomfånget blir begränsat, att rösten blir svagare och hes, kosmetiskt störande ärr (dock inte vid förkortning). Patientnyttan överväger dock riskerna. I Socialstyrelsens rekommendationer har dessutom en kartläggning av studier om röstkirurgiska ingrepp som återfinns i metodbilagan vägts in.

För att optimera effekten av röstkirurgisk behandling och för att förebygga röstproblem bör patienten även få logopedisk behandling i anslutning till operationen.

Socialstyrelsens rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda personer som tidigare genomgått feminiserande logopedisk behandling utan tillräckligt bra resultat röstkirurgisk behandling i form av stämbandssträckning eller stämbandsförkortning i syfte att uppnå en mer kvinnlig röst
- erbjuda logopedisk behandling i syfte att optimera effekten av röstkirurgisk behandling och för att förebygga röstproblem till följd av belastning.

Hårborttagning

Många personer med manligt födelsekön har skäggväxt och annan synlig kroppsbehåring på exempelvis hals och händer, vilket kan göra det svårt att passera som kvinna i det offentliga rummet. Därför kan det vara viktigt att få hjälp med att avlägsna sådant kroppshår permanent i den mån det är möjligt. Målet med permanent eller långvarig hårborttagning är att förstöra de hårsäckar som producerar oönskat hår.[12]

Ljusbaserade metoder och i särskilda fall nålbaserade metoder

Det finns två huvudsakliga metoder för att minska oönskad kroppsbehåring permanent, nämligen ljusbaserade metoder (intensivt pulsat ljus, som förkortas IPL, och laser) och nålbaserade metoder (elektrolys, diatermi och blend). För att uppnå en märkbar minskning av behåringen behövs ett flertal behandlingar med regelbundna mellanrum, även om detta kan variera mycket mellan olika hudområden.

Ljusbaserad behandling bygger på selektiv fototermolys. Behandlaren väljer IPL eller den laser och de inställningar som är lämpliga utifrån patientens hudfärg, hårfärg och hårtjocklek. Med ljusbaserade metoder kan relativt stora hudområden behandlas på kort tid.

Rött, grått eller vitt hår svarar inte på ljusbaserad behandling. I dessa fall rekommenderas nålepilering.

Nålepilering innebär att en tunn strömförande nål förs ner i hårsäcken för att åstadkomma en kemisk reaktion eller värme. Samtliga varianter av nålepilering är relativt långsamma eftersom man behandlar varje hårstrå för sig. Därför används metoden främst på mindre områden.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda permanent borttagning av hår i ansikte och på överkroppen (hals, bålens fram- och baksida, armar och händer) till personer med manligt födelsekön som behandlas för könsdysfori.

En systematisk kartläggning av effekten av permanent hårborttagning visar att de flesta studierna har genomförts på biologiska kvinnor som lider av hirsutism. Likväl finns det anledning att tro att resultaten är överförbara till könsdysforiska personer med manligt födelsekön. Avgörande för rekommendationen utifrån denna kartläggning är att både ljus- och nålbaserade metoder har visat sig vara effektiva på kort sikt. Det finns även evidens för att ljusbaserade metoder är effektiva på lång sikt. Enligt beprövad erfarenhet leder detta till större möjligheter för könsdysforiska personer att passera som kvinna och därmed ökad livskvalitet. Riskerna vid hårborttagning är hudrod-

[12] Om det inte hänvisas till lagbestämmelser och inget annat anges grundar sig innehållet i följande kapitel på en sammanställning av vetenskaplig litteratur, internationella riktlinjer och rekommendationer samt beprövad erfarenhet i form av svenska experters kliniska erfarenhet.

nad, svullnad och smärta vid båda typerna av metoder. Därtill kommer risk för pigmentförändringar i hud samt brännskador. Vid nålbaserade metoder förekommer även infektioner och ärr. Patientnyttan överväger dock riskerna.

Hälso- och sjukvården bör, om det finns praktiska förutsättningar, erbjuda ljusbaserade metoder för permanent hårborttagning framför nålbaserade metoder. Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget om den långsiktiga effekten av nålbaserade metoder är otillräckligt samt att ljusbaserade metoder vid en direkt jämförelse verkar vara mer effektiv på kort sikt (även om det vetenskapliga underlaget är begränsat).

Socialstyrelsens rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda borttagning av hår i ansikte och på överkroppen till personer med manligt födelsekön med könsdysfori. Vården kan erbjuda antingen ljusbaserade eller nålbaserade metoder, efter noggrann kartläggning av personens förutsättningar. I den mån det är möjligt bör patienten erbjudas ljusbaserade metoder.

Förväntad grad av hårfrihet och uppföljningsbehandling

Syftet med hårborttagning är att få bort så mycket hår som möjligt. Men även under **optimala** förhållanden är det svårt att bli helt hårfri. Det är även viktigt att tänka på att hårväxten kan variera på olika kroppsdelar under olika perioder i livet, till exempel brukar hårväxten på bröst och rygg hos genetiska män ofta öka upp till medelåldern.

Efter avslutad behandling kan patienten ha behov av mellan två och fyra behandlingar per år för att bibehålla resultatet av behandlingen. Personer som producerar mer hår på tidigare behandlade områden kan behöva fler behandlingar. För personer som producerar androgener tar det längre tid att minska behåringen tillräckligt på hormonkänsliga områden. Av samma anledning kan de behöva uppföljningsbehandling oftare än personer som har genomgått orchidektomi.

Här gör Socialstyrelsen följande bedömning.

Socialstyrelsens bedömning

När behåringen har minskat med minst 75–80 procent i ansiktet och med minst 70 procent på överkroppen kan personen betraktas medicinskt färdigbehandlad. Efter att dessa nivåer har uppnåtts bör uppföljningsbehandling ske efter behov för att bibehålla resultatet.

Socialstyrelsens bedömning baseras på tidigare publicerade studier och beprövad erfarenhet.

Livslång tillgång till primär- och specialistvård

Personer som någon gång diagnosticerats med könsdysfori behöver ofta vård livet ut. För att till exempel undvika de negativa sekundära effekterna av att ha tagit bort könskörtlarna vid relativt låg ålder eller av att få långvarig högdoserad hormonbehandling, behöver vårdgivarna samverka och se patientens vård som en helhet. Detta gäller både primärvården och vård som är inriktad på könskorrigerade personers speciella behov. Denna livslånga vård rör såväl den fysiska som den psykiska hälsan.[13]

Förebyggande åtgärder

Det är viktigt att personer som genomgått könskorrigerande behandling erbjuds samma vårdutbud som andra personer i deras ålder. När det gäller problem som hjärt-kärlsjukdomar, benskörhet och vissa cancerformer (i bröst, livmoderhals, äggstockar, livmoder och prostata) kan det vara nödvändigt att anpassa rutinerna för att förebygga och upptäcka sjukliga förändringar hos personer som genomgått könskorrigering.

Psykologisk, psykiatrisk och psykosocial eftervård

Behovet av uppföljning gäller även psykisk hälsa. Den uppföljande vården får därför gärna omfatta personal med psykoterapeutisk kompetens. Personal från utredningsteamet kan ha tillbringat en längre tid med patienterna än någon annan vårdpersonal och därför ha en utmärkt position för att hjälpa till med psykologiska eller psykiatriska problem efter könskorrigeringen.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda psykologisk och psykiatrisk uppföljning och eftervård samt vid behov psykosocial uppföljning till personer som har eller har haft könsdysfori. Detta bör primärt erbjudas av personal i utredningsteamet eftersom dessa tillbringar längre tid med patienten än någon annan i de andra professionerna som är inblandade i vården. Personen kan även tillgodogöra sig denna vård på annat håll där relevant erfarenhet och kompetens finns.

Det vetenskapliga underlaget om åtgärdernas effekt är otillräckligt, men enligt beprövad erfarenhet bidrar sådan uppföljning och eftervård sannolikt till bättre livskvalitet och hälsa bland personer som har eller har haft könsdysfori.

[13] Om det inte hänvisas till lagbestämmelser och inget annat anges grundar sig innehållet i följande kapitel på en sammanställning av vetenskaplig litteratur, internationella riktlinjer och rekommendationer samt beprövad erfarenhet i form av svenska experters kliniska erfarenhet.

Socialstyrelsens rekommendation
Hälso- och sjukvården bör
- erbjuda psykologisk och psykiatrisk uppföljning och eftervård och vid behov psykosocial uppföljning till personer med pågående eller tidigare könsdysfori.

Hormonbehandling livet ut

Vid långvarig hormonbehandling är det viktigt att kontinuerligt följa upp patienten medicinskt, vilket omfattar regelbunden kroppslig undersökning och provtagning för att utvärdera behandlingens effektivitet och eventuella biverkningar. Personen kan av andra orsaker eller till följd av sin långvariga hormonbehandling drabbas av andra sjukdomar som hjärt-kärlproblem eller cancer. Därför behöver all vårdpersonal vara uppmärksam även på dessa risker.

Hormonbehandling behöver inte avbrytas vid hög ålder

Generellt löper äldre personer som behandlats med könskonträrt hormon större risk för medicinska komplikationer än yngre. Att avbryta hormonbehandlingen hos personer som fått sina könskörtlar avlägsnade leder också till medicinska risker som behöver beaktas. Därför är det viktigt att vara uppmärksam på dessa risker och anpassa hormonbehandlingen i takt med patientens åldrande. Exempel på komplikationer som kan uppstå är
- benskörhet om hormonbehandlingen avbryts och den egna hormonproduktionen saknas
- hjärtkärlsjukdom
- ålderdiabetes
- läkemedelsrelaterade problem orsakade av interaktioner mellan andra läkemedel och hormonbehandlingen.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendationer är det generellt sett inte nödvändigt att avbryta hormonbehandlingen hos personer som har eller har haft könsdysfori på grund av personens ålder om det inte finns kontraindikationer mot sådan behandling.

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt när det gäller hur behandling med könskonträra hormoner påverkar äldre personer samt hur dessa risker kan reduceras på bästa sätt. Enligt beprövad erfarenhet är det dock rimligt att beakta nedanstående punkter för att undvika medicinska komplikationer. I Socialstyrelsens rekommendationer har dessutom en kartläggning av studier om hormonbehandling vid hög ålder som återfinns i metodbilagan vägts in.

Socialstyrelsens rekommendationer

Hälso- och sjukvården behöver inte

- avbryta hormonbehandlingen av äldre patienter med pågående eller tidigare könsdysfori om det inte finns kontraindikationer mot hormonbehandling.

Äldre som behandlas med könskonträrt hormon kan löpa större risk att råka ut för medicinska komplikationer än yngre personer. Det finns dock en rad åtgärder som den behandlande läkaren kan göra för att reducera dessa risker.

Hälso- och sjukvården kan behöva

- avbryta behandling med östrogen i samband med immobilisering och vid kirurgiska ingrepp som ökar risken för djup ventrombos
- reducera dosering av konträrt könshormon, dels beroende på ändrad elimineringstid, dels på grund av ökad risk för negativa effekter av långvarig östrogenbehandling i högre ålder
- överväga att reducera dosering av östrogen hos personer med manligt födelsekön, åtminstone efter 65 år. Dessa patienter ska i första hand behandlas med parenteralt östrogen (t.ex. transdermalt eller med injektioner). I närvaro av generella riskfaktorer för djup ventrombos (>40 år, övervikt, rökning, hereditet eller tidigare djup ven trombos) bör oralt östrogen undvikas.

Hälso- och sjukvården kan

- erbjuda PSA-prov till personer som är mellan 50 och 70 år som har prostatacancer i familjen (se även rekommendationen om undersökningar för tidig upptäckt av prostatacancer).

Hälso- och sjukvården bör

- titrera testosteronnivåerna hos personer med kvinnligt födelsekön för att identifiera lägsta effektiva dos
- monitorera kardiovaskulära riskfaktorer och behandla dem vid behov
- monitorera benmineralhalten, särskilt hos könsdysforiska personer med kvinnligt födelsekön med ökad risk för fraktur på grund av osteoporos och hos övriga enligt allmänna riktlinjer
- erbjuda samma screening för sjukdomar som förekommer i den allmänna befolkningen till personer med hormonell behandling för könsdysfori. För personer som inte genomfört juridisk ändring av könstillhörighet måste könsspecifik screening initieras av behandlande läkare (exempelvis könsdysforiska personer med manligt födelsekön avseende bröstcancerscreening).

Gynekologisk och urologisk vård

Gynekologisk vård, eller i förekommande fall urologisk vård, kan vara nödvändig för personer av såväl manligt som av kvinnligt födelsekön som har eller har haft könsdysfori.

Gynekologisk vård är aktuell för personer med kvinnligt födelsekön som inte genomgått nedre kirurgi eller som har fått en penisplastik, men har inre könsorgan kvar. För personer med manligt födelsekön krävs sådan vård efter underlivskirurgi.

Långvarig eftervård och uppföljning efter könskorrigerande kirurgiska ingrepp ger ofta goda kirurgiska och psykosociala resultat. Eventuella komplikationer följs i regel upp av den klinik där ingreppet skett, men mindre korrigeringar kan även komma att tas om hand lokalt. Om personen bor långt från sjukhuset är det viktigt att upprätta en vårdplan där behovet av långtidsuppföljning har en given plats. Det är också viktigt att vårdgivaren försöker etablera kontakter med lokala mottagningar. Det är önskvärt att gynekolog, urolog och plastikkirurg samverkar kring patientens vård. I dag ger många kirurger redan råd till patienter om postoperativ underlivsvård, men det är viktigt att även läkare inom primärvården och gynekologer är förtrogna med de underlivsproblem som är specifika för personer som har fått vård och behandling vid könsdysfori.

Gynekologisk vård efter feminiserande underlivskirurgi

Det är viktigt att personer med manligt födelsekön som genomgått nedre kirurgi erbjuds rådgivning kring underlivshygien, sexualitet och prevention av sexuellt överförbara sjukdomar. Utöver det är det också viktigt att de får information om vikten av dilatation av neovaginan eller omslutande vaginala samlag för att behålla vaginans djup och vidd. (Se även rekommendationen om sexologisk eller sexualmedicinsk rådgivning.)

Personer med manligt födelsekön som genomgått kirurgiska ingrepp i underlivet får ofta urinvägsinfektion på grund av det förkortade urinröret. Dessutom kan dessa personer lida av funktionsproblem i urinvägarna. Sådana problem kan bero på skador på det autonoma nervsystemet i urinblåsans botten, som uppstod när man la snittet mellan ändtarm och blåsa. Efter könskorrigerande operation kan personen drabbas av dysfunktionell blåsa (till exempel överaktiv blåsa, stress- eller trängningsinkontinens). Det är viktigt att vården uppmärksammar dessa problem och behandlar dem.

Gynekologisk vård efter maskuliniserande hormonbehandling

Det är vanligt att könskorrigerade personer med kvinnligt födelsekön har slidan kvar oberoende av eventuella andra kirurgiska ingrepp i underlivet. Hos personer som behandlas med maskuliniserande hormoner kan man ofta se atrofiska förändringar i vaginans slemhinna som kan förorsaka klåda och sveda.

Gynekologiska undersökningar kan både upplevas som fysiskt smärtsamma och vålla stort psykiskt obehag för dessa personer, men utan behandling kan situationen förvärras. Gynekologer som behandlar underlivsproblem hos personer som har eller har haft könsdysfori bör vara medvetna om att det för personer med manlig könsidentitet och manligt könsuttryck kan vara mycket känsligt att låta de könsorgan som traditionellt förknippas med kvinnor undersökas.

Undersökningar för att upptäcka cancer i bröst och underliv

Undersökningar som syftar till att tidigt upptäcka cancer i organsystem som är kopplade till en specifik könstillhörighet kan innebära särskilda medicinska och psykosociala utmaningar för könskorrigerade personer och deras vårdgivare.

För många och för frekventa undersökningar leder å ena sidan till höga vårdkostnader, en hög andel falska positiva besked samt till att patienten utsätts för onödiga risker i samband med diagnostiska interventioner. För få eller för sällan förekommande undersökningar leder å andra sidan till förseningar i att ställa rätt diagnos för potentiellt behandlingsbara cancersjukdomar.

Personer som blir kallade inom ramen för den ordinarie cancerscreeningen kan i sin tur uppleva det som att de antingen blir bekräftade i sitt nya kön eller att det är både fysiskt och emotionellt smärtsamt när de blir kallade i sitt gamla kön. Därför är det en viktig pedagogisk uppgift för vården att hjälpa personer att erkänna och acceptera den kropp och de organ de faktiskt har, för att tidigt kunna upptäcka eventuella sjukliga förändringar. Vidare behöver personer informeras om vilka organ de har kvar och som därmed kan bli sjuka, till exempel livmoderhalsen.

Vid alla fysiska undersökningar behöver hälso- och sjukvårdspersonalen dessutom vara medveten om att patienter kan uppleva det som mycket känsligt att genomgå typer av undersökningar som traditionellt förknippas med det kön man inte identifierar sig med, liksom undersökningar av könsorgan som traditionellt förknippas med det kön man inte identifierar sig med. Därför är det särskilt viktigt att bemöta patienten med respekt och lyhördhet i sådana situationer.

Undersökningar för tidig upptäckt av bröstcancer hos personer med kvinnligt födelsekön

Det vetenskapliga underlaget tyder på att risken för bröstcancer hos personer som har eller har haft könsdysfori verkar minska i samband med bröstreduktion eller mastektomi, oberoende av deras erfarenhet av hormonbehandling. Denna slutsats är baserad på studier om bröstreduktion på ciskvinnor. Bröstcancerrisken påverkas av när mastektomin genomförs och av hur mycket bröstvävnad som avlägsnas. Trots detta är risken för bröstcancer högre för

personer som har kvinnligt födelsekön som genomgått bröstreduktion eller mastektomi, än för biologiska män.

Enligt Socialstyrelsens bedömning är risken så låg för att få bröstcancer att en undersökning inte väger upp för det obehag som många av dessa personer upplever i samband med undersökningen. Socialstyrelsen rekommenderar därför inte sådana undersökningar i enbart förebyggande syfte.

Personer med pågående eller tidigare könsdysfori av kvinnligt födelsekön som inte genomgår bröstkirurgi antas riskera få bröstcancer på samma sätt som ciskvinnor och denna risk ökar med åldern. Därför är det viktigt med förebyggande undersökningar.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda manuella bröstundersökningar och mammografi till personer med pågående eller tidigare könsdysfori som har kvinnligt födelsekön och intakta bröst, oavsett tidigare eller pågående hormonbehandling. Detta ska ske med samma frekvens som för ciskvinnor, vilket i Sverige innebär mammografiundersökning minst vartannat år i åldern 40–74 år [23].

Det vetenskapliga underlaget om effekten av åtgärden är otillräckligt, men enligt tidigare publicerade studier redovisade i internationella riktlinjer, samt beprövad erfarenhet, leder åtgärden till tidigare upptäckt av eventuell bröstcancer och därmed minskad risk för förtida död. Denna patientnytta överväger risken för obehag i samband med undersökningen och känslomässig stress i samband med falskt positiva resultat. I Socialstyrelsens rekommendation har dessutom en kartläggning av studier om risken för bröstcancer som återfinns i metodbilagan vägts in.

Socialstyrelsens rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda personer med pågående eller tidigare könsdysfori som har kvinnligt födelsekön och intakta bröst manuella bröstundersökningar och mammografi med samma frekvens som för ciskvinnor.

Undersökningar för tidig upptäckt av bröstcancer hos personer med manligt födelsekön

Även personer med manligt födelsekön kan till följd av feminiserande hormonbehandling få bröstcancer, men det är okänt om risken är jämförbar med den för biologiska kvinnor. Sannolikt ökar risken vid långa perioder av exponering för feminiserande hormoner, bröstcancer i släkten, fetma och användning av gestagen.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda regelbundna mammografiundersökningar (lämpligen vartannat år) till könsdysforiska eller tidigare könsdysforiska personer med manligt födelsekön, som tidigare fått eller får hormonbehandling och som är över 50. Detta gäller

personer där det finns ytterligare riskfaktorer såsom behandling med östrogen och gestagen under minst fem år, bröstcancer i släkten eller fetma.

Det vetenskapliga underlaget om effekten av åtgärden är otillräckligt, men enligt tidigare publicerade studier redovisade i internationella riktlinjer samt beprövad erfarenhet, leder åtgärden till tidigare upptäckt av eventuell bröstcancer och därmed minskad risk för förtida död. Denna patientnytta överväger risken för obehag i samband med undersökningen och känslomässig stress i samband med falskt positiva resultat. I Socialstyrelsens rekommendation har dessutom en kartläggning av studier om risken för bröstcancer som återfinns i metodbilagan vägts in.

Socialstyrelsens rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda personer med pågående eller tidigare könsdysfori med manligt födelsekön, som tidigare fått eller får hormonbehandling, regelbundna mammografiundersökningar om de har fyllt 50 år och det föreligger ytterligare riskfaktorer (såsom behandling med östrogen och gestagen under minst fem år, bröstcancer i släkten eller fetma).

Undersökningar för tidig upptäckt av livmodercancer

Det vetenskapliga underlaget tyder på att testosteronbehandling sannolikt inte ökar risken för cancer i livmodern. Däremot är det viktigt att följa upp eventuella gynekologiska besvär som vaginala blödningar hos personer med kvinnligt födelsekön.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda personer med pågående eller tidigare könsdysfori med kvinnligt födelsekön som lider av utdragna oförklarade blödningar fullständig utredning, oavsett tidigare eller pågående hormonbehandling. Vid patologiskt fynd bör även biopsi från endometrium erbjudas.

Det vetenskapliga underlaget om effekten av åtgärden är otillräckligt, men enligt tidigare publicerade studier redovisade i internationella riktlinjer, samt beprövad erfarenhet, leder åtgärden till tidigare upptäckt av livmodercancer och därmed minskad risk för förtida död. Denna patientnytta överväger risken att personen känner obehag i samband med undersökningen.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda preventiv hysterektomi om personen inte önskar bli gravid och det inte finns några medicinska hinder. Denna rekommendation baserar sig på internationella riktlinjer. I Socialstyrelsens rekommendationer har dessutom en kartläggning av studier om risken för livmodercancer som återfinns i metodbilagan vägts in.

Socialstyrelsens rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda fullständig utredning och vid patologiskt fynd biopsi från endometrium, vid utdragna oförklarade blödningar hos personer med pågående eller tidigare könsdysfori med kvinnligt födelsekön.

Hälso- och sjukvården kan

- erbjuda preventiv hysterektomi om patienten inte önskar bli gravid och det inte finns medicinska hinder.

Undersökningar för tidig upptäckt av livmoderhalscancer

Det vetenskapliga underlaget tyder på att testosteronbehandling av personer med kvinnligt födelsekön sannolikt inte ökar risken för livmoderhalscancer. Däremot kan risken öka för något avvikande cellprov på grund av atrofiska förändringar.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda gynekologisk cellprovskontroll och vid konstaterade patologiska cellförändringar kolposkopi till personer som har eller har haft könsdysfori med kvinnligt födelsekön och intakt livmoderhals. Detta ska ske oavsett tidigare eller pågående hormonbehandling och med samma frekvens som för ciskvinnor. I Sverige innebär det för närvarande cellprov vart tredje år i åldern 23–50 och därefter vart femte år till och med 59 års ålder (se till exempel [24]).

Det vetenskapliga underlaget om effekten av åtgärden är otillräckligt, men enligt tidigare publicerade studier redovisade i internationella riktlinjer, samt beprövad erfarenhet, leder åtgärden till tidigare upptäckt av eventuell cancer i livmoderhalsen och därmed minskad risk för förtida död. Denna patientnytta överväger risken att personen känner obehag i samband med undersökningen.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda könsdysforiska eller tidigare könsdysforiska personer med kvinnligt födelsekön total hysterektomi vid höggradig dysplasi eller om personen vill undvika cellprovtagning. I detta fall är det särskilt viktigt att samtidigt erbjuda sexualmedicinsk rådgivning eftersom en sådan operation kan påverka vissa sexuella praktiker. I Socialstyrelsens rekommendationer har dessutom en kartläggning av studier om risken för livmoderhalscancer som återfinns i metodbilagan vägts in.

Socialstyrelsens rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda gynekologisk cellprovskontroll och vid konstaterade patologiska cellförändringar kolposkopi till personer med pågående eller tidigare könsdysfori med kvinnligt födelsekön och intakt livmoderhals. Detta bör ske oavsett tidigare eller pågående hormonbehandling och med samma frekvens som för ciskvinnor.

Hälso- och sjukvården kan

- erbjuda preventiv total hysterektomi till patienter med höggradig dysplasi eller om patienten vill undvika cellprovtagning.

Undersökningar för tidig upptäckt av äggstockscancer

Det vetenskapliga underlaget tyder på att det inte är uteslutet att testosteronbehandling kan påverka risken för äggstockscancer.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda gynekologisk undersökning och ultraljudsundersökning med 1–3 års mellanrum till personer med kvinnligt födelsekön och intakta äggstockar som har fyllt 40, har äggstockscancer i familjen eller tidigare bröstcancersjukdom. Detta gäller oavsett tidigare eller pågående hormonbehandling.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda årlig undersökning till personer med polycystiskt ovariesyndrom (PCOS).

Det vetenskapliga underlaget om effekten av åtgärderna är otillräckligt, men rekommendationerna är i enlighet med tidigare publicerade studier, redovisade i internationella riktlinjer, samt beprövad erfarenhet. Syftet med dessa undersökningar är att tidigare upptäcka eventuell cancer i äggstockarna och därmed att minska risken för förtida död. Denna patientnytta överväger risken att personen känner obehag i samband med undersökningen.

Hälso- och sjukvården kan också erbjuda preventiv salpingo-ooforektomi om personen inte önskar bli gravid och det inte finns några medicinska hinder. Denna rekommendation baserar sig på internationella riktlinjer. I Socialstyrelsens rekommendationer har dessutom en kartläggning av studier om risken för äggstockscancer som återfinns i metodbilagan vägts in.

Socialstyrelsens rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda gynekologisk undersökning och ultraljudsundersökning med 1–3 års mellanrum till könsdysforiska personer med kvinnligt födelsekön som har intakta äggstockar och som har fyllt 40, har äggstockscancer i familjen eller tidigare bröstcancersjukdom. Detta gäller oavsett tidigare eller pågående hormonbehandling.

Hälso- och sjukvården kan

- erbjuda årlig gynekologisk undersökning och ultraljudsundersökning till personer med polycystiskt ovariesyndrom (PCOS).

- erbjuda preventiv salpingo-ooforektomi om personen inte önskar bli gravid och det inte finns några medicinska hinder.

Undersökningar för tidig upptäckt av prostatacancer

Det vetenskapliga underlaget tyder på att feminiserande hormonbehandling minskar risken för prostatacancer något, men det är oklart i vilken utsträckning. Eftersom mätning av PSA-nivåer (prostataspecifikt antigen) generellt inte är en särskilt säker indikator på prostatacancer är sådana tester enbart indikerade för personer som bär på riskfaktorer.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda rektalundersökningar till könsdysforiska eller tidigare könsdysforiska personer med manligt födelsekön med samma frekvens och på samma indikationer som cismän. Detta gäller oavsett tidigare eller pågående hormonbehandling.

Hälso- och sjukvården kan också erbjuda PSA-prov till högriskpatienter (familjär förekomst) som är mellan 50 och 70 år. Sådana tester ska enbart tas i samråd med patienten där läkaren informerar om testets för- och nackdelar [25].

Det vetenskapliga underlaget om effekten av åtgärderna är otillräckligt, men enligt tidigare publicerade studier redovisade i internationella riktlinjer, samt beprövad erfarenhet, leder åtgärden till tidigare upptäckt av eventuell prostatacancer och därmed minskad risk för förtida död. Denna patientnytta överväger risken för att personen känner obehag i samband med undersökningen och känslomässig stress i samband med falskt positiva resultat. I Socialstyrelsens rekommendationer har dessutom en kartläggning av studier om risken för prostatacancer som återfinns i metodbilagan vägts in.

Socialstyrelsens rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda personer med pågående eller tidigare könsdysfori med manligt födelsekön rektalundersökningar med samma frekvens och på samma indikationer som cismän, oavsett tidigare eller pågående hormonbehandling.

Hälso- och sjukvården kan

- erbjuda PSA-prov till personer som är mellan 50 och 70 år som har prostatacancer i familjen.

Risken för testikelcancer är okänd

Majoriteten personer med könsdysfori med manligt födelsekön som väljer att behandlas med feminiserande hormoner väljer också könskorrigerande operationer i underlivet där kastration ingår. Det saknas forskning och klinisk erfarenhet om personer som avstår från underlivskirurgi eller sparar testiklarna i buken vid könskorrigerande underlivskirurgi. Därför kan Socialstyrelsen i dagsläget inte utfärda några rekommendationer om hur dessa personer ska behandlas för att främja en tidig upptäckt av testikelcancer.

Vård och behandling över landsgränser

Patienter från Sverige som söker vård utomlands

Som försäkrad för vårdförmåner i Sverige kan man vara berättigad till att få ersättning för planerad sjukvård i ett annat EES-land. Försäkrad kan man vara ifall man bor eller arbetar i Sverige, eller om Sverige är behörig medlemsstat för patienten. Det är Försäkringskassan som utreder vilken som är behörig medlemsstat.

Möjligheten att få ersättning för vård utomland regleras genom förordning (EG) 883/2004 samt genom lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom EES (ersättningslagen). Ersättningslagen gäller i Sverige från den 1 oktober 2013 och är den svenska lagstiftningen som följer av att det så kallade patientrörlighetsdirektivet (2011/24/EU) trädde i kraft den 25 oktober 2013.

För att kunna få ersättning för sina vårdkostnader i ett annat EES-land ska man vara försäkrad i Sverige, ha medicinskt behov av vården och vården skulle ha bekostats av det allmännas försorg om personen hade fått den i Sverige.

Det är möjligt att ansöka om förhandstillstånd eller förhandsbesked hos Försäkringskassan och få besked om huruvida ersättning utgår för vården innan man får vården. Det finns också en möjlighet att ansöka om ersättning i efterhand. Patienten bekostar då vården själv och får ersättning för sina kostnader i efterhand.

I Sverige är det Försäkringskassan som är behörig myndighet för att utreda vilken som är behörig medlemsstat och ifall man kan få ersättning för vård i ett annat EES-land.

När det gäller personer som kommer från länder utanför EU/EES finns det ingen möjlighet att få kostnader ersatta, utan där får personen stå för kostnaden själv eller täcka dem med hjälp av privata sjukvårdsförsäkringar.

Patienter från andra länder som söker vård i Sverige

På liknande sätt som någon som är försäkrad i Sverige kan få ersättning för vård utomlands, kan försäkrade från andra EES-länder söka vård i Sverige. Även de kan få förhandsbesked eller förhandstillstånd från behörig myndighet i sin försäkringsmedlemsstat. De kan även välja att betala kostnaden själv och ansöka om ersättning i efterhand hos sin behöriga myndighet. Huruvida ersättning utgår avgörs alltså av behörig myndighet där man är försäkrad för vårdförmåner.

Patientrörlighetsdirektivet innebär inte att man får företräde inom den vård som landstinget tillhandahåller, och påverkar inte landstingens rätt att planera och prioritera inom vården. Det är landstinget som bedömer huruvida man kan erbjuda vård till någon som är försäkrad i ett annat EES-land och önskar få vård i Sverige.

Svenska och utländska medborgare som är bosatta i ett annat land kan under vissa förutsättningar få en dom eller ett beslut om ändrad könstillhörighet från ett annat land, erkänd i Sverige (3 a § könstillhörighetslagen). För i Sverige folkbokförda personer som har genomgått könskorrigerande behandling utomlands gäller samma regler som för personer med könsdysfori som genomgått hela utredningen och behandlingen i Sverige. Under särskilda omständighet kan det dock vara aktuellt med en kortare utredningstid för dessa personer (Regeringens proposition 2011/12:142 Ändrad könstillhörighet sid. 50 f.).

Rätten till medicinsk behandling för en person med könsdysfori som inte är folkbokförd i Sverige regleras inte i könstillhörighetslagen.

Utländska könsidentitetsutredningar som utgångspunkt för somatisk vård i Sverige

Givet att det inte föreligger något problem ur en patientsäkerhetsaspekt finns inga juridiska problem med att acceptera utredningar gjorda i andra länder eller andra utredningsteam i landet under förutsättning att de är väldokumenterade och innehållet inte avviker allt för mycket från den egna praxisen. Hälso- och sjukvårdspersonalen i Sverige måste likväl göra sin egen bedömning av den utförda utredningen eftersom de bär det yttersta ansvaret för hur de fullgör sina arbetsuppgifter (6 kap. 2 § PSL). Man bör också överväga de eventuella risker, som depression och självmord, som kan finnas om en patient måste ”börja om”.

Vid vård och behandling av könsdysfori för asylsökanden och personer som vistas i landet utan tillstånd måste den behandlande läkaren alltid göra en individuell bedömning (se avsnittet om *Särskilt utsatta grupper*). Ett eventuellt avbrott i en redan påbörjad behandling måste vägas mot de medicinska risker ett avbrott i behandlingen skulle innebära för den enskilda personen.

Ekonomiska konsekvenser

Socialstyrelsen gör i detta avsnitt en bedömning av hur ett införande av kunskapsstödet påverkar organisation, personalresurser och kostnader för vården och omsorgen. Avsikten är att ge stöd och underlag till huvudmännen. Ett mer omfattande hälsoekonomiskt underlag redovisas i metodbilagan.

Konsekvenser för vård och behandling vid könsdysfori på en övergripande nivå

Socialstyrelsens preliminära slutsats är att rekommendationerna i kunskapsstödet kan få organisatoriska och ekonomiska konsekvenser för hälso- och sjukvården. Detta eftersom efterfrågan på vård vid könsdysfori i dag förväntas öka något när den nu omfattar inte enbart personer som fått diagnosen transsexualism, utan även koderna för övriga könsidentitetsstörningar, och eftersom rekommendationerna i vissa fall kan innebära att hälso- och sjukvården tillhandahåller funktioner och tjänster i större omfattning än tidigare.

Socialstyrelsen bedömer att majoriteten av alla personer som får en könsdysforidiagnos behöver någon form av specialiserad vård.

Den nationella statistiken visar att antalet personer som erhållit de olika diagnoserna har ökat under de senaste åren. År 2012 hade 975 vuxna registrerats med diagnosen transsexualism eller övrig könsidentitetsstörning. Av de vuxna hade tre fjärdelar fått diagnosen transsexualism. Fram till 2012 ansökte mellan cirka 50 och 70 personer per år om ändrad könstillhörighet hos Socialstyrelsens rättsliga råd. Bifall innebär att individen samtidigt har fått tillstånd för ingrepp i könsorganen. På senare tid har antalet sökande till rättsliga rådet ökat markant. 2013 ansökte 170 personer om ändrat juridiskt kön. Nästan alla ansökningar godkänns. En förklaring till denna ökning kan vara att steriliseringskravet för att ändra juridisk könstillhörighet har tagits bort. Det är därför osäkert hur stor andel av dessa personer som faktiskt vill genomgå ingrepp i könsorganen.

En närmare konsekvensbeskrivning av hela kunskapsstödets innehåll är i dag inte möjlig att genomföra på nationell nivå. Vidare saknas ännu konsekvensbeskrivningar av vissa rekommendationer om specifika åtgärder på regional nivå. Anledningen är dels att det saknas tillförlitlig statistik om antal personer med könsdysfori på regional nivå, dels att det saknas detaljerad information om hur de åtgärder som erbjuds varierar mellan olika regioner.

Konsekvenser av rekommendationer om specifika åtgärder

Bedömningen utgår från en bild av hur verksamheten bedrivs generellt på nationell nivå i dag. Socialstyrelsen förväntar sig att rekommendationerna påverkar praxis och resursfördelningen när det gäller vård vid könsdysfori, så

att mer resurser fördelas till de åtgärder som rekommendationerna i kunskapsstödet avser. För att få en detaljerad bild av kostnaden för olika insatser per utrednings- och behandlingsår hänvisas till metodbilagan.

Förstärkt samordning

Samverkan inom vården vid (misstänkt) könsdysfori kan handla om aktiviteter och information som överskrider gränser inom eller mellan organisationer. För att samverkan ska fungera krävs att det finns ett system för samordning av vården. Socialstyrelsen bedömer att om en större andel patienter utnyttjar möjligheten till fast vårdkontakt eller om vårdgivaren i större grad utvecklar andra system för samordning av vården för att garantera patienternas behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården, kan det medföra ökade kostnader på platser där utrednings- och behandlingsteam saknas och där det i dag saknas en sådan funktion. Socialstyrelsen bedömer också att detta arbetssätt kan medföra att utrednings- och behandlingstiden kan förkortas, vilket kan leda till besparingar längre fram. Detta gäller även på platser där team redan finns. De sammanvägda ekonomiska konsekvenserna är svåra att uttala sig om. Kostnaden är också beroende av vilken yrkesroll samordnaren har samt dennes anställningsgrad. Att storleken på patientpopulationen med könsdysfori skiljer sig åt över landet antas påverka kostnaden för samordningsfunktionen för respektive sjukvårdsregion. I de regioner där patientpopulationen är stor kan det röra sig om en heltidstjänst medan olika nivåer av deltidssysselsättning kan förekomma i andra regioner. Kostnaden för samordningsfunktionen presenteras i tabell 1 och är indelad på 100 procents, 50 procents, respektive 30 procents sysselsättning samt efter tänkbara befattningar.

Tabell 1. Kostnad för samordningsfunktion (kronor 2013)

Yrkesroll[a]	Årslön (2013)[b]	Årskostnad heltidsanställd[c]	Årskostnad deltidsanställd, 50 %[c]	Årskostnad deltidsanställd, 30 %[c]
Socialsekreterare och kuratorer	351 506	495 624	247 812	173 468
Sjuksköterskor, psykiatrisk vård	376 173	530 404	265 202	185 642
Övriga sjuksköterskor	357 673	504 319	252 159	176 512

a Indelat efter SSYK (Standard för Svensk Yrkesklassificering)
b Löneuppgifter inhämtade från Statistiska Centralbyrån, uppräknat med KPI 2012-2013 samt inklusive 12 % semesterlön
c Avser (andel av) årslön 2013, inklusive sociala avgifter om 41 %

Feminiserande ansiktskirurgi

Feminiserande ansiktskirurgi kan vara ett nödvändigt inslag i behandlingen av könsdysforin hos personer med stort psykiskt lidande och små möjligheter att passera som kvinna. Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om feminiserande ansiktskirurgi kommer att leda till att hälso- och sjukvårdens kostnader för kirurgiska ingrepp i samband med behandling av könsdysfori

kommer att öka något. Socialstyrelsen bedömer också att kostnadsökningen inte kommer att vara stor om ingreppen genomförs, som är avsedd i rekommendationen, endast i undantagsfall och endast för de personer som hälso- och sjukvårdspersonalen anser har extraordinärt stort behov av den. Feminiserande ansiktskirurgi ökar möjligheten för dessa individer att passera som kvinna, ökar sannolikt deras livskvalitet och tros minska det psykiska lidande och den eventuella funktionsnedsättning som dessa personer har. Det lär dock innebära en samhällsekonomisk besparing på lång sikt i termer av färre återkommande besök för psykiska besvär samt bättre funktionsförmåga och anpassning i arbetslivet.

För dem som kan komma ifråga för ansiktskirurgi kommer behoven sannolikt att variera stort från individ till individ. Därför är det svårt att göra en uppskattning av kostnaden per patient. Eftersom en samlad bedömning inte kan göras, listar vi i stället tänkbara ingrepp i tabell 2. Prisuppgifter från privata plastikkirurger har kompletterats med uppgifter från den offentliga vården. Kostnaderna för ansiktskirurgi varierar mellan olika delar i landet och mellan kliniker. Även svårighetsgrad på ingrepp påverkar kostnaden. Därför presenteras priserna i intervaller.

Tabell 2. Kostnader för ansiktskirurgi, uppdelat efter typ av ingrepp (kronor 2013)

Ingrepp	Privata plastikkirurger [a]	Södra sjukvårdsregionen[26]
Konsultation	500 -750	2 246
Kindimplantat	22 000 – 29 400[b]	*uppgift saknas*
Näsplastik	17 000 – 50 000	15 000 – 31 000
Hakimplantat	17 000 – 25 200	*uppgift saknas*
Flytt av käkled	*uppgift saknas*	64 045
Hakförminskning	16 000 – 22 000	*uppgift saknas*
Haka + näsa (paket)	från 44 000	*uppgift saknas*

Hjälpmedel

När en person med könsdysfori kan leva i den könsroll som stämmer överens med personens könsidentitet ökar sannolikt personens livskvalitet. Svårigheterna att leva i denna sociala roll kan dock vara stora innan man har påbörjat någon fysisk behandling eller i början av sådan behandling innan de fysiska förändringarna har blivit synliga. Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om att erbjuda hjälpmedel, som peruker, lösa bröstproteser (inte att förväxla med implantat), lösa penisproteser och binder, leder till vissa kostnadsökningar för hälso- och sjukvårdens i samband med behandling av könsdysfori. Binder betraktas nu också som ett hjälpmedel. Vidare skiljer sig regionerna i dag åt med avseende på vad som redan erbjuds. Därför är det svårt att göra en uppskattning av den totala kostnadsökningen för hälso- och sjukvården. I stället ges en uppskattning i av kostnaderna per insats och patient (tabell 3).

Tabell 3. Kostnad per insats och patient (kronor 2013)

Hjälpmedel	Kostnad per insats	Andel patienter [a]
Binder [b]	255 - 430	*Uppgift saknas*
Lös bröstprotes [b]	2 000 - 3 000	*Uppgift saknas*
Lös penisprotes [b]	17 000 - 20 000	*Uppgift saknas*
Peruk [c]	5 000	*Uppgift saknas*

a Andel av berörd patientgrupp (personer med manligt födelsekön, personer med kvinnligt födelsekön eller båda grupperna tillsammans)
b Prisintervall för tillgängliga modeller på marknaden. Val beror på patientens personliga preferenser. För bröstprotes är kostnaden angiven per kalenderår och avser återförsäljare med avtal med SLL. För binder och penisprotes är kostnaden angiven per styck.
c Peruker subventioneras med 5000 kr per kalenderår[27]. Återförsäljare med avtal med SLL anger ett styckpris i intervallet 2 500 – 8 000 kr, beroende på tillverkningsmaterial (syntetfiber/äkta hår) och passform (standard/måttbeställd).

Logopedisk behandling

Logopedisk behandling förbättrar den kommunikativa anpassningen hos den könsdysforiska personen, eftersom den underlättar att personers röst och övriga kommunikation stämmer överens med deras könsidentitet. Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna kommer att öka kostnaderna för hälso- och sjukvården i samband med behandling av könsdysfori eftersom fler personer omfattas. Behandlingen ges dock inte i alla landsting och därför är det svårt att ge en uppskattning på denna ökning.

Normalt ingår i behandlingen dels en initial analys av rösten och kommunikationen, dels ett antal besök som utgör så kallad aktiv behandling. Kostnaderna totalt för logopedisk behandling av 30 personer med manligt födelsekön som årligen tros genomgå kirurgiska ingrepp i underlivet ligger i intervallet 1 – 1,3 miljoner kronor. Summan inkluderar en genomförd initial analys för alla 30 patienter (162 tusen kronor) och aktiv behandling genomförd för uppskattningsvis 24 patienter (mellan 776 tusen kronor och 1,1 miljoner kronor). Kostnaderna totalt för logopedisk behandling av 30 personer med kvinnligt födelsekön som årligen får tillstånd till ingrepp i underlivet ligger i intervallet 240 – 280 tusen kronor. Summan inkluderar en genomförd initial analys för alla 30 patienter (162 tusen kronor) och aktiv behandling genomförd för uppskattningsvis 6 patienter (mellan 80 och 115 miljoner kronor). Tabell 5 visar kostnaden per insats och patient.

Därtill kommer sannolikt en ny kategori patienter med könsdysfori att genomgå en logopedisk behandling, nämligen de som inte avser att genomgå könskorrigerande underlivsoperationer. I dagsläget är det svårt att uppskatta det antalet och därför är det svårt att beräkna en eventuell kostnadsökning som täcker deras behandling. Ovanstående belopp bör alltså betraktas som minimikostnader för hälso- och sjukvården eftersom dessa patienter inte är inkluderade i kalkylen.

Tabell 4. Kostnad per insats och patient (kronor 2013)

Behandling	Kostnad per insats	Andel patienter [a]
Röstbehandling, manligt födelsekön		
Initial analys	5 384	1
Aktiv behandling [b]	32 314 – 45 779	0,8
Röstbehandling, kvinnligt födelsekön		
Initial analys	5 384	1
Aktiv behandling [c]	13 463 – 18 849	0,2

a Andel av berörd patientgrupp (personer med manligt födelsekön, personer med kvinnligt födelsekön eller båda grupperna tillsammans)
b Avser 10 –15 besök samt avslutande behandlingsutvärdering/-analys
c Avser 3 – 5 besök samt avslutande behandlingsutvärdering/-analys

Hårborttagning - underhållsbehandling

Hårborttagning är ett viktigt led i behandlingen av könsdysforiska personer med manligt födelsekön. Skäggväxt och annan synlig kroppsbehåring på exempelvis hals och händer kan göra det svårt om inte omöjligt för dessa personer att passera som kvinna i det offentliga rummet. Åtgärden ges i varierande grad och med olika metoder i de olika regionerna, vilket har gjort det svårt att göra en uppskattning av andelen patienter som genomgår denna behandling. Därför är en uppskattning av kostnadsökningen för hälso- och sjukvården i landet i stort svår att göra. Tabell 6 sammanfattar kostnaderna per insats och patient.

Tabell 5. Kostnad per insats och patient (kronor 2013)

Behandling	Kostnad per insats	Andel patienter [a]
Hårborttagning	20 400 - 68 320	*Uppgift saknas*
Hårborttagning - underhållsbehandling	650 – 1 952	*Uppgift saknas*
Diatermi [b]	3 400 – 6 800	*Uppgift saknas*
IPL, laser c		

a Andel av berörd patientgrupp (personer med manligt födelsekön, personer med kvinnligt födelsekön eller båda grupperna tillsammans)
b Avser 2 –4 behandlingar per år, enhetspris 325 – 488 kr
c Avser 2 –4 behandlingar per år, enhetspris 1 700 kr

Bröstimplantat

Isättning av bröstimplantat i proportionerlig storlek till könsdysforiska personer med manligt födelsekön och vars bröst inte har utvecklats alls eller enbart mycket litet trots hormonbehandling leder till att personen lättare kan passera som kvinna och därmed till ökad livskvalitet. Åtgärden ges i varierande grad i de olika regionerna, därför är en uppskattning av kostnadsökningen för hälso- och sjukvården i hela landet svår att göra. Kostnaderna för hälso- och sjukvården totalt för hela landet, om bröstimplantat ges till 30 genetiska män som årligen tros genomgå könskorrigerande ingrepp i underlivet, är uppskattningsvis 1,4 miljoner kronor (kostnad per patient och insats är då 44 932 kronor).

Etik för utredning och vård av personer med könsdysfori

Etik för en viss samhällssektor – till exempel hälso- och sjukvården – bör stå i samklang med den grundläggande etik som gäller för samhällslivet i stort. På motsvarande sätt ska etiska bedömningar för en viss diagnoskategori inom hälso- och sjukvården ha samma utgångspunkter som arbetet med andra diagnoskategorier.

När vi frågar efter etiska utgångspunkter och överväganden för utredning, behandling och vård för personer med könsdysfori måste vi alltså utgå från de etiska värden och normer som gäller den offentligt finansierade hälso- och sjukvården generellt. Dessa etiska värden och normer som också används som utgångspunkter när man utformar generella rekommendationer eller gör olika bedömningar och val i det kliniska arbetet, beskrivs i följande avsnitt.

Grundläggande etiska principer

De grundläggande etiska principerna präglar formuleringar i såväl regeringsformen som hälso- och sjukvårdslagen. Lagstiftningen uttrycker ett förhållningssätt till patienten och patientens sjukdomstillstånd. De yrkesetiska riktlinjer som yrkesutövare inom hälso- och sjukvården har utarbetat är också framtagna med utgångspunkt i grundläggande etiska principer.

Tre etiska principer finns formulerade i det av riksdagen antagna regeringsförslaget *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* (prop. 1997/98:60). Det är människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Dessa principer bör ligga till grund för överväganden inom hälso- och sjukvården och fungera som etisk plattform för medicinskt handlande och medicinska beslut.

Hälso- och sjukvårdslagen anger inledningsvis (2 §) att ”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen”. Vidare klargörs att ”vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet” samt att ”den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde i vården”. Ytterligare en principiell ståndpunkt är att ”vården och behandlingen ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten”.

Människovärdesprincipen

I dessa formuleringar anges flera centrala etiska värden och normer. En grundläggande norm är människovärdesprincipen – alla människors lika värde. Det betyder att ingen form av diskriminering ska förekomma, vården ska ske på lika villkor.

Närmare bestämt handlar det dock inte om människors lika rättigheter utan om medborgarnas eller den berörda befolkningens lika villkor. Det offentliga

systemet, främst genom landstinget, ska se till att alla personer som omfattas av det offentliga uppdraget (”hela befolkningen”) behandlas lika och utan diskriminerande åtskillnad av något slag inom hälso- och sjukvården.

Människovärdesprincipen kommer till uttryck i den text som kan sägas utgöra en värdegrund för världen; FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna, som inleds med orden:

Alla människor är födda fria och lika i värde och rättigheter.

Det temat uttrycks också i den svenska Regeringsformen (1 kap, 2 § RF) med följande formulering:

Den offentliga makten ska utövas med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans frihet och värdighet.

Behovs- och solidaritetsprincipen

Det som prioriteringsdelegationen anger som den andra principen är egentligen två principer. De handlar om behov och om solidaritet.

Solidaritetsprincipen

Att solidaritet nämns i direkt samband med behovstanken innebär att det bör finnas en allmän uppslutning kring att hälso- och sjukvården ska vara solidariskt finansierad. Solidaritet innebär också enligt utredningen att särskilt beakta behoven hos personer som är i en ytterst svår och utsatt situation. Solidaritetsprincipen är högst relevant i fråga om behandling av personer med könsdysfori.

Behovsprincipen

Ytterligare en etisk norm i hälso- och sjukvårdslagen är behovsprincipen. Det är självklart att det måste finnas ett behov beroende på en skada, en sjukdom, en risk, en brist eller en upplevelse av ett personligt problem av något slag, för att man ska få del av den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Ju större behoven är desto mer resurser behövs det för att svara mot behovsläget.

De som har störst behov ska ges företräde. Det kan vara ett behov av direkt livsuppehållande betydelse eller behov som bestäms av den subjektivt upplevda lidande som en viss patient eller diagnoskategori har. Vad gäller personer med könsdysfori där det kan handla om ett lidande knutet till ett djupgående personligt och existentiellt identitetsproblem kan ett sådant behovskriterium vara uppfyllt.

Kostnadseffektivitetsprincipen

Principen om kostnadseffektivitet innebär att det bör finnas en rimlig relation mellan vårdens kostnader och utfallet i form av patientnytta – hälsa och livskvalitet – för en patient eller en patientgrupp.

Denna princip anges som underordnad de övriga, men det är inte klart hur denna underordning ska tolkas. En viss klarhet finns dock i vissa situationer.

Till exempel leder principen till att det kan vara svårt att motivera omfattande intensivvårdsinsatser för personer med mycket svag hälsa och hög ålder. I fråga om personer med könsdysfori synes det vara kostnadseffektivt att genomföra adekvata utredningar och att ge den behandling och vård som behövs utifrån sådana utredningar. Detta är kostnadseffektivt i den betydelsen att det leder till en påtagligt ökad livskvalitet för de personer det gäller.

Samråd och självbestämmande

Patientens inställning är viktig och i normalfallet ska ingen tvingas till en behandling mot sin vilja. Denna rättighet är inte reservationslös utan patientens vilja ska respekteras ”så långt det är möjligt.” Det är den vårdsökande som avgör om behandlingen ska tas emot eller inte samt om en påbörjad behandling ska avslutas. Det står dock inte patienten fritt att välja en behandling som det saknas evidens för eller som kräver en resursnivå som kan gå ut över behandlingsmöjligheterna för andra patienter. Patienter i Sverige har ett grundlagsskydd mot påtvingade kroppsliga ingrepp. Detta skydd får under vissa villkor begränsas i lag. Sådana begränsningar finns till exempel i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

I rekommendationsarbetet för att klargöra vilken utredning, behandling och vård för personer med könsdysfori som framstår som mest adekvat, framgår det att frågan om patientens självbestämmande och beslutsförmåga kan kräva noggranna överväganden utifrån en försiktighetsprincip. Det visar sig till exempel i bedömningen om att utredningstiden bör vara individanpassad till personens sociala och medicinska omständigheter samtidigt som man bör vara särskilt aktsam innan man inleder behandling som innebär fysisk förändring hos patienter som just börjat utforska sin identitet eller sitt alternativa könsuttryck.

Värdighet - integritet

Ytterligare en etisk norm i lagens inledning är värdighet. Det är ett sammansatt och ganska svårfångat begrepp som också kan betecknas med uttrycket *integritet*. Den ovan nämnda normen om självbestämmande kan tolkas som en del av rätten till integritet, men det finns också andra aspekter av begreppet värdighet eller integritet, till exempel att bemötas med respekt, empati och vänlighet, liksom att patienten har rätt till sekretess i fråga om sin hälsostatus. Sådana personuppgifter uppfattas som ”integritetskänsliga” och ska bara delges till de medarbetare inom hälso- och sjukvården som har ett direkt behandlingsansvar för patient en.

God hälsa och livskvalitet som effektmål

Det finns också ett centralt – och självklart – effektvärde i hälso- och sjukvårdslagen: Målet är en god hälsa. Det aktualiserar frågor om fysisk och psykisk hälsa och även frågor om innebörden i livskvalitet och välbefinnande.

Fyra internationell etablerade etiska principer för hälso- och sjukvård

Utöver hälso- och sjukvårdslagens och Prioriteringsdelegationens riktlinjer finns det naturligtvis andra etiska normkällor för hälso- och sjukvård. Utöver professionsetiska koder för medarbetarna inom hälso- och sjukvården har fyra etiska principer kommit att få en stark ställning i flera länder, bland annat i Sverige. De är utformade av Beauchamp och Childress i boken *Principles of Biomedical Ethics* [28] och består av (1) *autonomiprincipen,* (2) *godhetsprincipen,* (3) *principen att inte skada* och (4) *rättviseprincipen*.

Autonomiprincipen

Autonomiprincipen innebär att var och en har rätt till självbestämmande. Det ska dock inte tolkas som att patienter kan bestämma fritt vilken vård de ska få. Men det finns en rätt att säga nej till vård och en rätt att välja bland behandlingsalternativ som ligger inom ramen för vad som har en rimlighet utifrån en professionell evidensbedömning.

Godhetsprincipen

Godhetsprincipen avser inte godhet som en karaktärsegenskap hos vårdgivaren, utan att man strävar efter att göra gott, att det man gör ska vara till nytta och av värde för patienten. Beroende på diagnos och prognos kan det handla om att förebygga sjukdom eller skada, att bota, lindra eller trösta. Godhetsprincipen handlar alltså om att sträva efter så stor patientnytta som möjligt.

Principen att inte skada

Principen att inte skada eller skademinimeringsprincipen innebär att vården ska sträva efter att förhindra skada och minimera lidande, och inte ta onödiga risker. Den tanken kan också betecknas som en princip om skadeobservans. Självklart måste svåra biverkningar av en behandling ibland accepteras, men det måste då uppvägas av den nytta och det värde som behandlingen kan ha för patienten på längre sikt.

Principen att göra gott och principen att inte skada kan ses som tvillingprinciper, de är olika sidor av samma tankegång. Till exempel kan observansen på integritet och patientsekretess ta sin utgångspunkt i både godhetsprincipen och principen att inte skada.

Rättvisa

Rättviseprincipen innebär att alla personer ska behandlas lika eller snarare att lika fall ska behandlas lika. Vård på lika villkor är just ett uttryck för denna princip. Det innebär också att alla ska bemötas med en grundläggande likhet i fråga om respekt och empati.

Mer svårbestämd till sitt utfall blir rättviseprincipen när det gäller att jämföra olika diagnosgrupper med varandra. Vad som då är rättvist i fråga om resurser för vård och behandling får då avgöras utifrån en samlad konsekvensbedömning av behov och patientnytta, ställd i relation till kostnaden.

Hur kan dessa principer relateras till varandra?

I vilken relation står dessa principer? De fyra sistnämnda – autonomi, att göra gott, att inte skada samt rättvisa – kan främst ses som tolkningar av vad det lika människovärdet leder till. Det tycks också klart att både principen om behov och om kostnadseffektivitet liksom principerna om att göra gott och att inte skada även är konsekvensetiska normer. Även autonomi och rättvisa kan tolkas och motiveras som konsekvensetiska normer, som får sin giltighet genom att de sannolikt sammantaget ger de bästa effekterna.

Både i arbetet med att fastställa generella rekommendationer och att sedan tillämpa dessa riktlinjer i det kliniska arbetet är det uppenbart att det främst handlar om att bedöma vilka konsekvenser olika åtgärder sannolikt får.

Konsekvensetik och frågan efter evidens

När vi tänker konsekvensetiskt frågar vi alltså efter hur det sannolikt går om vi väljer vissa generella rekommendationer för behandlingen av en viss diagnosgrupp eller en viss utredningsmetodik, en viss behandling och vård för en enskild patient. Relationen mellan behov och kostnadseffektivitet handlar också om en konsekvensbedömning av utfallet av behandling och vård.

I lägen av osäker evidens är konsensusbedömningar kvalificerade försök att utifrån samlad klinisk erfarenhet och olika sannolikhetsbedömningar komma fram till vad som ger större patientnytta än olägenhet och obehag, och som alltså leder till bästa möjliga hälsa och livskvalitet, utan att samtidigt medföra allvarliga risker som kan skada patienten.

Evidensfrågan kan också formuleras som en fråga inom ramen för en avvägning mellan godhetsprincipen och principen att inte skada.

Konsensusbedömning vid försumbar skaderisk och låg kostnad

När det är fråga om metoder för behandling och vård med osäker evidens, men med liten eller försumbar skaderisk och därtill en ganska låg kostnad, finns det ingen anledning att en konsensusbedömning ska vara restriktiv eller avvisande. Det är snarare angeläget att ha en öppensinnad hållning till sådana metoder, så att de får möjlighet att utvecklas i en sådan omfattning att det efterhand finns underlag för en evidensbedömning.

Konsekvensbedömning vid påtagligt lidande och betydande skaderisk

Det är uppenbart att det finns betydande livshinder – ett högst påtagligt lidande – hos personer med könsdysfori. Det är därför ytterst angeläget att de får en lättillgänglig och adekvat utredning, behandling och vård.

I strävan efter att göra en adekvat utredning samt en god behandling och vård är det naturligtvis av stor vikt att undvika de påtagliga risker som finns i sammanhanget. Det innebär en princip om skadeobservans som till exempel

är relevant i fråga om irreversibla kirurgiska ingrepp vid könskorrigering. En sådan skadeobservans kan leda till en återhållande försiktighetsprincip, i synnerhet i ett osäkert diagnosläge.

En försiktighetsprincip får å andra sidan inte ha en så dominant betydelse att den leder till oacceptabla konsekvenser som att patienter tvingas vara kvar i en kropp som de finner främmande. Ett påtagligt och svårt lidande hos en patientgrupp medför alltså att ett visst risktagande kan bli ofrånkomligt, men det måste göras på ett transparent sätt inför patienten och så att patientens välinformerade samtycke får en avgörande roll.

Konsekvensbedömning och frågan om patientens självbestämmande

Att ge rekommendationer om behandling och vård kan beskrivas som en avvägning mellan sannolika vinster i fråga om patientnytta – livskvalitet och välbefinnande – å ena sidan och å andra sidan en bedömning av möjliga skaderisker i form av olika olägenheter och psykiska obehag. Det handlar dels om att bedöma skaderiskerna för olika typer av vård och behandling, dels om att bedöma vilka risker det innebär om denna behandling *inte* görs eller inte görs tillräckligt tidigt.

Till detta rekommendationsarbete, som avväger sannolik patientnytta mot möjlig skada för patienten, kommer också frågan vilken roll patientens eget önskemål – patientens självbestämmande – bör ha. Bör inte patienterna själva få avgöra vilken behandling de ska få, och när den ska ges? Bör inte patienterna själva få avgöra frågan om sannolik nytta och då alltså även bestämma vilka risker de är beredda att utsätta sig för?

Det finns naturligtvis en betydande räckvidd för patientens självbestämmande. Men det krävs då först en professionell grundbedömning av vilken patientnytta som är sannolik – och hur stora de samlade riskerna är för ett negativt utfall för patienten. Den måste finnas en ganska hög grad av sannolikhet för ett gynnsamt utfall för att en behandling överhuvudtaget ska erbjudas en patient.

Vidare krävs det att patienten är välinformerad om detta scenario och dessutom att patienten har beslutsförmåga att göra ett tillräckligt väl övervägt val. Patienten måste vara i en sådan psykisk status att en sådan beslutsförmåga finns.

Självbestämmandeprincipen i detta rekommendationsarbete har behandlats som en konsekvensetisk norm, som får giltighet – och tillämpas – om och när det är sannolikt att den leder till bäst konsekvenser för en patient i en viss situation.

Etiska kommentarer om konsensuspåståenden som medför svåra avvägningar

Ett exempel på en rekommendation som antyder svåra avvägningar handlar om ”alltför manliga ansiktsdrag hos personer som är genetiska män” som kan

korrigeras genom ansiktskirurgiska ingrepp för att åstadkomma ett mer kvinnligt utseende.

Det osäkra är här främst att den kliniska erfarenheten av sådan kirurgi är ”mycket begränsad” i Sverige och även att den vetenskapliga kunskapen om effekten i fråga om livskvalitet av feminiserande ansiktskirurgi är otillräcklig.

Här görs ändå den bedömningen att sådan kirurgi kan ge en ”förväntad patientnytta” genom de ökade möjligheterna att ”passera som kvinna”. Varje sådant fall måste dock bedömas för sig utifrån en ”sammanvägd bedömning av många faktorer och det som kan tolkas som extraordinära behov”.

Ett annat exempel på svåra avvägningar är den rekommendation som handlar om att avlägsna behåring i samband med könsbyte av genetiska män. Där anges en procentsats på 75-80 procent i fråga om att avlägsna behåring i ansiktet och 70 procent i fråga om att avlägsna behåring på överkroppen. Sådana procentangivelser har naturligtvis en betydande osäkerhet, men bygger på en skattning för att uppnå en slags rimlig balans mellan å ena sidan patientnytta och vad som kan anses estetiskt acceptabelt, och å andra sidan samhällskostnader för dessa åtgärder.

Ett exempel på en mer antydande rekommendation som berör utredningsarbetet är den som handlar om att ”psykologutredningen ska vara individanpassad” och syfta till att ”tillsammans med patienten undersöka kognitiva och personlighetsmässiga aspekter som kan underlätta eller försvåra för individen att genomföra den könskorrigerande behandlingen eller att finna tillfredsställelse i det framtida könsuttrycket”. Här tycks en särskild observans vara nödvändig i fråga om att inte använda standardiserade test på ett sådant sätt som enskilda patienter kan uppleva som kränkande genom att deras kognitiva förmåga sätts i fråga.

Vid konsekvensetiska bedömningar kan en försiktighetsprincip vara aktuell, i synnerhet om det är fråga om åtgärder som har en irreversibel karaktär och kan medföra stora olägenheter för en patient. Det framkommer till exempel i rekommendationen om att erbjuda personer som önskar juridisk fastställelse av ändrad könstillhörighet och operation av könsorganen hjälp med att anpassa en period där de lever i den sociala roll som stämmer överens med den könsidentitet som de vill bli bekräftade i.

Det föreliggande rekommendationsarbetet bygger alltså främst på konsekvensetiska bedömningar och ett tydligt uttryck för det är den återkommande motivationsformuleringen om att patientnyttan med en viss åtgärd överväger risken för olika sorters olägenheter. En sådan konsekvensbedömning svarar också mot den kliniska vardagen inom hälso- och sjukvården generellt.

Projektorganisation

Projektledningsgrupp

Stefan Arver	ordförande i faktagruppen, docent, Karolinska institutet, verksamhetschef, överläkare, specialist i endokrinologi, Centrum för Andrologi och Sexualmedicin, Karolinska universitetssjukhuset
Cecilia Dhejne	ordförande i prioriteringsgruppen, enhetschef, överläkare, specialist i psykiatri, Enheten för könsidentitetsutredningar, Psykiatri Sydväst Stockholms läns sjukvårdsområde
Gunnar Bergström	delprojektledare, Socialstyrelsen
Bassam El-Khouri	delprojektledare, Socialstyrelsen
Julia Grosse	delprojektledare, Socialstyrelsen
Mariana Näslund Blixt	projektledare (okt 2012–jan 2014), Socialstyrelsen
Hubertus van Paaschen	projektledare (fr.o.m. jan 2014), Socialstyrelsen
Pia Wennerholm	projektledare (jan 2012–dec 2012), Socialstyrelsen

Andra medverkande

Linda Almqvist	jurist, Socialstyrelsen
Lisa van Duin	jurist, Socialstyrelsen
Johanna Embretsén	webbredaktör, Socialstyrelsen
Christel Enstedt	kommunikatör, Socialstyrelsen
Ulrika Jonasson	jurist, Socialstyrelsen
Ann Kristine Jonsson	informationsspecialist, Socialstyrelsen
Hossein Kamali	jurist, Socialstyrelsen
Christian Linders	informationsspecialist, Socialstyrelsen
Christina Middleton	jurist, Socialstyrelsen
Jenny Rehnman	enhetschef, Socialstyrelsen
Johan Tholander	kommunikatör, Socialstyrelsen
Marika Thorn Gillström	webbsamordnare, Socialstyrelsen
Gunilla Svartvik	rådgivare till projektet, överläkare, specialist i psykiatri, Psykiatri Sydväst, Stockholm

Camilla Wiberg	utredare, Socialstyrelsen

Arbetet med etikkapitlet

Erik Blennberger	etisk rådgivare, professor i socialt arbete med inriktning på etik, Ersta Sköndal högskola

Arbetet med det hälsoekonomiska underlaget

Frida Hjalte	hälsoekonom, institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE)
Hanna Norrlid	hälsoekonom, IHE
Gunnel Ragnarsson Tennvall	hälsoekonom, IHE

Arbetet med det vetenskapliga underlaget

Mohammad Alimohammadi	medicine doktor, Uppsala universitet, läkare, specialist i dermatologi, Akademiska sjukhuset
Owe Bodlund	docent, Umeå universitet, överläkare, specialist i psykiatri, Norrlands universitetssjukhus
Inger Bryman	docent, Göteborgs universitet, läkare, specialist i obstetrik och gynekologi, Sahlgrenska sjukhuset
Margaretha Göransson	Socionom/koordinator, Lundströmmottagningen +vuxenpsykiatrisk klinik, Södra Älvsborg sjukhus
Katarina Görts Öberg	medicine doktor, Karolinska institutet, psykolog, Centrum för Andrologi och Sexualmedicin, Karolinska universitetssjukhuset
Stellan Hertegård	docent, Karolinska institutet, överläkare, specialist i foniatri
Gunnar Kratz	professor, Linköpings universitet, överläkare, specialist i plastikkirurgi, Universitetssjukhuset i Linköping
Angelica Lindén Hirschberg	professor, Karolinska institutet, överläkare, specialist i obstetrik och gynekologi med inriktning mot reproduktiv medicin, Karolinska universitetssjukhuset
Katarina Link	medicine doktor, Lunds universitet,

	överläkare, specialist i endokrinologi, Skånes universitetssjukhus
Kalle Lundgren	medicine doktor, Karolinska institutet, läkare, specialist i plastikkirurgi, Karolinska universitetssjukhuset
Gennaro Selvaggi	medicine doktor, Göteborgs universitet, läkare, specialist i plastikkirurgi, Sahlgrenska sjukhuset
Maria Södersten	docent, Karolinska institutet, logoped, Karolinska universitetssjukhuset

Prioriteringsarbetet

Christina Askman	logoped, Skånes universitetssjukhus
Ulrika Beckman	psykolog, Lundströmmottagningen (Södra Älvsborgs sjukhus)
Marie Degerblad	medicine doktor, Karolinska institutet, överläkare, specialist i endokrinologi och diabetologi, Karolinska universitetssjukhuset
Attila Fazekas	överläkare, specialist i psykiatri, Vuxenpsykiatri Lund
Annika Johansson	psykolog, Karolinska universitetssjukhus
Bengt Lundström	docent, överläkare, specialist i psykiatri, emeritus, även sakkunnig i rättsliga rådet
Peter Norén	läkare, specialist i dermatologi, Laserkliniken i Uppsala
Marita Olofsson	socionom, kurator, Psykiatri Skåne
Johan Rinder	medicine doktor, Karolinska institutet, verksamhetschef, överläkare, specialist i plastikkirurgi, Karolinska universitetssjukhuset
Roland Rydell	docent, Lunds universitet, överläkare, specialist i foniatri och laryngologi, Skånes universitetssjukhus
Mari Svanberg Risberg	överläkare, specialist i obstetrik och gynekologi, Södersjukhuset
Johan Thorfinn	docent, Linköpings universitet, överläkare, specialist i plastikkirurgi, Universitetsjukhuset i Linköping

Referenser

1. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People. 7th version. The World Professional Association for Transgender Health; 2012.
2. Transsexuella och övriga personer med könsidentitetsstörningar: rättsliga villkor för fastställelse av könstillhörighet samt vård och stöd. Socialstyrelsen; 2010.
3. Johansson, A, Sundbom, E, Hojerback, T, Bodlund, O. A five-year follow-up study of Swedish adults with gender identity disorder. Archives of sexual behavior. 2010; 39(6):1429-37.
4. Eldh, J, Berg, A, Gustafsson, M. Long-term follow up after sex reassignment surgery. Scandinavian journal of plastic and reconstructive surgery and hand surgery. 1997; 31(1):39-45.
5. Murad, MH, Elamin, MB, Garcia, MZ, Mullan, RJ, Murad, A, Erwin, PJ, et al. Hormonal therapy and sex reassignment: a systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. Clinical endocrinology. 2010; 72(2):214-31.
6. Hembree, WC, Cohen-Kettenis, P, Delemarre-van de Waal, HA, Gooren, LJ, Meyer, WJ, 3rd, Spack, NP, et al. Endocrine treatment of transsexual persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. The Journal of clinical endocrinology and metabolism. 2009; 94(9):3132-54.
7. Lawrence, AA. Factors associated with satisfaction or regret following male to female sex reassignment surgery. Archives of Sexual Behavior. 2003; 32(4):299-315.
8. Landén, M, Walinder, J, Hambert, G, Lundstrom, B. Factors predictive of regret in sex reassignment. Acta psychiatrica Scandinavica. 1998; 97(4):284-9.
9. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig: handbok för vårdgivare, chefer och personal : aktuell från 1 januari 2012. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
10. Clements-Nolle, K, Marx, R, Katz, M. Attempted suicide among transgender persons: The influence of gender-based discrimination and victimization. Journal of homosexuality. 2006; 51(3):53-69.
11. Dhejne, C, Lichtenstein, P, Boman, M, Johansson, AL, Langstrom, N, Landen, M. Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden. PloS one. 2011; 6(2):e16885.
12. Newfield, E, Hart, S, Dibble, S, Kohler, L. Female-to-male transgender quality of life. Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation. 2006; 15(9):1447-57.
13. Pfäfflin, F, Junge, A. Thirty years of international follow-up studies after sex reassignment surgery: a comprehensive review 1961-1991. 1998 [hämtat 2013-09-10]. http://web.archive.org/web/20070503090247/http:/www.symposion.com/ijt/pfaefflin/1000.htm

14. Factor, R, Rothblum, E. Exploring Gender Identity and Community among Three Groups of Transgender Individuals in the United States: MTFs, FTMs, and Genderqueers. Health Sociology Review. 2008; 17(3):241–159.
15. Dahl, M, Feldman, JL, Goldberg, JM, Jaberi, A. Physical Aspects of Transgender Endocrine Therapy. International Journal of Transgenderism. 2006; 9(3-4):111-34.
16. Moore, E, Wisniewski, A, Dobs, A. Endocrine treatment of transsexual people: a review of treatment regimens, outcomes, and adverse effects. The Journal of clinical endocrinology and metabolism. 2003; 88(8):3467-73.
17. Feldman, J, Safer, J. Hormone therapy in adults: Suggested revisions to the sixth version of the standards of care. International Journal of Transgenderism. 2009; 11(3):146-82.
18. Edmonds, A. Can Medicine Be Aesthetic? Medical Anthropology Quarterly. 2013; 27(2):233-52.
19. Sterodimas, A, Radwanski, HN, Pitanguy, I. Ethical issues in plastic and reconstructive surgery. Aesthetic plastic surgery. 2011; 35(2):262-7.
20. Latham, J. Ethical issues in considering transsexual surgeries as aesthetic plastic surgery. Aesthetic plastic surgery. 2013; 37(3):648-9.
21. Hancock, AB, Krissinger, J, Owen, K. Voice perceptions and quality of life of transgender people. Journal of Voice. 2011; 25(5):553-8.
22. Adler, RK, Hirsch, S, Mordaunt, M. Voice and communication therapy for the transgender/transsexual client: a comprehensive clinical guide. San Diego, CA: Plural Publishing; 2012.
23. Screening for bröstcancer. Rekommendation och bedömningsunderlag. Remissversion.: Socialstyrelsen; 2013.
24. Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland. Screening för livmoderhalscancer. 2014 [hämtat 2014-01-16]. http://www.cancercentrum.se/stockholmgotland/Screening/Gynekologiskt-cellprov/
25. Screening for prostatacancer. Rekommendation och bedömningsunderlag. Remissversion.: Socialstyrelsen; 2013.
26. Södra regionsvårdsnämnden. Regionala priser och ersättningar för Södra Sjukvårdsregionen 2013. 2012.
27. Stockholms Läns Landsting. Information om rekvisition hårersättning. [hämtat 2013-12-17]. http://www.hjalpmedelsguiden.sll.se/upload/peruk-u-lank130315.pdf.
28. Beauchamp, TL, Childress, JF. Principles of biomedical ethics. New York: Oxford Univ.Press; 1983..

Bilaga 1. Termlista

Cis	Cis är latin för ”på samma sida” och sammansättningar som cisperson, cisman eller ciskvinna avser att en persons juridiska kön, biologiska kön, könsidentitet och könsuttryck är linjärt, hänger samman och alltid har hängt samman enligt normen.
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM) är en handbok för psykiatrin, som innehåller standarddiagnoser för psykiatriska sjukdomstillstånd. Den ges ut av American Psychiatric Association (APA)
Födelsekön	Det kön som personen tillskrivits vid födseln, se även juridisk könstillhörighet
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) är Världshälsoorganisationens (WHO) klassificeringssystem för olika diagnoser
Juridisk könstillhörighet	Det kön som personen har blivit folkbokförd i
Könsdysfori	Ett lidande eller en funktionsnedsättning till följd av inkongruens mellan könsidentiteten och det biologiska könet
Könsidentitet	är en persons självidentifierade kön, den inre upplevelsen av att vara man, kvinna eller att tillhöra inget eller något annat kön
Könsidentitetsstörning	Beteckning av könsdysfori enligt ICD-10-SE.
Könskonträra hormoner	Könshormoner som tillhör det motsatta biologiska könet
Könskorrigering	Den medicinska och juridiska process transsexuella går igenom för att ändra kroppen i en riktning så att den överensstämmer med den upplevda könsidentiteten och sin juridiska könstillhörighet

Passera	Används ofta för att beskriva omgivningens uppfattning om en person stämmer överens med personens könsidentitet.
Transsexualism	Ett tillstånd då en person upplever sig vara av ett annat kön än det juridiska kön man tilldelades vid födseln och har en vilja att förändra kroppen helt eller delvis med exempelvis kirurgi eller hormonbehandling. Motsvarar diagnoskod F64.0.

Bilaga 2. Förtydliganden av juridiska förutsättningar

Dokumentation[14]

Journalföring

Syftet med att föra patientjournal är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten. Journalen ska även vara en informationskälla för patienten och bör ses som ett viktigt stöd i kommunikationen och samrådet med patienten (3 kap. 2 § PDL, 2 a § HSL). I en patientjournal ska det vara lätt att följa vilka bedömningar och överväganden som gjorts liksom eventuella komplikationer eller vårdskador som förekommit samt prognosen för den behandlade sjukdomen.

Patientdatalagen tillämpas vid vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården, där journalföring är ett exempel (1 kap. 1 § PDL). Personuppgifterna ska utformas och i övrigt behandlas så att patienters och övriga registrerades integritet respekteras. Uppgifterna ska hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem. I PDL och i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården finns bestämmelser om vad en patientjournal ska innehålla (3 kap. 5 och 6 § PDL). Vårdgivaren ska ha rutiner för hur patientuppgifter ska dokumenteras. En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten (3 kap. 6 § PDL). Journalen ska till exempel innehålla uppgifter om den information som lämnats till patienten och om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en förnyad medicinsk bedömning. Om en patient drabbats av en vårdskada ska uppgifter om den information som lämnats till patienten eller närstående antecknas i journalen (3 kap. 8 § PSL). Patientjournalen ska även innehålla uppgifter om samtycken som patienten lämnat och om patientens egna önskemål om vård och behandling. Det är viktigt att dokumentera den information som getts och de ställningstaganden som diskuterats med patienten i de fall patienten avstår från viktig behandling.

Avvikande mening, rättelse och journalförstöring

Om en patient anser att en uppgift är oriktig eller missvisande ska det antecknas i journalen (3 kap. 8 § PDL). Denna bestämmelse kompletterar bestämmelserna om rättelse och journalförstöring och ger patienten en möjlighet att markera att personen inte håller med om det som har antecknats i journalen (3 kap. 14 § och 8 kap. 4 § PDL). Enligt patientdatalagen behöver man bara anteckna att patienten har en avvikande uppfattning, men det är

[14] Denna bilaga baserar sig på 9. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig: handbok för vårdgivare, chefer och personal : aktuell från 1 januari 2012. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.

inget som hindrar att patientens synpunkter också kortfattat noteras i journalen. Även detta kan ses som en del i att stärka patientens delaktighet.

Uppgifter i en journalhandling får inte tas bort eller göras oläsliga, förutom med stöd av bestämmelserna om journalförstöring (8 kap. 4 § PDL). När en felaktig uppgift ska rättas måste man ange när rättelsen gjordes och vem som har gjort den (3 kap. 14 § PDL). Om en journalanteckning är signerad eller låst får innehållet alltså bara ändras i form av rättelse eller tas bort efter ett beslut om journalförstöring. Om en felaktig uppgift rättas måste både den felaktiga uppgiften och rättelsen synas i journalen.

Om och på vilket sätt det journalinnehåll som tillkom när patienten hade en viss könstillhörighet ska kopplas till den journal som upprättats efter att patienten fått en ny könstillhörighet får hanteras inom ramen för varje kliniks ledningssystem. Man bör dock observera att det finns risk för att systemen inte samverkar och överväga om det i sig kan vara en patientsäkerhetsrisk.

Skyldighet att informera om hur patientuppgifter hanteras

För att patienten ska kunna ha ett inflytande över åtkomsten till sina uppgifter måste personen vara informerad om hur vårdgivaren hanterar patientuppgifter. Informationen är även viktig för att skapa en nödvändig grund för allmänhetens förtroende för hanteringen av uppgifter. Vårdgivaren eller den myndighet i ett landsting eller en kommun som är personuppgiftsansvarig har en omfattande informationsskyldighet (2 kap. 6 § och 8 kap. 5 och 6 § samt vid sammanhållen journalföring även 6 kap. 2 § tredje stycket PDL).
Det måste därför finnas rutiner som säkerställer att denna skyldighet fungerar. Vårdpersonalen behöver dock inte i varje enskilt fall lämna information innan personuppgifter behandlas. Den allmänna informationsskyldigheten kan uppfyllas genom information i till exempel en broschyr (prop. 2007/08:126 s. 265). Dessutom krävs att vårdpersonalen har tillräcklig kunskap och kan ge patienter korrekt information om hur vårdgivaren hanterar patientuppgifter och om patientens möjlighet till inflytande.

Jämtlands Läns Landsting

Landstingets revisorer

Revisionsdirektör Majvor Enström
Tfn: 063- 147528

Skrivelse

2014-03-24

Dnr REV/18/2013

Landstingsstyrelsen

Granskning av kvalitetsregistren i kvalitetsarbetet

På vårt uppdrag har revisionskontoret med hjälp av KPMG utfört en granskning av om landstingsstyrelsen har en tillfredställande styrning och kontroll av att arbetet med kvalitetsregistren sker på ett ändamålsenligt sätt.

Vårt samlade intryck är att kvalitetsregister har en betydande roll i kvalitetsarbetet inom landstinget.

Det saknas dock landstingsövergripande riktlinjer, rutiner, uppdrag eller mål som specifikt avser kvalitetsregister. Däremot finns det övergripande mål som följs upp med indikatorer hämtade från kvalitetsregister.

Vi har också noterat att det saknas övergripande riktlinjer, rutiner av hur landstinget följer upp arbetet med kvalitetsregister. En förklaring till nämnda brist kan vara att registren i huvudsak är verksamheternas verktyg för uppföljning och kvalitetsutveckling. Styrelsen har emellertid det yttersta ansvaret för kvalitetsarbetet och vi rekommenderar därför att det genomförs de åtgärder som är nödvändiga för att landstingets styrning och uppföljning av arbetet med kvalitetsregistren utvecklas/förbättras.

Resultatet av granskningen redovisas i bifogad granskningsrapport.

Nedan nämns i punktform områden som vi anser bör beaktas för att arbetet med kvalitetsregister skall utvecklas på ett positiv sätt:

- Landstinget bör ha en bättre överblick av hur kvalitetsregister används i det lokala förbättringsarbetet.

- Lokala positiva effekter och den utveckling av vården som kan härledas från arbetet med kvalitetsregister bör spridas i större utsträckning för att öka kunskapen om registrens betydelse in kvalitetsarbetet.

- Kvalitetsregister bör så långt som möjligt integreras med patientjournalsystem för att undvika fel och onödigt dubbelarbete.

- För att undvika att läkarresurser används till uppgifter som annan personalkategori kan sköta, bör man säkerställa att annan lämplig personalkategori sköter administrationen av registren i de fall detta är möjligt.

- Det bör övervägas om man i större utsträckning kan samordna hantering av kvalitetsregister inom respektive centrum eller i landstinget för en effektivare hantering.

- För att öka kvalitén i analysen av "Öppna Jämförelser" och spridningen av resultatet, bör de registeransvariga i högre grad vara delaktiga i analys och rapportering.

Vi emotser senast den 9 juni 2014 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 Kvalitetsarbetet i kvalitetsarbetet.

Kopia till
Fullmäktiges presidium
Landstingsdirektören
Bitr. landstingsdirektören
Chefen för centrum Folktandvård
Chefen för centrum Opererande specialiteter
Chefen för centrum Primärvård.

Jämtlands Läns Landsting

Kvalitetsregister i kvalitetsarbete

Revisionsrapport

KPMG AB
2014-03-24
Antal sidor: 17

© 2014 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

Innehåll

1.	Sammanfattning	1
2.	Bakgrund	3
3.	Syfte	3
4.	Avgränsning	3
5.	Revisionskriterier	4
6.	Ansvarig nämnd	4
7.	Projektorganisation och metod	4
8.	Kvalitetsregister	4
9.	Kvalitetsregister i JLL	8
9.1	Övergripande	8
9.1.1	Öppna Jämförelser	8
9.1.2	Landstingsdirektörens verksamhetsplan	9
9.1.3	Kunskapsutveckling – de mest sjuka äldre	9
9.1.4	Handlingsplanen för cancersjukvård	10
9.1.5	Chefssamråden inom Norrlandstingen	10
9.1.6	IT	10
9.1.7	Kommentarer	11
9.2	Sjukhus – opererande specialiteter	11
9.2.1	Enkät och iakttagelser	11
9.2.2	Kommentarer	15
9.3	Primärvård	16
9.3.1	Iakttagelser	16
9.3.2	Kommentarer	17
9.4	Tandvård	17

© 2014 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative (“KPMG International”), a Swiss entity. All rights reserved.

1. Sammanfattning

Vi har på uppdrag av revisionskontoret i Jämtlands Läns Landsting (JLL) genomfört en granskning av landstingets arbete med kvalitetsregister. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2013. Kvalitetsregister har haft en stor betydelse för kvalitetsutvecklingen av svensk hälso- och sjukvård. Kvalitetsregister har bidragit till förbättrade resultat i sjukvården som innebär förbättringar för den enskilde patienten. Samtidigt har på senare tid förts en diskussion om de resurser som läggs på kvalitetsregister motsvarar den nytta som uppnås.

Syftet med granskningen har varit att ge revisorerna underlag för att bedöma om landstingsstyrelsen har en tillfredställande styrning och kontroll av att arbetet med kvalitetsregistren sker på ett ändamålsenligt sätt.

Nedan sammanfattas resultatet av granskningen utifrån revisorernas frågeställningar.

- ✓ Det finns inga landstingsövergripande riktlinjer, rutiner, uppdrag eller mål som specifikt avser kvalitetsregister. Däremot finns det övergripande mål som följs upp med indikatorer hämtade från kvalitetsregister. Landstinget har också en rutin för att hantera Öppna jämförelser, vars data i huvudsak hämtas från kvalitetsregister

- ✓ Organisering och ansvarsfördelning av arbetet med kvalitetsregister sker i verksamheten där hantering av registren sker. För varje register finns det en lokalt registeransvarig. För övrigt finns det ingen enhetlig organisering av registrering varken på landstingsövergripande eller på centrumnivå.

- ✓ IT-stöd för inrapportering och uttag av data finns i stor utsträckning. Att utveckla IT-stöd för hantering är ett ansvar för respektive kvalitetsregister. Landstinget har dock ett ansvar för det lokala IT-stödet t.ex. integration av olika system fungerar så ändamålsenligt som möjligt. För det stora flertalet register saknas integration med patientjournalsystemet. Det finns ett starkt önskemål om att fler register skall vara integrerade med patientjournalsystemet. Under år 2014 planeras det att införas ett nytt patientjournalssystem inom JLL. Landstingets målsättning är att de register som är integrerade med nuvarande journalsystem även skall vara integrerade i det nya systemet.

- ✓ Förutom arbetet med uppföljning av Öppna jämförelser, indikatorer som mäter specificerade mål och genomgången av aktuella kvalitetsregister finns det ingen formaliserad och dokumenterad uppföljning av hanteringen av kvalitetsregister inom JLL. Dock har chefsområden i Norrlandstingen fått i uppdrag att under år 2014 kartlägga vilka register Norrlandstingen deltar i. I uppdraget ingår också att man skall ge rekommendationer om vilka register som Norrlandstingen bör delta i.

Resultat från kvalitetsregister återrapporteras framförallt till den personal ”som direkt deltar” i behandling av de sjukdomar/tillstånd som registren avser. Däremot beskrivs att det finns en utvecklingspotential för återkoppling till hela arbetsgruppen och spridning av goda exempel.

© 2014 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative (“KPMG International”), a Swiss entity. All rights reserved.

Vår samlade bedömning är att kvalitetsregister har en betydande roll i kvalitetsarbetet inom landstinget. Vi har noterat att det saknas övergripande riktlinjer, rutiner, och styrning om hur landstinget följer upp arbetet med kvalitetsregister. En förklaring till nämnda brist kan vara att registren i huvudsak är verksamheternas verktyg för uppföljning och kvalitetsutveckling. Styrelsen har dock det yttersta ansvaret för kvalitetsarbetet och vi rekommenderar därför att det genomförs de åtgärder som är nödvändiga för att landstingets styrning och uppföljning av arbetet med kvalitetsregistren utvecklas/förbättras.

Vi kan också konstatera att synen på användningen av kvalitetsregister är mer positiv än vad som framkommit i den allmänna debatten. Samtidigt måste sägas att variationen i uppfattning om registren är kraftig, några anser att kvalitetsregister är en förutsättning för en god patientvård medan andra anser att registren endast medför merarbete som istället borde läggas på patientarbete.

Vi anser att det uppdrag som chefsområden i Norrlandstingen har fått år 2014 kan vara en bra grund för att utveckla styrning och effektivisering av arbetet med kvalitetsregister men att det även måste ske ett arbete för detta i respektive landsting. Nedan nämns i punktform områden som vi anser bör beaktas för att arbetet med kvalitetsregister skall utvecklas på ett positiv sätt.

- ✓ Landstinget bör ha en bättre överblick om hur kvalitetsregister används i det lokala förbättringsarbetet.
- ✓ Lokala positiva effekter och den utveckling av vården som kan härledas från arbetet med kvalitetsregister bör spridas i större utsträckning för att öka kunskapen om registrens betydelse in kvalitetsarbetet.
- ✓ Kvalitetsregister bör så långt som möjligt integreras med patientjournalsystem för att undvika onödigt dubbelarbete.
- ✓ Landstinget bör säkerställa att den mest lämpliga personalkategorin sköter administrationen av registren för en så effektiv hantering som möjligt.
- ✓ Det bör övervägas om man i större utsträckning kan samordna hantering av kvalitetsregister inom respektive centrum eller i landstinget för en effektivare hantering.
- ✓ Registeransvariga bör i större utsträckning delta i analys och rapportering av Öppna Jämförelser.

© 2014 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative (“KPMG International”), a Swiss entity. All rights reserved.

2. Bakgrund

Vi har på uppdrag av revisionskontoret i Jämtlands läns landsting (JLL) genomfört en granskning av landstingets arbete med kvalitetsregister. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2013.

Under 2012 gjordes en förstudie av kvalitetsregistren inom Jämtlands Läns Landsting, Rev/12/2012. I denna förstudie gjordes bedömningen att det då inte var möjligt att göra en relevant granskning av kvalitetsregistren på grund av att arbetet som påbörjats inom ledningsstaberna ännu inte formaliserats.

Landstingets revisorer har mot bakgrund av sin risk- och väsentlighetsanalys bedömt det angeläget att genomföra en granskning av kvalitetsregistren.

3. Syfte

Det övergripande syftet med granskningen är att svara på om landstingsstyrelsen har en tillfredställande styrning och kontroll av att arbetet med kvalitetsregistren sker på ett ändamålsenligt sätt.

De frågeställningar som har besvarats/belysts i granskningen är:

- ✓ Finns det en tillfredställande styrning av arbetet med kvalitetsregistren i form av mål, uppdrag, riktlinjer och rutiner?
- ✓ Finns det en tillfredställande organisering och ansvarsfördelning av arbetet med kvalitetsregistren?
- ✓ Finns tillfredställande förutsättningar för att kunna arbeta med kvalitetsregistren i form av kompetenser och IT-stöd?
- ✓ Finns en tillfredställande uppföljning, kontroll och återrapportering till landstingsstyrelsen av arbetet med registren?

4. Avgränsning

Granskningen är avgränsad till centrumen för primärvård, folktandvård och opererande specialiteter.

© 2014 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative (“KPMG International”), a Swiss entity. All rights reserved.

5. Revisionskriterier

- ✓ Hälso- och sjukvårdslagen 31 § om att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras.
- ✓ Socialstyrelsens föreskrift om ett systematiskt kvalitetsarbete 2011:9
- ✓ Landstingsplanen 2013 om att landstingets verksamhet ska kännetecknas av ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete, samt landstingets styrmodell
- ✓ Patientdatalagen
- ✓ Personuppgiftslagen
- ✓ Offentlighets- och sekretesslagen

6. Ansvarig nämnd

Ansvarig nämnd är styrelsen för Jämtlands läns landsting.

7. Projektorganisation och metod

Granskningen har utförts genom dokumentstudier, intervjuer och enkätundersökning. Projektet har genomförts av Örjan Garpenholt, och Mattias Ek, KPMG. Kvalitetsansvarig från KPMG har varit Magnus Larsson, ansvarig för avdelning för offentlig sektor inom KPMG. Projektledare vid landstingets revisionskontor har varit Jan-Olov Undvall, certifierad kommunal revisor.

8. Kvalitetsregister[1]

I Patientdatalagen definieras kvalitetsregister enligt följande: ”med kvalitetsregister avses en automatiserad och strukturerad samling av personuppgifter som inrättats särskilt för systematisk och fortlöpande utveckling och säkring av vårdens kvalitet. Med ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister avses ett kvalitetsregister till vilket personuppgifter har samlats in från flera vårdgivare och som möjliggör jämförelser inom hälso- och sjukvården på nationell eller regional nivå.”

Kvalitetsregister är samlade data som kan användas för analyser och utvärdering av hälso- och sjukvårdsinsatser. Det absolut vanligaste sättet som ett kvalitetsregister startas, är att de medicinska professionerna, företrädesvis läkare, ser ett behov och har önskemål att följa upp hälso- och sjukvårdens resultat inom det område man verkar. Drivande i utvecklingen av kvalitetsregister har varit de olika medicinska specialistföreningarna.

Det finns lokala, regionala och nationella kvalitetsregister. De lokala och regionala registren innebär att personalen på en eller flera inrättningar inom t.ex. ett geografiskt område som ett landsting upprättar ett system för egenkontroll. De nationella registren har som målsättning att gemensamt ta fram variabler för jämförelser och kvalitetsutveckling. De avsnitt i Patientdatalagen som handlar om kvalitetsregister avser regionala och nationella kvalitetsregister i vilka uppgifter hämtas från mer än ett landsting/region/privat vårdgivare.

[1] För ytterligare information om kvalitetsregister hänvisas till hemsidan: www.kvalitetsregister.se

© 2014 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative (“KPMG International”), a Swiss entity. All rights reserved.

Sedan år 2007 finns det övergripande ansvaret för nationella kvalitetsregister vid SKL. Ända sedan början av 1990-talet har det funnits möjlighet att få ekonomiskt stöd till kvalitetsregister genom ”Dagmarmedel”. Under åren 1999 till 2007 sköttes administrationen av tilldelningen med ekonomiskt stöd av Socialstyrelsen.

Varje år ges det möjlighet att ansöka om ekonomiska medel för att driva ett Nationellt Kvalitetsregister[2]. När ansökningstiden har gått ut bedömer Expertgruppen ansökningarna och bereder beslutsunderlag till Beslutsgruppen som sedan fattar beslut om vilka register som kommer att få medel. De register som har fått medel räknas då som Nationella Kvalitetsregister. Beslutsgruppen har formulerat en definition av nationella kvalitetsregister:

”Ett nationellt kvalitetsregister innehåller individbaserade uppgifter om problem, insatta åtgärder och resultat inom hälso- och sjukvård samt omsorg. De genomgår en årlig granskning och bedömning och har godkänts att erhålla stöd från Beslutsgruppen för nationella kvalitetsregister”.

För närvarande (2014) finns 79 kvalitetsregister i drift med ekonomiskt stöd från sjukvårdshuvudmännen och staten. Dessutom får 25 ”registerkandidater” utvecklingsstöd. Dessa register får dela på 188 miljoner kronor[3].

Beslutsgruppen bedömer registren utifrån följande principer

- ✓ **Relevans:** registrets relevans för god vård i ett nationellt perspektiv; problemets allvarlighetsgrad, volym, kostnader samt behov av kvalitetsuppföljning och förbättring inom berört område.
- ✓ **Design:** Registrets möjlighet att generera relevant information som kan återföras till vården med kvalitetshöjning som sannolik effekt.
- ✓ **Kompetens:** Registerhållarens och övriga sökandes kompetens och nationella förankring vad gäller att driva aktuellt kvalitetsregister.
- ✓ **Analys/återkoppling:** Analyser, rapportering, öppenhet och återföring av kunskap till vården samt registrets betydelse för kliniskt förbättringsarbete.

För att effektivisera och samordna arbetet med kvalitetsregister har Beslutsgruppen verkat för att speciella Registercentrum har bildats. Registercentrumens uppgifter är bland annat att dela på arbetsuppgifter som t.ex. IT- och statistisk kompetens. Det finns idag sex kompetenscentra. Till detta skall läggas sex regionala onkologiska centra (ROC). Som en av sina arbetsuppgifter har ROC att administrera och samordna kvalitetsregisterarbete inom cancerområdet.

Det första kvalitetsregistret startades år 1975. Under de år som det funnits en nationell bedömning av kvalitetsregister har cirka 170 register ansökt om att få nationellt stöd. Stödet ges både som start- och driftsstöd.

Kvalitetsregister kan utgå från olika perspektiv och kan utifrån det delas in i tre grupper:

---

[2] Ansvar för beslut om medeltilldelning sker i den s.k. Beslutsgruppen som består av ledamöter från: avdelning för vård och omsorg, SKL, landstingsdirektörerna och Socialstyrelsen, Vårdförbundet och Läkarförbundet. Som beredande organ till Beslutsgruppen finns en expertgrupp med kompetenser inom hälso- och sjukvård, epidemiologi, statistik, registerdrift och kliniskt förbättringsarbete.

[3] Beslutsgruppen för nationella kvalitetsregister. Beslut - medel för kvalitetsregister 2013-12-13.

© 2014 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative (“KPMG International”), a Swiss entity. All rights reserved.

Interventionsregister

De första kvalitetsregistren var interventionsregister, såsom exempelvis Knäplastikregistret och Höftplastikregistret som gjorde uppföljning av operationer och presenterade resultat årligen. Registren har senare utvecklats till att också handla om andra effekter av hälso- och sjukvårdens insatser som t.ex. livskvalitet och långtidseffekt med fokus på patientrelaterad kvalitet.

Diagnosregister

Kvalitetsregister kan också utgå från en specifik diagnos. Detta är idag den vanligaste formen av register. Exempel på sådana register är Nationella diabetesregistret och Riksstroke. Dessa register har ofta snabb återrapportering och kan användas som beslutsstöd i det enskilda patientarbetet. Användning av register som beslutsstöd har dock juridiska begränsningar.

Preventions/processregister

Denna typ av kvalitetsregister fokuserar på individer med risk att drabbas av en sjukdom eller tillstånd. Senior Alert är ett sådant exempel, som har som syfte att stödja vård och omsorg i arbetet att förebygga fall, undernäring och trycksår. Senior Alert ingår i den nationella satsningen för äldre och omfattar vård och omsorg inom både kommun och landsting. Registret är också ett beslutstöd på individnivå.

Från att ha varit ett initiativ från vårdpersonal har kvalitetsregister utvecklats till att användas på bredare sätt inom t.ex. ledning och styrning av hälso- och sjukvården. Samtidigt är fortfarande grundtanken att kvalitetsregister skall utgå från ett reellt kliniskt område och stödja lokalt förbättringsarbete.

Den ursprungliga avsikten med kvalitetsregister var att följa och jämföra kliniska behandlingar. De första registren var rena interventionsregister där resultat mellan olika verksamheter jämfördes, för att se hur respektive enhet låg till i jämförelse med andra. En konsekvens av de resultat som genererades, gjorde att metoder som gav sämre resultat kunde utrangeras. Arbetssättet i kvalitetsregistren har stora likheter och gemensamma utgångspunkter med epidemiologisk forskning, i vilken jämförelsen är en grundläggande del. Kvalitetsregistren har haft och har en viktig roll i den kliniska patientnära medicinska forskningen i Sverige.

Det pågår idag flera projekt inom registren att samla in och bygga databaser med patientrapporterade resultat. Målet är att få en mer fullständig bild av hälso- och sjukvårdens resultat i termer av konsekvenser för den enskildes hälsa och livskvalitet. Därför bör registren kompletteras med mer objektiva mätbara variabler som baseras på hur patienter upplever sin situation och hur sjukvårdens insatser påverkar hälsa och livskvalitet.

Kvalitetsregister har haft stor betydelse för kvalitetsutvecklingen av svensk hälso- och sjukvård. Översynen av de nationella kvalitetsregistren från 2010[4], sammanfattar att kvalitetsregister har bidragit till förbättrade resultat i sjukvården som innebär förbättringar för den enskilde patienten/medborgaren genom nedanstående exempel:

[4]Översyn av de nationella kvalitetsregistren: Guldgruvan i hälso- och sjukvården. Förslag till gemensam satsning 2011-2015. Sveriges Kommuner och landsting 2010.

© 2014 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

- ✓ Sjukvården använder bättre och mer långlivade proteser vid ortopediska operationer.
- ✓ Strokesjukvården har förbättrats genom att strokeregistret visat att organisationsform för omhändertagandet vid strokesjukdom har betydelse för resultat av vården.
- ✓ Barn med cancer lever längre än tidigare genom att man systematiskt följt behandlingsresultat via kvalitetsregister.
- ✓ Behandlingsresultaten vid ljumskbråcksoperationer har förbättrats genom att registret följt upp olika operationsmetoder.
- ✓ Antalet infektioner efter kataraktoperationer har halverats efter att man genom rapportering till register kunnat jämföra behandlingsresultat och komplikationer.

Samtidig konstaterade utredningen att kvalitetsregister inte använts i sin fulla potential i förbättringsarbetet inom hälso- och sjukvården i Sverige.

Det har från flera håll framförts kritik mot den ökade användningen av kvalitetsregister och det merarbete det innebär - en ökning av arbetet som enligt vissa debattörer inte motsvarar de effekter som man anser sig uppnått. Ett argument som ofta framförs är att mer och mer arbetstid läggs på administrativt arbete istället för patientvård [5].

Täckningsgrad i register och uppnådda resultat har använts av både staten och landstingen för olika former av prestations- eller målrelaterade ersättningar. Detta har varit föremål för debatt och olika uppfattningar har ventilerats.

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har ingått en överenskommelse om en gemensam satsning på kvalitetsregister för år 2012 till 2016[6]. Den nationella satsningen innebär att det år 2013 avsattes totalt nästan 600 miljoner kronor till direkt till registren och medel för prestationsersättning genom överenskommelser mellan staten och landstigen. Myndigheten för vårdanalys har fått i uppdrag att utvärdera satsningen med en första redovisning 1 december 2014.

Under år 2013 granskade Riksrevisionen statens satsningar på nationella kvalitetsregister[7]. Riksrevisionen är i sin slutsats kritisk till statens satsning på kvalitetsregister och anser att satsningen inte fått de effekter som avsetts. En av de slutsatser och rekommendationer som Riksrevisionen lägger fram utifrån sin granskning är att staten bör överväga att minska omfattningen av stödet till kvalitetsregister.

---

[5] Se bl.a. Statens satsningar på nationella kvalitetsregister – leder de i rätt riktning. Riksrevisionen 2013:20. Se även en den debatt om svensk hälso- och sjukvård som initierades av M Zaremba, journalist, DN våren 2013.
[6] Socialdepartementet (2010). Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting - om utveckling och finansiering av Nationella kvalitetsregister för vård och omsorg under åren 2012-2016.
[7] Statens satsningar på nationella kvalitetsregister – leder de i rätt riktning. RIR 2013:20. Riksrevisionen 2013.

© 2014 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

9. Kvalitetsregister i JLL

9.1 Övergripande

Utvecklingen och deltagande i kvalitetsregister inom JLL stämmer i stor utsträckning med vad som beskrivs ovan för riket. Täckningsgraden i registren kan generellt betraktas som hög. Det finns skillnader mellan olika förvaltningar och mellan kliniker på samma sätt om i riket. Framförallt kan vi konstatera att kvalitetsregister använts i större utsträckning vid länssjukhuset än i primärvården. Även etablering av kvalitetsregister inom tandvården har skett senare. En utveckling som gäller hela landet.

Även det lokala deltagandet i kvalitetsregistren har styrts utifrån professionella intressen. Framförallt för möjligheten att jämföra sig med andra. Ett annat skäl har varit att bidra med data för att öka den generella kunskapen om den specifika åtgärden eller sjukdomen som kvalitetsregistret omfattar.

En genomgång av vilka register som fanns gjordes i slutet av 2012. Genomgången visade att JLL då deltog i 81 nationella kvalitetsregister.

9.1.1 Öppna Jämförelser

På central nivå i landstinget är fokus på kvalitetsregister i huvudsak kopplat till användning av registeruppgifter i Öppna Jämförelser[8]. Årligen genomförs en landstingsövergripande genomgång av resultaten från Öppna Jämförelser. I den årliga rapporten kommenterar verksamhetscheferna resultatet för de områdesvisa indikatorerna för patientgrupp/er inom respektive verksamhetsområde. De frågor som verksamhetscheferna har att svara på är:

- ✓ Tillförlitlighet i kvalitetsregister, hur ser täckningsgraden ut för aktuell patientgrupp
- ✓ Vilka resultat ”sticker ut” såväl positivt som negativt
- ✓ Jämfört över tid, utveckling av resultat och jämfört med andra landstings resultat
- ✓ Skillnader i resultat mellan män och kvinnor som inte är adekvata
- ✓ Vilka resultat behöver prioriteras för djupare analys
- ✓ Vilka andra källor används i analysarbetet förutom Öppna Jämförelser och aktuella kvalitetsregister
- ✓ Resultat i förhållande till pågående förbättringsarbeten som tidigare prioriterats. Är vi på rätt väg?
- ✓ Finns områden inom respektive centrum som behöver prioriteras för landstingsövergripande förbättringsinsatser tillsammans med andra centrum?

Resultatet av Öppna jämförelser redovisas för landstingstyrelsen. Troligen kommer den nationella processen för framtagning av Öppna jämförelser att förändras. Den stora förändringen kommer att bli att data kommer att presenteras löpande över året.

[8] Öppna jämförelser 2013. Hälso- och sjukvård – jämförelser mellan landsting. Socialstyrelsen och SKL, 2013.

© 2014 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative (“KPMG International”), a Swiss entity. All rights reserved.

9.1.2 Landstingsdirektörens verksamhetsplan

I landstingsdirektörens verksamhetsplan för år 2014 är några av målindikatorerna hämtade från kvalitetsregister.

I det övergripande målet ”Vård efter behov” och hälsofrämjande arbete finns två delmål med indikatorer från kvalitetsregister.

1. Dokumenterad information av läkare till patient angående beslut om palliativ vård, brytpunktssamtal skall öka med 10 procent utifrån utgångsvärdet 2013. (Svenska palliativa registret)
2. Öka andel patienter (70 år och äldre) som får en screening med åtgärd och uppföljning avseende fall, trycksår och undernäring samt i förekommande fall munhälsa. (Senior Alert)

I det övergripande målen ”Långsiktigt hållbar, effektiva processer finns det tre delmål med indikatorer hämtade från kvalitetsregister.

1. Diabetesvård i primärvård: Andel diabetespatienter typ 2 (<75 år) med HbA1c >73 mmol/mol skall vara lägst 10,2 procent (Nationella Diabetesregistret)
2. Diabetesvård medicinmottagningen: Andel diabetespatienter, med HbA1c < 52 mmol/mol skall vara lägst 15 procent (Nationella Diabetesregistret)
3. Strokevård: Andel patienter som var ADL-oberoende 3 månader efter akutfasen. (urval; personer som var ADL-oberoende före insjuknandet) skall vara högre än 81 procent (Riksstroke)

9.1.3 Kunskapsutveckling – de mest sjuka äldre

Jämtlands åtta kommuner och Jämtlands Läns Landsting gjorde år 2010 en överenskommelse med SKL om en satsning i syfte att stärka den regionala stödstrukturen för kunskapsutveckling inom länet inom vård och omsorg för de mest sjuka äldre. En regional arbetsgrupp etablerades 2012 och har utarbetat en regional arbetsmodell för att följa upp resultat från Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre. Arbetsgruppen har bestått av representanter från länets kommuner, Regionförbundet Jämtland, landstinget och FOU Jämt. Arbetsgruppen har formulerat en arbetsmodell för hur resultatet från Öppna jämförelser skall analyseras och presenteras. Till detta har det tagits fram en handbok.

Det är fem kvalitetsregister som utgör datakällor för Öppna jämförelse-rapporten ”Vård- och omsorg för sjuka äldre”:

- ✓ Svenska Palliativregistret samlar in data via en dödsfallsenkät i vilken personalen, som vårdat en just avliden människa, besvarar frågor om vården som gavs under den sista veckan i livet.
- ✓ Senior Alert är ett kvalitetsregister med syfte att förebygga fall, undernäring, trycksår och ohälsa i munnen hos personer 65 år och äldre.
- ✓ SveDem är ett kvalitetsregister avseende demenssjukdomar.
- ✓ Svenska BPSD-registret används för att säkerställa kvaliteten inom vården av personer med Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens.

© 2014 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative (“KPMG International”), a Swiss entity. All rights reserved.

- ✓ Riks-Strokeregistret samlar in uppgifter om strokepatientens situation vid insjuknandet, under sjukhusvistelsen och följer upp patienten efter tre månader och efter ett år.

En första rapport togs fram år 2012 . Under mars månad i år (2014) har arbetsgruppen påbörjat ett arbete för att analysera 2013 års jämtländska data i Öppna Jämförelser – Vård och omsorg för sjuka äldre.

9.1.4 Handlingsplanen för cancersjukvård

I handlingsplanen för cancersjukvård för JLL som antogs av landstingsdirektörens ledningsgrupp i januari 2013 är ”God inrapportering i kvalitetsregister, för att få nödvändigt underlag för förbättringsarbete” ett prioriterat område.

I handlingsplanen beskrivs att målet för deltagande i aktuella kvalitetsregister inom cancersjukvård skall vara minsta 80 procent. Enligt handlingsplanen skall detta mål redovisas i del- och årsbokslut. I delårsbokslutet per augusti 2013 beskrivs inte uppfyllelsen av detta mål. Vi har heller kunnat se att resultatet av detta mål är redovisat i landstingets preliminära årsbokslut för 2013.

9.1.5 Chefssamråden inom Norrlandstingen

Inom Norrlandstingens regionförbund finns det medicinska chefsamråd. I förbundets regionala planeringsuppdrag till de medicinska chefsamråden 2014 är det formulerat ett uppdrag avseende nationella kvalitetsregister. Chefsamråden skall redovisa vilka kvalitetsregister regionens landsting deltar i samt täckningsgraden för dessa. Chefsamråden ska också redovisa vilka register de enats om att regionen bör delta i. Uppdraget skall redovisas i december 2014.

9.1.6 IT

En förutsättning för kvalitetsregister är fungerade IT-lösningar. Historiskt har de olika kvalitetsregistren använt egna IT-lösningar för inrapportering, analys och rapportering av utdata. Behovet att begränsa antalet IT-lösningar har varit föremål för omfattande diskussion. I en genomgång av kansliet för nationella kvalitetsregister beskrevs våren 2013 att det fanns 19 leverantörer av IT-stöd till de nationella kvalitetsregistren. För att underlätta leverans av data till registren pågår det flera olika initiativ till integrering inom vårddokumentation och kvalitetsregister. I och med inrättandet av regionala kompetenscentra för kvalitetsregister har antalet leverantörer av IT-stöd minskat.

En viktig del i IT-stöd som ofta nämns i samband med kvalitetsregister är att det underlättar om det finns en integration mellan register och patientjournalsystem. Inom JLL finns det för närvarande integration mellan journalsystemet och kvalitetsregistren, NDR och Auricula. När det nya patientjournalsystemet planerat att införas i JLL år 2014 är avsikten att de register som har en integration i nuvarande system även skall ha det i det nya systemet.

© 2014 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative (“KPMG International”), a Swiss entity. All rights reserved.

9.1.7 Kommentarer

JLL deltar i de flesta kvalitetsregister enligt sammanställningen från år 2012. Täckningsgraden i de flesta kvalitetsregistren är överlag god.

Den landstingsövergripande styrningen av hur verksamheterna skall arbeta med kvalitetsregister är begränsad. Förutom den sammanställning av vilka register som verksamheterna deltar i, är fokus i det övergripande arbetet analys av Öppna Jämförelser. Den utvecklingen kan ses i flera av landets landsting/regioner.

Det finns inga övergripande riktlinjer och rutiner för hantering av kvalitetsregister. Det uppdrag som lämnats till chefsområden i Norrlandsting kan bidra till att öka styrningen, utveckla rutiner och effektivisera hanteringen av kvalitetsregister.

Vår uppfattning är att landstinget tydligare bör presentera de positiva effekter och den utveckling av vården som kan härledas från arbetet med kvalitetsregister, för att sprida kunskap och motivera till arbete med kvalitetsregister.

Vi anser också att landstinget bör ha en bättre överblick om hur kvalitetsregister används i förbättringsarbete. Idag presenteras endast resultat och indikatorer i huvudsak för jämförelse över tid och med andra.

Utvecklingen av IT-stöd för kvalitetsregister är inte ett enskilt landstings ansvar. Utveckling av IT-lösningar måste ske nationellt och i samråd med huvudmännen. Vi anser dock att landstinget bör finna vägar för att stödja en utveckling så hantering av kvalitetsregister sker så kostnadseffektivt som möjlig. Vår uppfattning är att så är inte alltid fallet idag. Landstinget bör förvissa sig om att hanteringen av registren sker på ett sådant sätt att rätt personalkategori utför rätt uppgifter.

9.2 Sjukhus – opererande specialiteter

9.2.1 Enkät och iakttagelser

En enkätundersökning genomfördes vid centrum för opererande specialiteter för att undersöka om kvalitetsregister används i kvalitets- och utvecklingsarbetet. Enkäten skickades ut per e-post till all[9] legitimerad personal vid centrumet i januari 2014 . Enkäten skulle besvaras av de som tjänstgjorde under de 10 dagar som enkäten fanns tillgänglig via internet.

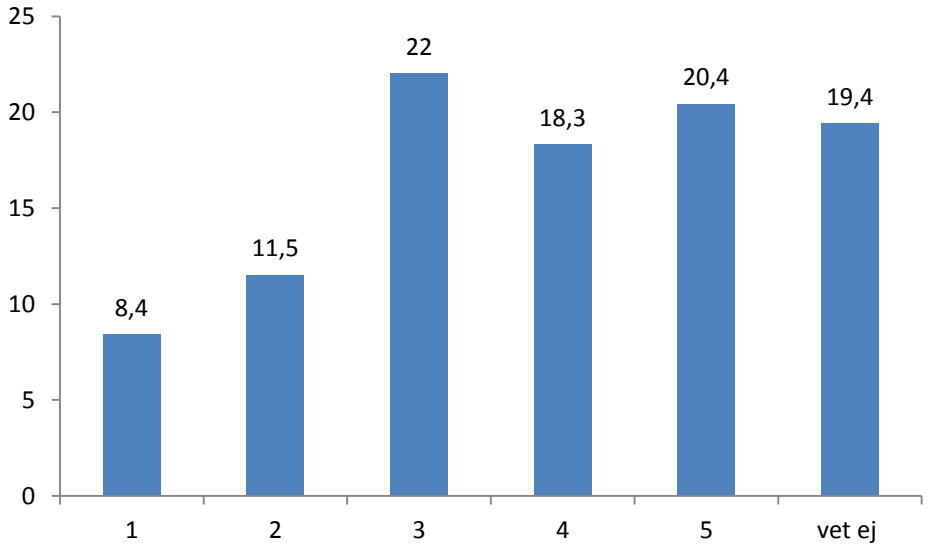
Det var totalt 191 personer som svarade på enkäten varav 70 var läkare, 96 sjuksköterskor och 25 annan legitimerad personal. Av de svarande så var det 28 som var lokalt ansvariga för kvalitetsregister, 75 som arbetade med inmatning av uppgifter, 34 som sammanställde uppgifter från kvalitetsregister och 53 som arbetade med rapportering från kvalitetsregister. Nitton av de svarande var chefer.

I enkäten fick respondenterna utifrån en femgradig skala besvara i vilken grad man instämde i fyra påståenden. Där 1 innebär att man inte håller med om påstående och 5 att man håller med

[9] Utom legitimerad personal vid ambulansen, akuten och operation

© 2014 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

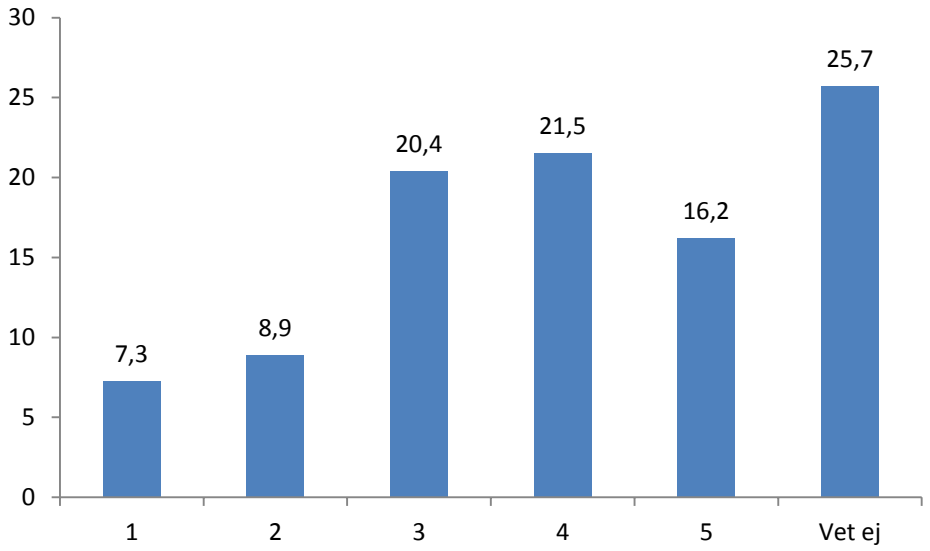
om påståendet i hög grad. Det fanns också möjlighet att svara vet ej/ingen uppfattning. Medelvärden har beräknats för de som svarat på den femgradiga skalan. Vet ej-svaren har uteslutits från medelvärdesberäkningen.



Figur 1. Skattning av i vilken grad på en femgradig skala som respondenterna instämmer i påståendet: Resultat från kvalitetsregister återrapporteras till verksamhetens medarbetare (fördelning av svarande i procent) n=154

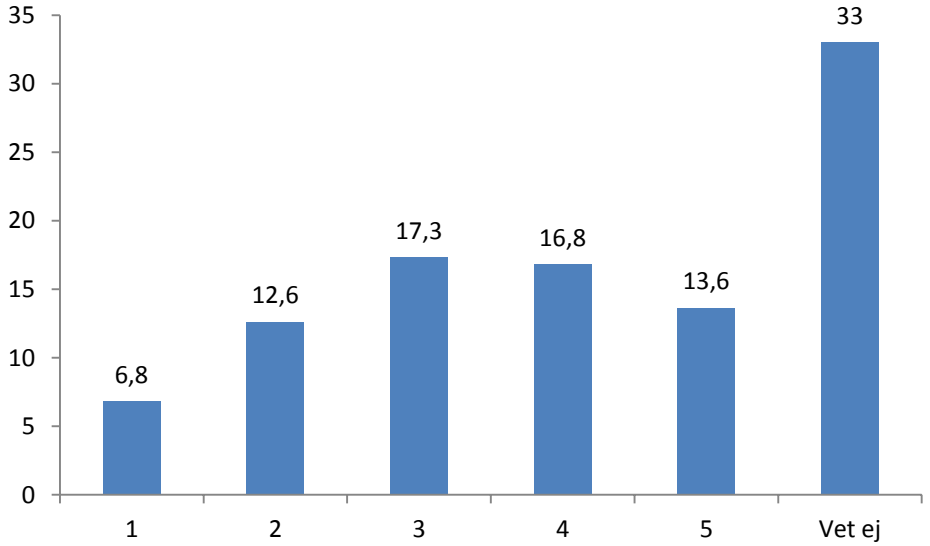
Det var 154 personer som skattade påståendet om att kvalitetsregister återrapporterats till verksamhetens medarbetare. Medelvärdet för skattningen var 3,4 (läkare 3,5 och sjuksköterskor 3,4). För chefer var medelvärdet 3,5. Av de 37 personer som svarade vet ej/ingen uppfattning var det 6 personer som var läkare och 31 som var sjuksköterskor eller annan legitimerad personal.

© 2014 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.



Figur 2. Skattning av i vilken grad på en femgradig skala som respondenterna instämmer i påståendet: Resultat från kvalitetsregister används i verksamhetens interna kvalitetsarbete. (fördelning av svarande i procent). n=142

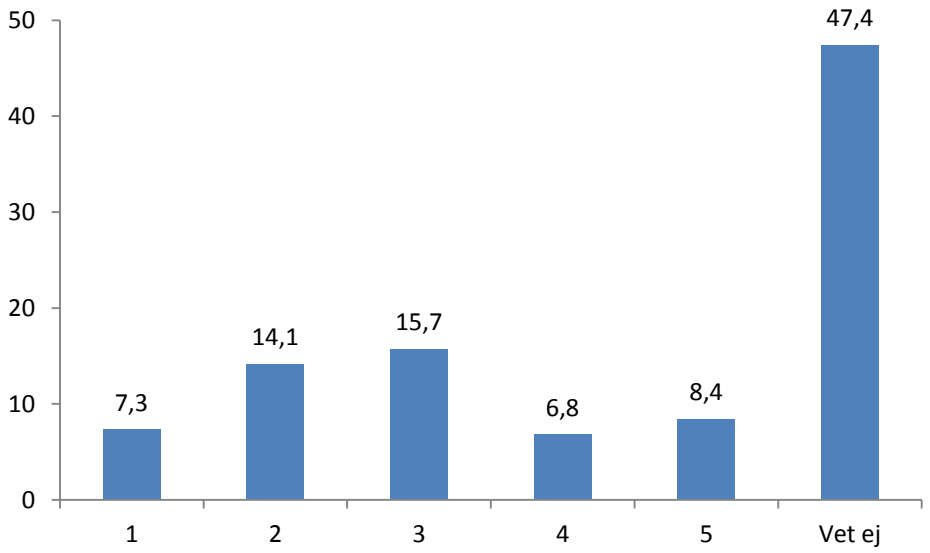
Det var 142 personer som skattade påståendet om att resultat från kvalitetsregister används i det interna kvalitetsarbetet. Medelvärdet för de svarande var 3,4 (läkare 3,6 och sjuksköterskor 3,4). För chefer var medelvärdet 3,4. Av de 49 personer som svarade vet ej/ingen uppfattning var det 17 personer som var läkare och 32 som var sjuksköterskor eller annan legitimerad personal.



Figur 3. Skattning av i vilken grad på en femgradig skala som respondenterna instämmer i påståendet: Den tid som läggs ner på arbete med kvalitetsregister är motiverat utifrån nyttan. (fördelning av svarande i procent)n=128

© 2014 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

Det var 128 personer som skattade påståendet om den tid som läggs ner på arbete med kvalitetsregister är motiverad utifrån nytta. Medelvärdet för svarande var 3,3 (läkare 3,5 och sjuksköterskor 3,0). För chefer var medelvärdet 3,3. Av de 63 personer som svarade vet ej/ingen uppfattning var det 25 personer som var läkare och 38 sjuksköterskor eller annan legitimerad personal.



Figur 4. Skattning av i vilken grad på en femgradig skala som respondenterna håller instämmer i påståendet: Det finns ett ändamålsenligt IT-stöd. (fördelning av svarande i procent)n=100

Det var 100 personer som skattade påståendet om att det finns ändamålsenligt IT-stöd för arbetet med kvalitetsregister. Medelvärdet för svarande var 2,8 (läkare 2,7 och sjuksköterskor 3,4). För chefer var medelvärdet 2,8. Av de 91 personer som svarade vet ej/ingen uppfattning var det 38 personer som var läkare och 53 sjuksköterskor och annan legitimerad personal.

I enkäten gavs också möjlighet att lämna öppna svar. De öppna svaren ger en skiftande bild av synen på kvalitetsregister. Uppfattningar som framkommer i de öppna svaren varierar från att kvalitetsregister tar alltför mycket tid från patientarbetet till att kvalitetsregister är en förutsättning för att utveckla vårdens kvalitet. Följande citat får spegla den senare synpunkten ”Kvalitetsregister är det enda sättet mäta kvalitet”. En återkommande synpunkt är att återapporteringen till hela personalgruppen bör utvecklas och inte bara avse dem som är direkt involverade i registerarbetet.

För att komplettera enkätresultaten genomfördes intervjuer med verksamhetschefer och företrädare för centrumets enheter/specialiteter. På samma sätt som i enkätresultatet framkom skiftande erfarenheter och uppfattningar om kvalitetsregister.

Det finns inom centrumet ingen övergripande rutinbeskrivning eller riktlinje för hantering av kvalitetsregister – ”varje register lever sitt eget liv”. Det finns dock rutiner och manualer för respektive kvalitetsregister.

Inom varje enhet organiseras arbetet med registret olika. Hanteringen skiftar mellan allt ifrån pappersrapportering till ”inmatning online”. De flesta beskriver att registrering i registren är ett

© 2014 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative (“KPMG International”), a Swiss entity. All rights reserved.

problem och skapar onödigt dubbelarbete. Orsaken till detta är att det endast är ett fåtal register som har möjlighet till automatisk överföring av data direkt från patientjournal. En intressant lösning har Svenska Intensivvårdregistret. Utan att bryta mot sekretessregler kan data överföras direkt från ett patienthanteringssystem till kvalitetsregistret.

Vid några av enheterna har man avsatt personal för att mata in uppgifter i register. Det ges ingen speciell ersättning för arbete med kvalitetsregister utan det sker inom ramen för ordinarie arbete. I kvalitetsregistrens begynnelse skedde dock mycket av arbetet av entusiaster på fritid.

Den dominerande synpunkten är att register är nödvändiga för utvecklingen av vården. Data från kvalitetsregister har använts för forskning även vid Östersunds sjukhus.

Samtliga intervjuade säger att resultaten återrapporteras. Samtidigt anser flera att det finns en utvecklingspotential hur återrapportering sker och hur resultaten används. Rapportering sker i princip alltid till ”dem som det berör” dvs. framförallt de läkare som behandlar just den patientgrupp som registret avser.

Någon av de intervjuade anser att man i låg grad deltar i arbetet med Öppna jämförelser, ”Man skriver en kommentar och sedan hör man inget mer”.

9.2.2 Kommentarer

Efter de senaste årens debatt om nyttan med kvalitetsregister anser vi att synpunkterna angående kvalitetsregister är mer positiva än förväntat.

Inget av resultaten från enkäten är uppseendeväckande utom att det är en mindre del av de svarande som instämmer i låg grad (1 och 2 på en femgradig skala) i påståendena.

Det vi däremot är något förvånande över är att en så pass stor del av respondenterna har svarat vet ej/ingen uppfattning. Det kan vara ett tecken på att kunskapen om kvalitetsregister är låg/att återrapportering inte sker i tillräcklig omfattning. Vår uppfattning är att legitimerad personal vid dessa enheter borde ha kunskap om kvalitetsregister. Det kan självklart finnas andra orsaker, som nyanställd m.m.

Det finns inga centrumövergripande riktlinjer för hantering av kvalitetsregister. Det är upp till varje enhet att organisera och hantera sina register. Vi anser att det bör övervägas om det finns vinster som kan uppnås om hanteringen av fler register samordnas än vad som görs idag inom respektive centrum eller landstingsövergripande.

Vi anser också att de registeransvariga bör vara mer delaktiga i analys av och rapportering av resultat i Öppna jämförelser. De kan t.ex. ske genom att det skapas en arbetsgrupp med ansvar att analysera resultatet från Öppna Jämförelser/kvalitetsregister på ledningsnivå inom landstinget. En sådan gruppering kan bestå av registeransvariga och tjänstemän från ledningskansliet. Gruppen kan också ha i uppdrag att informera och sprida kunskap inom landstinget om Öppna Jämförelser/kvalitetsregister.

© 2014 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative (“KPMG International”), a Swiss entity. All rights reserved.

9.3 Primärvård

9.3.1 Iakttagelser

Primärvårdens uppdrag gäller alla patientgrupper till skillnad mot sjukhusen, som går mot en ökad subspecialisering. Förutsättningar för deltagande i kvalitetsregister är därför annorlunda inom primärvård i jämförelse med sjukhus. Primärvårdens anslutning till kvalitetsregister har skett senare än för sjukhusen. Det är också inom primärvården som den största skepsisen till kvalitetsregister funnits. Företrädare för primärvåd har varit mer öppet kritiska i den svenska offentliga debatten än läkare inom övriga specialiteter.

Det finns åtta kvalitetsregister som vänder sig till primärvård.

- ✓ SveDem (Svenska demensregistret)
- ✓ NDR (Nationella Diabetesregistret)
- ✓ RiksSvikt (Nationellt kvalitetsregister för hjärtsvikt)
- ✓ RiksKOL (Svenskt nationellt KOL-register)
- ✓ Svenska Palliativa registret
- ✓ RiksSår (Nationellt kvalitetsregister för diagnos, behandling och uppföljning av ben- fot- och trycksår)
- ✓ Senior Alert (Nationellt kvalitetsregister för förebyggande vård och omsorg)

Det register som utvecklades tidigast och fått mest spridning inom svensk primärvård är NDR . Svensk förening för allmänmedicin arbetar sedan år 2009 med att utveckla ett nationellt kvalitetsregister för primärvård med återkoppling till ansvariga i vården, uppföljning för ledning och styrning, Från år 2012 har arbetet fått ekonomiskt stöd från nationella Beslutsgruppen för kvalitetsregister för att utveckla en modell som är tekniskt och juridiskt hållbar samtidigt som den är allmänmedicinskt kliniskt relevant.

Styrning av primärvårdsverksamheten inom JLL sker genom de spelregler som anges i förfrågningsunderlag för Hälsovalet Jämtland. I förfrågningsunderlaget under rubriken Uppföljning och utvärdering beskrivs två mått avseende kvalitetsregister.

- ✓ Vårdenheten skall årligen redovisa täckningsgrad för NDR, målvärdet är 90 procents täckningsgrad utifrån en beräknad förekomst av diabetes om 4 procent.
- ✓ Vårdenheten skall årligen redovisa vilka kvalitetsregister man deltar i.

I förfrågningsunderlaget nämns även om det nationella utvecklingsarbete som pågår för att utveckla ett nationellt kvalitetsregister för primärvård, vilket enligt förfrågningsunderlaget kan innebära nya åtaganden för vårdgivaren.

Det finns inga mål- eller prestationsersättningar kopplade till deltagande i kvalitetsregister inom Hälsoval Jämtland.

I våra intervjuer med företrädare inom primärvård beskrivs att det framförallt är kvalitetsregistret NDR som prioriteras. NDR är, enligt dem vi intervjuat, en viktig del i diabetesvården inom primärvården. I olika grad återkopplar man de egna resultaten för utvecklingsarbete. Det är en varia-

© 2014 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

tion i täckningsgrad mellan olika vårdcentralen för NDR men på länsnivå uppnås det beräknade målvärdet för täckningsgrad.

Motivationen för att delta i andra register är betydligt lägre. De intervjuade anser t.ex. att de övriga registren inte är anpassade och utformade för primärvården i samma utsträckning som NDR. En av de intervjuade vårdenheterna hade varit engagerade i utvecklingsprojekt av behandling av svårläkta bensår och därför i stor utsträckning deltagit i det registret. De intervjuade anser att arbetsinsatsen med registren är motiverad utifrån den nytta som uppnås genom att delta i NDR. Att man i de flesta andra registren har en låg täckningsgrad beror bl.a. på att nyttan inte motsvarar insatsen.

9.3.2 Kommentarer

JLL har valt att inom Hälsovalet inte ha målrelaterad ersättning för deltagande i kvalitetsregister. Trots det har man på länsnivå en hög beräknad täckningsgrad i NDR.

Vår bedömning är att NDR används på ett ändamålsenligt sätt inom primärvården. Vi anser också att man bör överväga hur landstinget kan stimulera till en ökad användning av övriga register.

En möjlighet för primärvården att delta i flera kvalitetsregister vore, om patienten tillåter, att från journalsystem per automatik hämta data till flera register. Om detta fungerade, skulle primärvårdsnivån kunna leverera grundläggande data till många kvalitetsregister. Detta har diskuterats men är troligen inte en rimlig utveckling och är tekniskt svårlöst Även om utvecklingen av ett specifikt primärvårdregister har gått långsammare än förväntat, är det troligen det lämpligast sättet att få ett ändamålsenligt kvalitetsregister för primärvård.

9.4 Tandvård

Det finns för tandvård ett nationellt kvalitetsregister, Svenskt Kvalitetsregister för karies och parodontit (SKaPA). Anslutning till registret har skett successivt sedan starten år 2008. Från med år 2014 beräknas att alla Sveriges folktandvårdsorganisationer är anslutna till registret. Folktandvården i Jämtland anslöts till registret under hösten 2013. För närvarande pågår en testperiod och registret beräknas vara i skarp drift till sommaren 2014. Därför finns det ännu inga data och någon betydande erfarenhet av registret. När registret är i full drift kommer det att innehålla data från år 2009. Det som är unikt med SKaPa är att all datafångst sker direkt från datoriserade journaler eller genom filöverföring från databaser som dessa genererat.

KPMG dag som ovan

Örjan Garpenholt

© 2014 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative (“KPMG International”), a Swiss entity. All rights reserved.

Jämtlands Läns Landsting

Samordningskansliet
Daniel Nilsson
Tfn: 063-14 75 71 (ankn 27571)
E-post: daniel.l.nilsson@jll.se

2014-05-09

LS/299/2014

Bilaga - uppföljning internkontroll 2014-05-27

Ledning/styrning

Informationsspridning	Risk att nya landstingsgemensamma regler/rutiner inte kommuniceras i hela organisationen	Regelbundna kontroller vid enheter.	Kommunikationschef

Landstingsövergripande dokument som ska delges medarbetare i organisationen skickas idag av ansvarig chef till kommunikationsstaben för sammanställning till veckovis ledningsinformation. En värdeflödeskartläggning av en landstingsövergripande nyhet har under första kvartalet 2014 följts av i spridningsskedet. Resultatet har visat att nyheten har en benägenhet att stanna på enhetschefsnivå.

För närvarande pågår framtagande av en rutin avseende spridning av övergripande medicinska dokument. Enligt denna rutin ska dokumenten godkännas av ansvarig stabschef som rapporterar dokumentet till landstingsdirektörens ledningsgrupp för fastställelse av beslut. Beslut dokumenteras i beslutsprotokoll som distribueras för kännedom till kvalitetssamordnare för implementering i ledningssystemet samt till vårdstrateg för spridning till vårdutvecklare, chefer o.s.v.

IT

Avbrott/driftstörningar	Risk att vården påverkar av driftstörningar	Se över befintliga rutiner för IT/Kontroll av rutiner	

Allmänt

Detta är en kort beskrivning av landstingets nuläge angående vår förmåga att hantera driftavbrott för landstingets mest verksamhetskritiska system.

Kontinuitetshanteringen för IT-systemen är uppdelad i

- Planering för IT-infrastruktur
- Planering för verksamhetskritiska system
- Planering för varje verksamhets egna rutiner vid IT-driftavbrott

Planeringen för systemen följer hur systemförvaltningsansvaret är uppdelat på förvaltningsorganisationer. IT-infrastrukturens planering är grundläggande och påverkar de verksamhetskritiska systemen. Beroenden finns mellan systemen och IT-infrastrukturen på flera plan – dels rent systemmässigt teknisk och dels vad gäller informationsvägar för kommunikation med landstingets verksamheter vid ett avbrott.

IT-infrastrukturen

Landstingets grundläggande IT-infrastruktur har en kontinuitetsplan som beskriver de generella åtgärder och processer som ska följas vid ett IT-avbrott orsakat av del av IT-infrastrukturen såsom nätverk eller central servermiljö. Planen består av en uppsättning rutiner, checklistor och andra stöddokument som ska användas vid en uppkommen allvarlig händelse som berör IT-infrastrukturen.

Planen innehåller också som bilagor en prioritering av de mest verksamhetskritiska systemen med vilka maximala avbrottstider som kan tolereras av verksamheten. Dessutom finns uppgifter om i vilken ordningsföljd systemen ska kunna återstartas om ett IT-haveri i IT-infrastrukturen inträffar så att systemens tillgänglighet påverkas. Denna prioritering ansvarar ytterst verksamheterna för och ska vara avstämda utifrån vilka avbrottstider som tolereras.

IT-infrastrukturens kontinuitetsplan är godkänd av systemägaren för IT-infrastruktur (IT-chefen). Planen har övats vid några tillfällen de senaste åren, senast under vintern 2013-14.

Verksamhetskritiska system

För de verksamhetskritiska systemet ansvarar varje systemägare för att det finns en aktuell kontinuitetsplan (avbrottsplan). I ansvaret ingår att tillse att planen är aktuell samt att den testas/övas regelbundet. Beroendet till IT-infrastrukturens kontinuitetsplan ska finnas tydlig beskrivet och hänvisningar ska göras där det är möjligt till de förekommande reservrutiner som finns i verksamheten för driftavbrott för respektive system.

Enligt kvalitetshandboken för systemförvaltning (”Q-handboken”) ska systemets avbrottsplan finnas i systemets ”Systemsäkerhetsplan”.

Det är idag oklart om samtliga verksamhetskritiska system har upprättade och aktuella avbrottsplaner i sina systemsäkerhetsplaner.

Vidare är det oklart om verksamheterna har framtagna och aktuella reservrutiner som ska träda in vid driftavbrott för de mest verksamhetskritiska systemen man använder. Ett inventeringsarbetet krävs för att få en nulägesbild över detta område.

Specifikt kan nämnas systemet VAS som en tillgänglig reservrutin har en s.k. läskopia som ska nyttjas vid ett driftavbrott för ordinarie system. Övriga system har inte motsvarande lösning idag.

Det bedöms idag finnas ca 30-40 st verksamhetskritiska system inom landstinget med flera ansvariga systemägare utan central samordning.

Det saknas idag en grund med kriterier för vilka system som ska klassas som verksamhetskritiska och vilka krav dessa ska uppfylla ur kontinuitetssynpunkt. Därmed finns en oklarhet i vad som ska uppnås och hur en revision inom området skulle kunna utföras för att kontrollera förmågan att hantera driftavbrott.

Det arbete med BITS-kartläggning (Basnivå för informationssäkerhet) av landstingets IT-system kan delvis användas i detta arbete men en kompletterande arbete med kravställning på tolerabla avbrottstider krävs dessutom.

Landstinget har idag inte resurser för att göra en samlad förmågebedömning av hur

vården påverkas av större IT-driftsavbrott.

Sammanfattning

Att kunna bedöma förmågan att klara driftavbrott för landstingets verksamhetskritiska system förutsätter

- Tydlig kravställning på vilka maximalt tolerabla avbrottstider som verksamheten klarar
- En inventering av reservrutiner för verksamhetskritiska system – både avbrottsplaner för resp. system och rutiner i resp. verksamhet
- En samlad förmågebedömning utifrån de krav som ställs och de planer/rutiner som finns framtagna

Frågan om förmågebedömning av att klara driftavbrott för IT-systemen kan idag inte besvaras. Ovanstående punkter behöver genomföras och krav ställas från respektive verksamhet och kommuniceras till systemägarna. Brist på samordning mellan systemförvaltningarna och brist på resurser inom informations- och IT-säkerhetsområdet gör att denna förmågebedömning i dagsläget inte har kunnat genomföras.

Jämtlands Läns Lands ing

Samordningskansliet
Daniel Nilsson
Tfn: 063-14 75 71
E-post: daniel.l.nilsson@jll.se

2014-04-11

LS/349/2013

Landstingsstyrelsens uppföljnings- och internkontrollplan 2014

Uppföljningsplan

Ämnesområde	Föredragande tjänstemän	Styrelsemöte
Styrelsens ledning och samordning av förvaltningen - Landstingsdirektörens rapport - FoU-frågor, lägesbeskrivning och redovisning av fördelning av FoU-medel -	Landstingsdirektör FoU-chef	21 – 22 januari
Styrelsens information om frågor som kan inverka på landstingets utveckling och ekonomiska ställning - Planeringsförutsättningar 2015 -2018 - Centrumredovisning	Planeringschef Centrumchefer	21 – 22 januari
Styrelsens uppsiktsskyldighet över kommunal verksamhet som drivs i företag och kommunalförbund. - Landstingsbostäder i Jämtland AB	Kanslichef	21 – 22 januari
Styrelsens ledning och samordning av förvaltningen - Landstingsdirektörens rapport - Patientsäkerhetsberättelse, resultat och aktiviteter 2013	Landstingsdirektör Chef patientsäkerhetsenheten	18 – 19 februari

- Bättre liv för sjuka äldre; beskrivning av process, resultat 2013 och plan 2014 - Säkerhetsarbetet, rapport 2013 och plan 2014 - Tillgänglighet och Vårdgaranti, analys av avvikelse 2013 och plan för 2014 - Öppna jämförelser 2013, analyserad rapport - Lokalförsörjning och Fastighetsstrategi	Handläggare äldrefrågor Kanslichef HS-chef HS-chef Fastighetschef	
Styrelsens uppsiktsskyldighet över kommunal verksamhet som drivs i företag och kommunalförbund. - Gemensam nämnd Frostviken - Gemensamma nämnd avseende samordnad upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter	 Chef Beställarenheten Chef upphandling	18 – 19 februari
Styrelsens information om frågor som kan inverka på landstingets utveckling och ekonomiska ställning - Uppföljning läkemedel - Uppföljning landstingsövergripande projekt	 Läkemedelsstrateg HS-chef/Projektledare	18 – 19 februari
Styrelsens ledning och samordning av förvaltningen - Landstingsdirektörens rapport - Årsbokslut 2013, inkl bolag och privata utförare - Likviditetsrapport - Personalbokslut - Riks o Regionvård - Jämställdhet och mångfald - Uppföljning beställd primärvård - Uppföljning vårdavtal - Patientenkäter och vårdbarometer, resultat från nationella och lokala enkäter/mätningar	 Landstingsdirektör Ekonomichef Finansekonom Personalchef Planeringschef Mångfaldsstrateg Projektledare beställarenheten Chef beställarenheten Verksamhetsutvecklare	20 – 21 mars
Styrelsens information om frågor som kan inverka på landstingets utveckling och ekonomiska ställning - Uppföljning styrelsens internkontrollplan	 Kanslichef	20 – 21 mars

Styrelsens ledning och samordning av förvaltningen - Landstingsdirektörens rapport - E-hälsa - Samverkan med kommunerna; SVOM och Barnarenan - Miljöbokslut och plan 2014 - Uppföljning hälsofrämjande arbete - Sjukskrivningsmiljarden/Rehabgarantin	 Landstingsdirektör IT-chef, Kommunikationschef HS-chef, landstingsöverläkare Miljöstrateg Chef Folkhälsocentrum HS-chef	28 – 29 april
Styrelsens uppsiktsskyldighet över kommunal verksamhet som drivs i företag och kommunalförbund. - Inera AB - Regionförbundet Jämtlands län	 IT-chef Planeringschef	28 – 29 april
Övriga ärenden till styrelsen - Sammanträdestider för 2015	 Fullmäktiges sekreterare	28 – 29 april
Styrelsens ledning och samordning av förvaltningen - Landstingsdirektörens rapport - Delårsbokslut april - Likviditetsrapport - Landstingsplan 2014-2016, inkl fastighetsinvesteringar	 Landstingsdirektör Ekonomichef Finansekonom Planeringschef, fastighetschef	27 – 28 maj
Styrelsens uppsiktsskyldighet över kommunal verksamhet som drivs i företag och kommunalförbund. - LÖF - Samordningsförbundet i Jämtlands län	 Ekonomichef Planeringschef	27 – 28 maj

Styrelsens information om frågor som kan inverka på landstingets utveckling och ekonomiska ställning - Uppföljning styrelsens internkontrollplan - Presentation internkontrollplan 2015	 Kanslichef Kanslichef	27 – 28 maj
Styrelsens ledning och samordning av förvaltningen - Landstingsdirektörens rapport	 Landstingsdirektör	26 – 27 augusti
Styrelsens ledning och samordning av förvaltningen - Landstingsdirektörens rapport - Delårsbokslut augusti - Likviditetsrapport - Jämställdhet och mångfald - LD:s verksamhetsplan för 2015 - FoU	 Landstingsdirektör Ekonomichef Finansekonom Mångfaldsstrateg Ekonomichef FoU-chef	25 september 30 september – 1 oktober
Styrelsens information om frågor som kan inverka på landstingets utveckling och ekonomiska ställning - Planeringsförutsättningar 2016 -2018 - Uppföljning styrelsens internkontrollplan	 Planeringschef Landstingsdirektör	25 september 30 september – 1 oktober
Styrelsens uppsiktsskyldighet över kommunal verksamhet som drivs i företag och kommunalförbund. - Landstingsbostäder i Jämtland AB	 Kanslichef	25 september 30 september – 1 oktober
Styrelsens ledning och samordning av förvaltningen - Landstingsdirektörens rapport - Ledningssystemet; status och tillämplighet, riktighet och effektivitet	 Landstingsdirektör Kanslichef	4 – 5 november

(SOSFS 2011:9) - Styrelsens uppföljnings- och internkontrollplan för 2015 - Samverkan med kommunerna; SVOM och Barnarenan - Brukardialoger, uppföljning, redovisning av pågående arbete	 Kanslichef HS-chef, landstingsöverläkare HS-chef	
Styrelsens uppsiktsskyldighet över kommunal verksamhet som drivs i företag och kommunalförbund. - Norrlandstingens regionförbund, NRF	 Planeringschef	4 -5 november
Övriga ärenden till Styrelsen - Årsavtal med Stiftelsen Jamtli	 Kanslichef	9 december
Styrelsens begäran om yttranden och upplysningar från nämnder och beredningar – motsvarande - Revisionsplan 2015 - Patientnämndens verksamhet 2015	 Revisionsdirektör Chef patientnämnden	9 december

Internkontrollplan

Process/rutin	Riskbild	Riskbedömning	Åtgärd/kontrollmoment	Ansvarig att kontroller utförs/tidpunkt för uppföljning
Lokalförsörjning och fastighet				
Lagefterlevnad	Följs gällande lagar och reglementen inom fastighetsområdet		Se över gällande bestämmelser	Våren 2014 Fastighetschef
Vattenförsörjning	Sjukhuset blir helt utan vatten vid läckage		Uppföljning med Östersunds kommun	Våren 2014 Fastighetschef
Ekonomi				
Avtalstrohet	Följs Lagen om offentlig upphandling		Följ upp gjorda upphandlingar	Våren 2014 Ekonomichef
Patientsäkerhet				
Information till patienter	Risk att patientinformation ej kan förstås av samtliga vårdtagare (ex. språkliga svårigheter, funktionshinder)		Kontrollera efterlevnad av läkemedelsberättelsen	Hösten 2014 Hälso- och sjukvårdschef
Vårdrelaterade infektioner	Förekomst av vårdrelaterade infektioner		Vilka rutiner finns? Följs dem? Stickprov	Hösten 2014 Hälso- och sjukvårdschef
Avvikelser	Följs rutiner för avvikelserapportering		Kontroll av avvikelsesystemet	Våren 2014 Hälso- och sjukvårdschef

Medarbetare				
Handledning	Brist på tillgång av handledning för nya medarbetare		Finns introduktionsprogram och handledarstöd?	Våren 2014 Personalchef
Sjukfrånvaro	Enheter med hög sjukfrånvaro		Följ upp arbetsmiljö vid berörda enheter	Hösten 2014 Hälso- och sjukvårdschef
Kompetens	Erhålls tillräcklig kompetensutveckling?		Översyn medarbetares kompetens kontra yrkesroll	Hösten 2014 Personalchef
IT				
Avbrott/driftstörningar	Risk att vården påverkas av driftstörningar		Se över befintliga rutiner för IT/kontroll av rutiner	Våren 2014 IT-chef
Inköp IT-system	Risk för köp av system utanför IT-stabens kontroll		Kontrollera	Hösten 2014 IT-chef
Ledning/styrning				
Lagefterlevnad				
Implementering av nationella riktlinjer	Risk att riktlinjer inte implementeras i verksamheten		Uppföljning av rutiner för att ta hand om implementering	Hösten 2014 Hälso- och sjukvårdschef
Informationsspridning	Risk att nya landstingsgemensamma regler/rutiner inte kommuniceras i hela organisationer		Regelbundna kontroller vid enheter	Våren 2014 kommunikationschef

Säkerhet				
Tillträde till sjukhuset	Risk att obehöriga tar sig in i huset.		Se över befintliga rutiner för inpassering	Hösten 2014 Fastighetschef
Utrymningsplaner	Har alla medarbetare kunskap om nödutgångar, uppsamlingsplatser		Kontrollera via stickprov att utbildningar genomförs på olika enheter	Våren 2014 Beredskapschef
Hot och våld	Medarbetarsäkerhet		Följ upp registrerade händelser och rutiner	Hösten 2014 Beredskapschef
Informationssäkerhet	Basnivå för informationssäkerhetssystem		Antal BITS analyserade system	Våren 2014 Beredskapschef
Informationssäkerhet	Journaler läses av obehöriga		Logguppföljning	Hösten 2014 Beredskapschef

Bilaga - Exempel på övergång till engångsmaterial på Centraloperation						
Ex på engångsmaterial som ersätter flergångsmaterial	Volym/ år	Ca pris/st	Jämförande produkter i flergångsmaterial	Ca pris för tvätt och disk och sterilisering av flergångsmaterial	Vinster med engångsmaterial	Kommentarer
Tvättset för bedövning	3000	10 kr	Rostfri rondskål med pincett och kompresser	Autoklavkostnad + Disk/sterilisering/packning Ca 75-100 kr/st	Minskad hantering av Sterilgods.	
Bäddset för operationsbord	8.000	22kr	Tyglakan - Behöver kompletteras med olika underlägg för uppsugning och hygien barriär .	Tvättkostnad 10:-/lakan + gröna operationsdukar + draglakan	Allt i ett, skyddar op-bord mot föroreningar/ hygieniska. Inget partikelsläpp som ger minskad infektionsrisk. Minskad arbetstid för bäddning av op-bord.	Tygmaterial släpper partiklar och bör inte användas på op-salar
Diatermistavar ,komplett med integrerat rökutsug	1920	223kr	Flergångs kan återanvändas ca 40gånger = 12,25:-/ gång Måste kompletteras med rökutsug och tillbehör ca 100:-	Kostnaden för hantering på STC 16.86:-/ min 3 X16.68= 50,04 Kostnad för diskning och autoklavering tillkommer	Inga kostnader för Sterilcentralen, Behöver inte byggas ihop med rökutsug och tillbehör på op-salen, vilket spar tid . integrerat rökutsug ger en produkt som är smidigare och underlättar arbetet i operationssåret.	Ingen ekonomisk vinst Minskad hantering på sal. Enklare hantering - källsorteras
Tarmstapler			Finns inget flergångsmaterial Alternativet är att suturera/hand Leder till kraftigt ökade operationstider. Ökade operationstider är kopplad till ökade patientsäkerhetsrisker		Minskade operationstider Eliminerar risk för stickskador	Tarmstapler är en vedertagen operationsmetod inom modern kirurgi där det sker en ständig utveckling mot bättre, säkrare och smidigare produkter.

Apotekets revision för säkrare läkemedelsprocess – HPMM

Östersunds sjukhus
Avd 30 Infektion

2014

apoteket

Innehåll

1. Sammanfattning 4

2. Introduktion 6
Bakgrund 6
Kvalitetsstandarden High Performance Medicines Management (HPMM) 7
Syfte och metod 8
Patientsäkerhetsenheten, Jämtlands läns landsting 9
Östersunds sjukhus 9
Avdelning 30 Infektion 9
Läkemedelsförsörjning 9
Deltagare HPMM 10

3. Resultat och förslag på förbättringsarbete 11
Övergripande resultat 11
Dimension 1: Patientens läkemedelsanvändning 13
Dimension 2: Vårdens läkemedelshantering 18
Dimension 3: Övergripande strategiskt arbete 22

4. Prioriterade kriterier och förslag på förbättringsarbete 25
Totalnytta 26
Patientsäkerhet 27
Kostnadseffektivitet 28
Miljöaspekt 29

5. Sammanfattande förslag på förbättringsarbete 30

6. Referenser 32

1. Sammanfattning

Apotekets revision för säkrare läkemedelsprocess – HPMM (High Performance Medicines Management) har utförts på avdelning 30 Infektion på Östersunds sjukhus. Revisionen bygger på granskning av den totala läkemedelsprocessen utifrån 110 vetenskapligt utvalda och validerade kriterier. Med stöd av kriterierna i HPMM genomlystes hela läkemedelsprocessen utifrån gällande lagar och föreskrifter, evidensbaserade riktlinjer samt vad som anses vara internationell best practice. Kriterierna belyser ***patientens läkemedelsanvändning, vårdens läkemedelshantering*** och ***ledning/styrning*** utifrån aspekterna ***patientsäkerhet, ekonomi och miljö.*** Syftet med revisionen är att identifiera och ge stöd att lösa kvalitetsbrister i läkemedelsprocessen samt ge förutsättningar för ett systematiskt, strukturerat och medvetet förbättringsarbete. Resultatet av revisionen kan också utgöra ett underlag till behovsanalys i landstingets/sjukhusets arbete med att ta fram en övergripande målbild och vision för deras framtida läkemedelsförsörjning.

Vi upplever att den reviderade avdelningen kännetecknas av en hög ambition vad det gäller systematiskt kvalitetsarbete, vilken troligtvis avspeglas i de goda resultaten jämfört med best practice. Lärandestyrt förändringsarbete uppmuntras och man strävar efter ständig förbättring. Verksamheten anger själv att framgångsfaktorer i detta arbete är intresse för kvalitetsfrågor, fasta engagerade läkare och ett öppet klimat där läkare, sjuksköterskor och undersköterskor arbetar i team. Ett gott exempel från avdelningen är arbetet med den utskrivningsinformation riktad till patient som de har arbetat fram och som resulterat i både nöjda och välinformerade patienter. Avdelningen kan i detta hänseende ses som en förebild för hela sjukhuset.

På landstingsövergripande nivå finns en nyinrättad Patientsäkerhetsenhet, med kompetens inom läkemedel, som centralt stöttar verksamheten i kvalitetssäkring av läkemedelshanteringen. För att på bästa sätt nyttja den kompetens som finns samlad inom denna enhet uppfattade vi ett behov av att tydliggöra Läkemedelsgruppens och läkemedelsstrategens roll, uppdrag samt mandat och koppling till ledningsgrupp.

Enligt HPMM bedöms tre förbättringsområden som särskilt prioriterade:

- Ett system som vid ordination signalerar vid riskkombinationer (interaktioner), olämpliga läkemedel till särskilda patientgrupper, allergier och överskridande av maxdoser saknas idag och bedöms vara det kriterium som om det uppfylls i högre grad ger störst sammantagen nytta utifrån patientsäkerhet, kostnadseffektivitet och miljö.

- Samverkan mellan ansvarig läkare, teamet runt patienten (inkl sjuksköterska, undersköterska, apotekare och paramedicinare) kring fördjupade läkemedelsgenomgångar behöver förtydligas, idag saknas en aktuell skriftlig rutin för detta.

- I det journalsystem som används, VAS, saknas en elektronisk läkemedelsmodul som möjliggör läkemedelsordinationer direkt i journalsystemet, dessa skrivs därför för hand. Överflyttning av information manuellt/skriftligen mellan olika system ökar risken för överföringsfel. Enligt HPMM anses eliminering av denna överflyttning vara högt prioriterad utifrån totalnytta.

Våra förslag på förbättringsåtgärder utifrån dessa prioriterade kriterier innefattar:

- Integrera ett beslutsstöd för förskrivarna i journalsystemet med bland annat automatisk interaktionskontroll, identifiering av olämpliga läkemedel och kvalitetssäkrad patientspecifik läkemedelsinformation. En fördel vore om patientens ordinerade läkemedel, ålder och kön gav en direkt koppling till kunskapsdatabaser. Detta skulle öka patientsäkerheten samt vara tidsbesparande för förskrivarna som slipper söka stöd via andra länkar.

- Farmaceutisk kompetens bör nyttjas som stöd vid läkemedelsavstämningar, förslagsvis på akutkliniken, då en korrekt läkemedelslista vid inskrivning är viktig för alla enheter på sjukhuset. Enligt internationella råd och rekommendationer (NICE) är det ur kvalitetssynpunkt best practice att använda apotekare vid läkemedelsavstämningar. Detta skulle även vara tidsbesparande för akutens läkare. En klinisk farmaceut kan även vara ett stöd på avdelningen vid fördjupad läkemedelsgenomgång och då fungera som en brygga till primärvården.

- Vid införandet av nytt journalsystem (Cosmic) med elektronisk läkemedelsmodul är det viktigt att man försöker identifiera och förebygga potentiella fel som kan uppstå när man ordinerar i en elektronisk läkemedelsmodul. En riskanalys bör genomföras med syfte att förbygga avvikelser och säkerställa ett patientssäkert införande av Cosmic. Dagens lösning med manuellt upprättande av den aktuella ordinationslistan innebär en rad avstämningssteg där fel upptäcks och åtgärdas, vilket är positivt.

Stockholm 2014-04-07

Marie Olsson Nerfeldt och Birgitta Elfsson

Vård & Företag, Apoteket AB

2. Introduktion

Bakgrund

Världen över pågår arbete inom vårdorganisationer och arbetsgrupper med syfte att ta fram ett ramverk som beskriver visionen för den moderna sjukvårdsfarmacifunktionen. I mångt och mycket är dessa arbeten överensstämmande och de flesta länder driver idag utvecklingen åt samma håll, nämligen mot ökat fokus på kostnadseffektiva försörjningslösningar, patientsäkerhet och maximal nytta av läkemedel.

I Sverige har regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) tillsammans med en rad aktörer inom läkemedelsområdet arbetat fram en Nationell Läkemedelsstrategi. Visionen i denna strategi är *Rätt läkemedelsanvändning till nytta för patient och samhälle*. Ytterst är målet att läkemedel används på ett så patientsäkert och kostnadseffektivt sätt som möjligt för att kunna nå största möjliga hälsa för de resurser som avsätts för läkemedel.

Enligt förstudier till den Nationella Läkemedelsstrategin dör 3 000 personer varje år i Sverige på grund av felaktig läkemedelsanvändning och 6-16 procent av alla sjukhusinläggningar orsakas av läkemedelsrelaterade problem. Kostnaderna för läkemedelsrelaterade skador som skulle ha kunnat undvikas uppskattas till 6-25 miljarder kronor per år.

Standarder och guidelines är viktiga hörnpelare i vårdens arbete med att möta samhällets krav på säkerhet, effektivitet och hållbar utveckling. Tillämpning av en tydlig standard för läkemedelsprocessen i vården innebär ett gemensamt ”språk” inom branschen vilket möjliggör jämförelser med andra sjukhus och identifiering av best practice. Arbete enligt en definierad standard ger därmed förutsättningar för organisationen att utvecklas och effektiviseras, vilket stärker varumärket och ger konkurrensfördelar vid vårdval.

Inom läkemedelsområdet finns det för vissa delar av kedjan ett antal standarder, till exempel för tillverkning och distribution av läkemedel, men för den svenska sjukvårdsfarmacifunktionen har det fram till nu saknats en gemensam och modern praxis för kvalitetssäkring och kontinuerligt lärande och förnyelse inom läkemedelsprocessen.

Kopplat till detta har Apoteket AB i samarbete med svensk hälso- och sjukvård utvecklat Apotekets revision för säkrare läkemedelsprocess – HPMM (High Performance Medicines Management), en världsunik kvalitetsstandard för en modern läkemedelsprocess som utgår från svenska lagar, föreskrifter och förordningar. Därutöver stöds standarden av guidelines framtagna av WHO, FIP (International Pharmaceutical Federation) och European Association of Hospital Pharmacists (EAHP).

HPMM kan i partnerskap med patient och multidisciplinära vårdteam, utgöra ett grundfundament i strävan efter att utveckla en modern läkemedelsprocess som optimerar läkemedelsnyttan genom säker, kliniskt effektiv och ändamålsenlig användning av läkemedel.

Kvalitetsstandarden High Performance Medicines Management (HPMM)

Grunden till revisionstjänsten är ett vetenskapligt utvecklat verktyg som består av 110 kriterier vilka belyser 3 dimensioner – ***patientens läkemedelsanvändning, vårdens läkemedelshantering*** och ***ledning/styrning*** – samt 3 domäner – ***patientsäkerhet, ekonomi och miljö.***[1]

HPMM innebär att sjukhusen kan erbjudas en genomlysning av den totala läkemedelsprocessen utifrån de lagar och föreskrifter som gäller samt de evidensbaserade riktlinjer/best practice som finns tillgängliga. HPMM är det enda verktyg som finns för revision av läkemedelsprocessen i svensk sjukvård. Revisionen resulterar i en rapport med analys och förslag kring de förbättringar som ger störst påverkan på kvaliteten. Den blir ett strategiskt stöd i sjukhusens arbete med att ta kontroll över och systematiskt förbättra sin läkemedelsanvändning.

Resultatet av revisionen kan också utgöra ett underlag till behovsanalys i landstingets/sjukhusets arbete med att ta fram en övergripande målbild och vision för deras framtida läkemedelsförsörjning och -användning. Utifrån målbilden kan olika lösningar i form av t.ex. automatisering, slutenvårdsdos, spårbarhet osv vara aktuella. Målbilden styr också hur läkemedelsorganisationen skall se ut, var i processen farmaceutisk kompetens nyttjas bäst och i förlängningen hur en eventuell upphandling av läkemedelsförsörjningen skall utformas.

[1] Eriksson T, Söderlund LÅ, Alenius M. Criteria for Medicines Management in hospitals. Development based on expert opinions from a Delphi study. Eur J Hosp Pharm Sci 2011;3:83-88

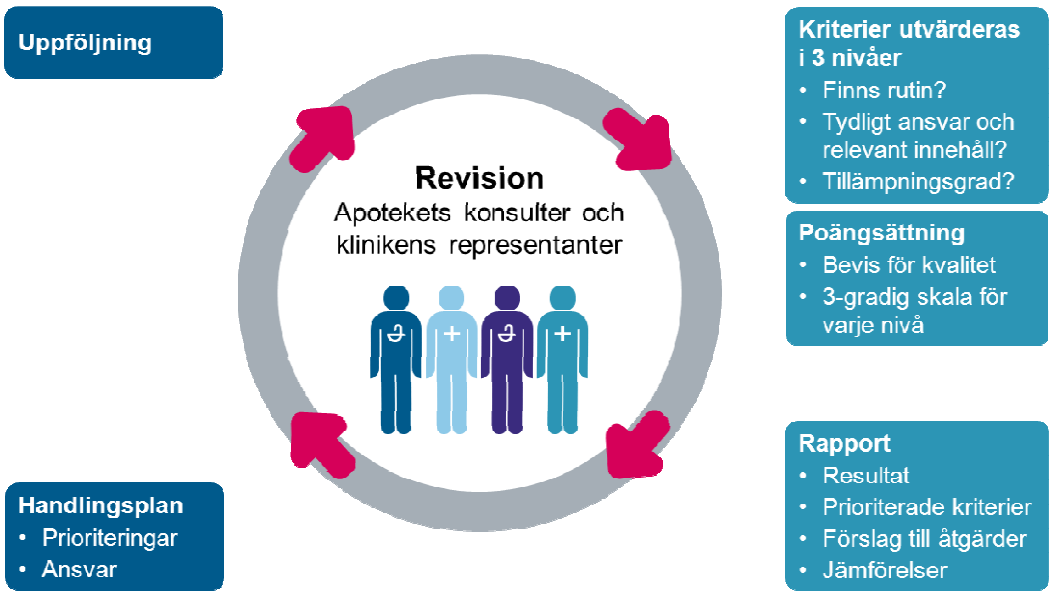
Syfte och metod

Syftet med revisionen är att identifiera och ge stöd att lösa kvalitetsbrister i läkemedelsprocessen samt ge förutsättningar för ett systematiskt, strukturerat och medvetet förbättringsarbete som hela organisationen kan sträva mot, se figur 1.

Revisionen bygger på genomgång av kriterier med deltagare från verksamheten. För varje kriterium tas ställning till om det finns en utförlig och aktuell rutin och/eller system, om det finns en tydligt utsedd ansvarig och i hur stor grad rutinen/systemet tillämpas på enheten. Utifrån poängen från dessa tre delar och utifrån kriteriets specifika vikt för totala nyttan räknas resultatet ut. Därefter räknas även prioriterade områden ut för de tre domänerna patientsäkerhet, kostnadseffektivitet och miljö.

Genomgången av kriterierna kompletteras med intervjuer med medarbetare från aktuell verksamhen

Figur 1. Revision av läkemedelsprocessen



Patientsäkerhetsenheten, Jämtlands läns landsting

År 2012 inrättades en Patientsäkerhetsenhet inom Jämtlands läns landsting. Enhetens landstingsövergripande uppdrag innefattar att vara ett stöd för verksamheten i patientsäkerhetsfrågor samt verka för en hög säkerhetskultur med nollvision för undvikbara vårdskador. I Patientsäkerhetsenheten ingår områdena Läkemedel, Smittskydd och Vårdhygien samt chefläkare och landstingsövergripande vårdutvecklare (Vårdskadeprevention).

Målet med landstingets läkemedelsarbete är en rationell, säker och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning. För att kunna erbjuda lika vård till alla invånare i Jämtland är det mycket viktigt att alla vårdenheter har samma strategier för läkemedelsbehandling till sina patienter. I Läkemedelsgruppens arbete ingår också att ansvara för sjukhusapoteksfunktionen, öka kunskaperna om läkemedel inom landstinget, kvalitetssäkra läkemedelshanteringen samt arbeta för en minimal miljöpåverkan av läkemedel.

I Läkemedelsgruppen ingår en läkemedelsstrateg, en landstingsapotekare, en läkemedelssamordnande sjuksköterska samt läkare med ansvar för läkemedelskommitté och STRAMA.

Östersunds sjukhus

Östersunds sjukhus är det enda sjukhuset i Jämtlands län som är stort och glesbefolkat. Inom upptagningsområdet finns ca 128 000 invånare men skidturismen kan periodvis fördubbla siffran. Inom länssjukvården arbetar cirka 2 500 personer. Antalet vårdplatser är 416.

Verksamheten på sjukhuset är organiserad i fyra centrum. Avdelning 30 Infektion tillhör området Hud, infektion och medicin som organisatoriskt innefattas i Centrum för medicinska specialiteter.

Avdelning 30 Infektion

Apotekets revision för en säkrare läkemedelsprocess (HPMM) utfördes på avdelning 30 Infektion på Östersunds sjukhus den 7-8 januari 2014.

Avdelning 30 består av 17 vårdplatser varav 10 rum med separat ingång för möjlighet till isoleringsvård. Här vårdas patienter med svåra infektioner, smittsamma infektionssjukdomar, tropikmedicinska sjukdomar och HIV. Även andra avdelningars smittsamma patienter kan vårdas här i väntan på smittfrihet, exempelvis barn med vattkoppor eller patienter som överförts från sjukhus utanför Norden. Läkare, sjuksköterskor och undersköterskor med flera bemannar vårdavdelningen och mottagningen under ledning av enhetshetschef och överläkare.

Läkemedelsförsörjning

Inom slutenvården har Jämtlands läns landsting och tre andra landsting i Norrland gemensamt upphandlat läkemedelsförsörjning inklusive tillhörande försörjningstjänster av Apoteket AB.

På infektionsavdelning finns ett läkemedelsrum med ett avdelningsförråd av läkemedel anpassat efter verksamhetens behov. Apoteket AB ansvarar för skötsel av läkemedelsförrådet genom tjänsten läkemedelsservice. Ytterligare ett tjugotal avdelningar på sjukhuset nyttjar denna tjänst.

Läkemedelsservice innebär bland annat att leverantören ansvarar för beställning, uppackning och strukturering av lagerplatser för avdelningsförråd samt sjukhusets gemensamma depå för sällanläkemedel. Utöver kontinuerlig skötsel innefattar tjänsten analys och revidering av läkemedelsförrådens bassortiment samt regelbundet framtagande av underlag för sortimentsuppdatering.

Deltagare HPMM

Datum: 7-8 januari 2014

Från sjukhuset:

Eva Nilsson, Verksamhetschef/Områdeschef
Jessica Nääs, Enhetschef
Åsa Pettersson, Enhetschef
Lars-Erik Olofsson, Överläkare
Sig-Britt Folkesson, Läkemedelsansvarig sjuksköterska
Gunilla Gärdlund, Läkemedelsansvarig sjuksköterska
Karin Lindgren, Läkemedelsstrateg
Ulrica Jonsson, Landstingsapotekare
Åsa Paletun, Miljökoordinator
Carina Träskvik, Läkemedelssamordnande sjuksköterska

Från Apoteket AB:

Birgitta Elfsson, Apotekare
Marie Olsson Nerfeldt, Apotekare

3. Resultat och förslag på förbättringsarbete

Övergripande resultat

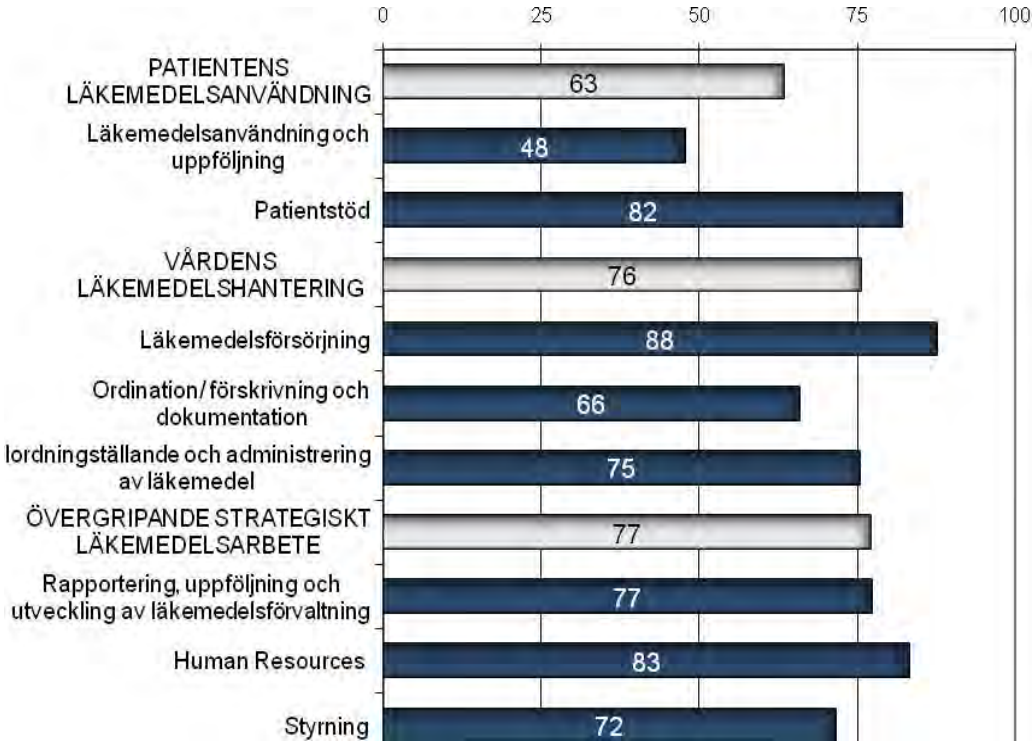
Kvalitetsstandarden HPMM delas upp i tre dimensioner:

Dimension 1: Patientens läkemedelsanvändning med fokus på patientens faktiska användning av läkemedel och kvaliteten av dennes totala läkemedelsanvändning, patientens möjlighet att kunna ta sina läkemedel som det är tänkt samt patientens medinflytande över sin behandling.

Dimension 2: Vårdens läkemedelshantering med fokus på de moment som sker inom vården angående läkemedelsarbetet inklusive läkemedelsförsörjning, ordination, iordningsställande och administration.

Dimension 3: Övergripande strategiskt läkemedelsarbete med fokus på organisation, styrning och verksamhetsutveckling inklusive uppföljning, kompetenssäkring, strategisk planering och upphandling av läkemedel.

Figur 2: Avd 30, Infektion: Övergripande resultat i relation till möjlig maxpoäng



Kommentar till resultat

Revisionen bygger på granskning av den totala läkemedelsprocessen utifrån 110 vetenskapligt utvalda och validerade kriterier. Avdelningen uppvisar ett gott resultat jämfört med bästa möjliga utfall (best practice 100 %). Det betyder att för de flesta kriterier som

ingår i revisionen finns det idag relevanta rutiner som tillämpas. Störst förbättringspotential finns enligt resultatet i HPMM inom dimensionerna *Patientens läkemedelsanvändning* och *Vårdens läkemedelshantering*.

Patientsäkerhet och vårdkvalitet är viktiga ledord i både Patientsäkerhetsenhetens och Infektionsavdelningens verksamhet. Framgångsfaktorer för avdelningens arbete är fasta engagerade läkare och teamarbete. Man nöjer sig inte med goda resultat utan strävar efter ständig förbättring

Ett gott exempel på arbete är den utskrivningsinformation riktad till patient som Infektionsavdelningen arbetat fram och som resulterat i både nöjda och välinformerade patienter. Avdelningen kan i detta hänseende ses som en förebild för hela sjukhuset. En annan framgångsfaktor gällande utskrivningsinformationen som man själva förde fram var att läkemedelsberättelsen inte dikteras utan skrivs direkt av läkaren.

Jämtlands Läns Landsting

Rutiner för utskrivning av patienter vid infektionskliniken

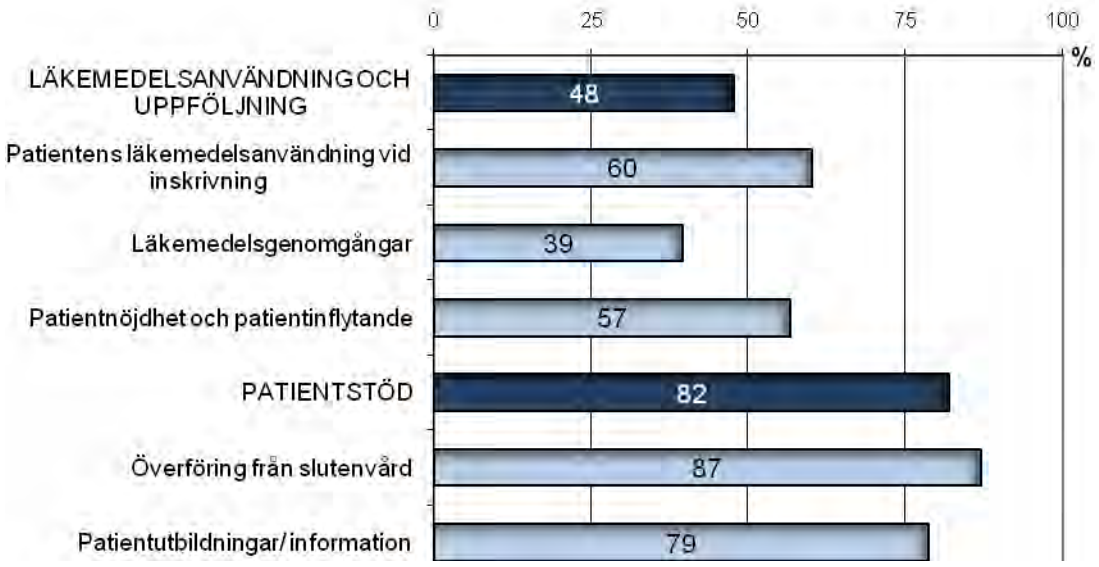
Ulf Ryding

Dimension 1: Patientens läkemedelsanvändning

Dimension 1: Patientens läkemedelsanvändning delas i kvalitetsstandarden HPMM upp i två huvudområden:

- **Läkemedelsanvändning och uppföljning** tar upp enkla läkemedelsgenomgångar vid inskrivning av patienten till slutenvården, fördjupade läkemedelsgenomgångar under vårdtiden och patientens medinflytande över sin behandling.
- **Patientstöd** tar upp överföring från slutenvården till annan vårdform eller hemmet samt det stöd som patienten kan behöva och önska angående sin läkemedelsbehandling.

Figur 3: Avd 30, Infektion: Resultat Dimension 1: Patientens läkemedelsanvändning i relation till möjlig maxpoäng.



Kommentar till resultat

I relation till möjlig maxpoäng/best practice (100 %) saknades vid tidpunkten för revisionen bland annat en rutin för fördjupad läkemedelsgenomgång samt samverkan kring denna.

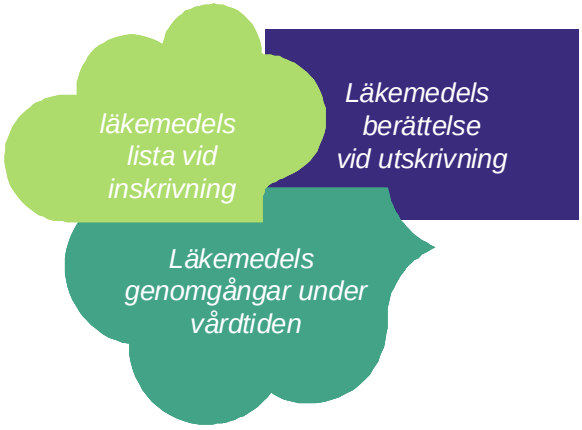
Anledningen till att utslaget för patientinflytande dras ner är det kriterium som rör system som möjliggör att enskilda patienter kan komplettera sin journal med t ex användning av naturmedel, receptfria läkemedel, blodsockervärden, vikt, samt egna kommentarer om behandlingen.

Läkemedelsanvändning och uppföljning

Landstinget arbetar aktivt för att införa övergripande mål med säker läkemedelsanvändning, läkemedelsgenomgångar och läkemedelsberättelse. Man anser att en gemensam läkemedelslista är ett gemensamt ansvar.

Inom landstinget i Jämtland tillämpas ett gemensamt journalsystem VAS (VårdAdministrationsSystem) för både primärvård och slutenvård. I VAS saknas en elektronisk läkemedelsmodul som möjliggör läkemedelsordinationer direkt i journalsystemet, läkemedelsordinationerna skrivs därför för hand. Ett nytt journalsystem med elektronisk läkemedelsmodul (Cosmic) är upphandlat och införandet skall enligt plan påbörjas under 2014.

Patienter som är 75 år eller äldre med minst 5 läkemedel eller med befintliga eller misstänkta läkemedelsrelaterade problem ska alltid erbjudas en **enkel läkemedelsgenomgång** (läkemedelsavstämning) vid inskrivning i slutenvård (SOSFS 2012:9). Det finns idag en övergripande rutin för läkemedelsavstämning som tillämpas på avdelningen. Den omfattar alla patienter oavsett ålder och antalet läkemedel. Med denna process finns förutsättningar för att minska överföringsfel av läkemedel i vårdens övergångar, säkerställa att patienten får rätt läkemedel under vårdtiden, samt att alla patienter vid hemgång får utskrivningsinformation med läkemedelsberättelse och en aktuell läkemedelslista. Det är den inskrivande läkaren som är ansvarig för att det upprättas en aktuell och korrekt läkemedelslista inom 24 timmar. Avdelningen behandlar ofta svårt sjuka patienter och akutkliniken hinner inte alltid upprätta en aktuell läkemedelslista innan patienten förs över till Infektion. Avdelningen upplever att det finns en förbättringspotential gällande ansvar i rutinen. Sjukhuset har tagit fram ett arbetsredskap i form av en checklista vilken bifogas journalen. Syftet med checklistan är att underlätta avstämningen och säkerställa att alla steg är utförda, speciellt om arbetet påbörjas på annan klinik t.ex. akuten. Det finns en stor potential i checklistan men man tycker tillämpningen är låg. Kliniska farmaceuter används idag inte i processen kring enkla läkemedelsgenomgångar (läkemedelsavstämning) vid inskrivning vilket är best-practice enligt HPMM.



Läkemedelslistan skrivs för hand vilket kan öka risken för feltolkning, oklara ordinationer och läkemedelslistor som ej är rätt ifyllda. Den manuella hanteringen av läkemedelslistan upplevs ta tid. I VAS ser man vilka läkemedel som patienten fått på recept men annan behandling, som till exempel polyklinisk behandling, riskerar man att missa. Dagens lösning med manuellt upprättande av den aktuella ordinationslistan innebär dock en rad avstämningssteg där fel kan upptäckas vilket är positivt. Vid införandet av nytt journalsystem med elektronisk läkemedelsmodul minskar risken för feltolkningar med avseende på otydlig handstil men det finns alltid en risk för andra fel som att läkemedelslistan inte är korrekt. Det är därför viktigt att man försöker identifiera och förebygga potentiella fel som kan uppstå när man ordinerar i en elektronisk läkemedelsmodul.

De källor som används för att kartlägga patientens läkemedel vid inskrivning är t. ex. läkemedelslistan i VAS, dosrecept (Pascal) och medhavd läkemedelslista. Man kontaktar

även vid behov ordinerande läkare eller frågar patient/närstående. Sjuksköterskorna på avdelningen saknar enligt uppgift behörighet att logga in i Pascal för att vid behov kunna hämta hem senaste versionen av ordinationsunderlaget vid inskrivning eller inför hemgång.

Läkemedelsförteckningen är en källa som ger information om de läkemedel som patienten har hämtat ut på recept på apoteket de senaste 15 månaderna. Den kan, efter samtycke från patient, användas som ett extra stöd för att klara ut oklarheter till exempel kring preparat och styrkor. I vissa journalsystem finns det en direkt koppling till Läkemedelsförteckningen, dock inte i VAS. Läkemedelsförteckningen finns omnämnd i rutinen men man kände inte till hur och var man kan nå den.

En **fördjupad läkemedelsgenomgång** är en omprövning av patientens totala läkemedelsbehandling utifrån hälsotillstånd, symtom och lab-värden i syfte att säkerställa att läkemedelsbehandlingen är aktuell, ändamålsenlig och säker. En rutin som följer den nya författningen (SOSFS 2012:9) saknas och i praktiken är det är sällan som man har möjlighet att ompröva hela läkemedelsbehandlingen hos äldre patienter när fokus ligger på att behandla svåra infektioner. En utvecklingspotential skulle kunna vara att upprätta en rutin där man återkopplar eventuella läkemedelsrelaterade problem som primärvården får ta ställning till. En klinisk farmaceut knuten till sjukhuset skulle kunna vara ett stöd i detta arbete och fungera som en brygga mellan sluten- och primärvård.

När det gäller utskrivningsinformation till hemgående patienter har Infektionsavdelningen lyckats bra både med rutin och med tillämpning. Målet är att minst 80 % av patienterna ska få ett utskrivningsbesked inklusive aktuell läkemedelslista. Avdelningen anses vara ett föredöme för hela sjukhuset när det gäller detta. I projektet ”Ringaren” ringer en sjuksköterska upp äldre patienter (65 år eller äldre) inom 72 timmar. Syftet med att ringa upp är att öka patientens möjligheter att bli informerad och vara delaktig i sin egen vård och därmed undvika återinläggning på sjukhus. När man mätt hur många patienter som får ta del av detta får man ett gott resultat. Patienterna känner sig både nöjda och välinformerade. Trots ett mycket gott resultat siktar man mot ett högre mål inför kommande mätningar.

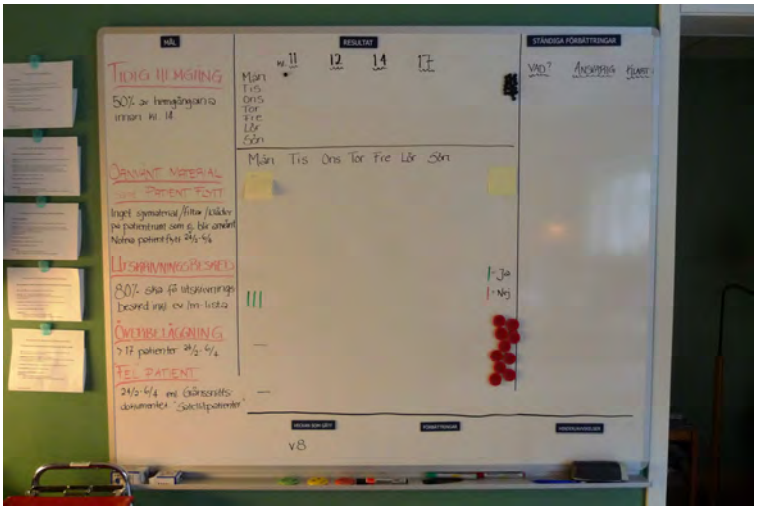
I utskrivningsbeskedet ingår rubriken **Läkemedelsberättelse**. Där ska man ange hur och varför patientens medicinering förändrats under vårdtiden

Övergripande hälsobefrämjande åtgärder och livsstil brukar tas upp vid inskrivning. Rökstopp och information om nikotinersättningsmedel diskuteras då rökning inte är tillåten på avdelningen. På kliniken finns en sjuksköterska som arbetar aktivt för att hjälpa patienterna att sluta röka. En skriftlig rutin som beskriver detta saknas dock.

Patientnöjdhet och patientinflytande

Patientnöjdhet kring bemötande, information och delaktighet mäts på avdelningen vartannat år via en Nationell Patientenkät. Nationell Patientenkät är landstingens gemensamma sätt att mäta hur patienterna upplever vården. Varje gång deltar ett antal patienter per avdelning och det viktigaste syftet med undersökningen är att ge deltagande enheter ett underlag för förbättringsarbete. Vissa frågor rör vilken information man som patient fått kring sina läkemedel. Gällande patientnöjdhet får avdelningen ett mycket gott resultat men man vill ändå bli ännu bättre och tycker att undersökningen borde göras oftare.

Avdelningen har även deltagit i webbkollen (SKL) där äldre personer som skrivs ut till hemmet efter sjukhusvistelse följs upp. Även detta är mycket uppskattat av patienterna och de känner sig välinformerade och trygga.



På avdelningen finns en whiteboardtavla (se foto, Malin Gunnarsson) med en bild över deras visuella dagliga styrning där bland annat utskrivningsbeskedet med läkemedelsberättelse följs. Detta följs upp varje dag och ett grönt streck anger att patienten fått ett utskrivningsbesked medan ett rött streck betyder att patienten saknar detta. Andra saker som följs upp på tavlan är till exempel tidig hemgång, överbeläggning och ”fel patient” (satellitpatienter).

Anledningen till att utslaget för patientinflytande dras ner är det kriterium som rör system som möjliggör att enskilda patienter kan komplettera sin journal med t ex användning av naturmedel, receptfria läkemedel, blodsockervärden, vikt, samt egna kommentarer om behandlingen.

Patientstöd

Vid överföring från slutenvård säkerställs alltid att patienten har tillgång till läkemedel. Inför hemgång hjälper man vid behov patienter som behöver hämta ut sitt läkemedel på apoteket då de kan ha långt till närmaste apotek på hemmaplan.

Vid behov skickas läkemedel med patienten för några dagars förbrukning. För patienter som har dosdispenserade läkemedel ser man alltid till att dosreceptet är uppdaterat innan hemgång. Rutin finns för detta.

När information från slutenvården ska överföras till nästa vårdform ser man en fördel i att landstinget har ett gemensamt journalsystem. En stor framgångsfaktor för kvaliteten i denna överföring är utskrivningsbeskedet.

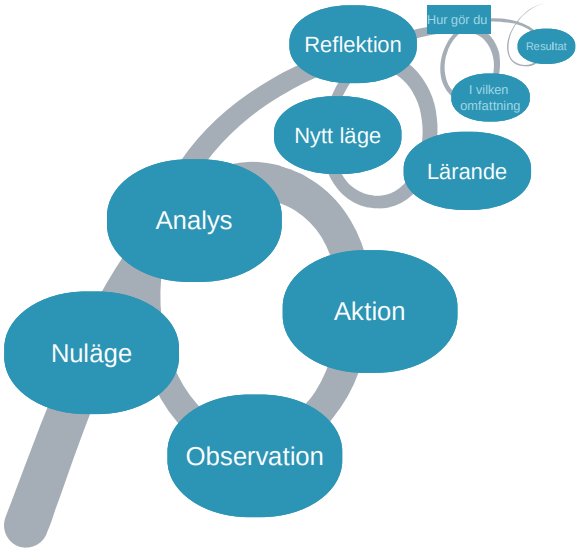
När det gäller läkemedelsinformation ger man skriftlig information till vissa patientgrupper, t.ex. till patienter med hepatit C, inför behandling. Man vill att dessa patienter ska vara särskilt välinformerade då behandlingen kan medföra en del biverkningar. Man tar sig gärna extra tid och uppmuntrar till kontakt. Detta gäller även patienter med HIV där infektionsläkarna mer eller mindre fungerar som deras allmänläkare. Det händer att man skickar iväg patienter på så kallad HIV-skola i andra landsting.

För inneliggande patienter som önskar söka medicinsk information har man idag ingen rutin. En surfplatta med bra utvalda appar att låna ut till patienterna är en idé man har för att underlätta för patienterna att inhämta kvalitetsäkrad information.

Tolkar används vid behov och rutin finns för detta. Det finns även flerspråksmaterial som man kan dela ut. Då de flesta rummen på avdelningen är enkelrum har man inga större problem med ge information i enskildhet. Det finns även ett samtalsrum på avdelningen om man önskar ge information till anhöriga.

Förslag på förbättringsarbete

- Vid införandet av nytt journalsystem (Cosmic) med elektronisk läkemedelsmodul är det viktigt att man försöker identifiera och förebygga potentiella fel som kan uppstå när man ordinerar i en elektronisk läkemedelsmodul. En riskanalys bör genomföras med syfte att förbygga avvikelser och säkerställa ett patientssäkert införande av Cosmic. Dagens lösning med manuellt upprättande av den aktuella ordinationslistan innebär en rad avstämningssteg där fel upptäcks och åtgärdas, vilket är positivt.



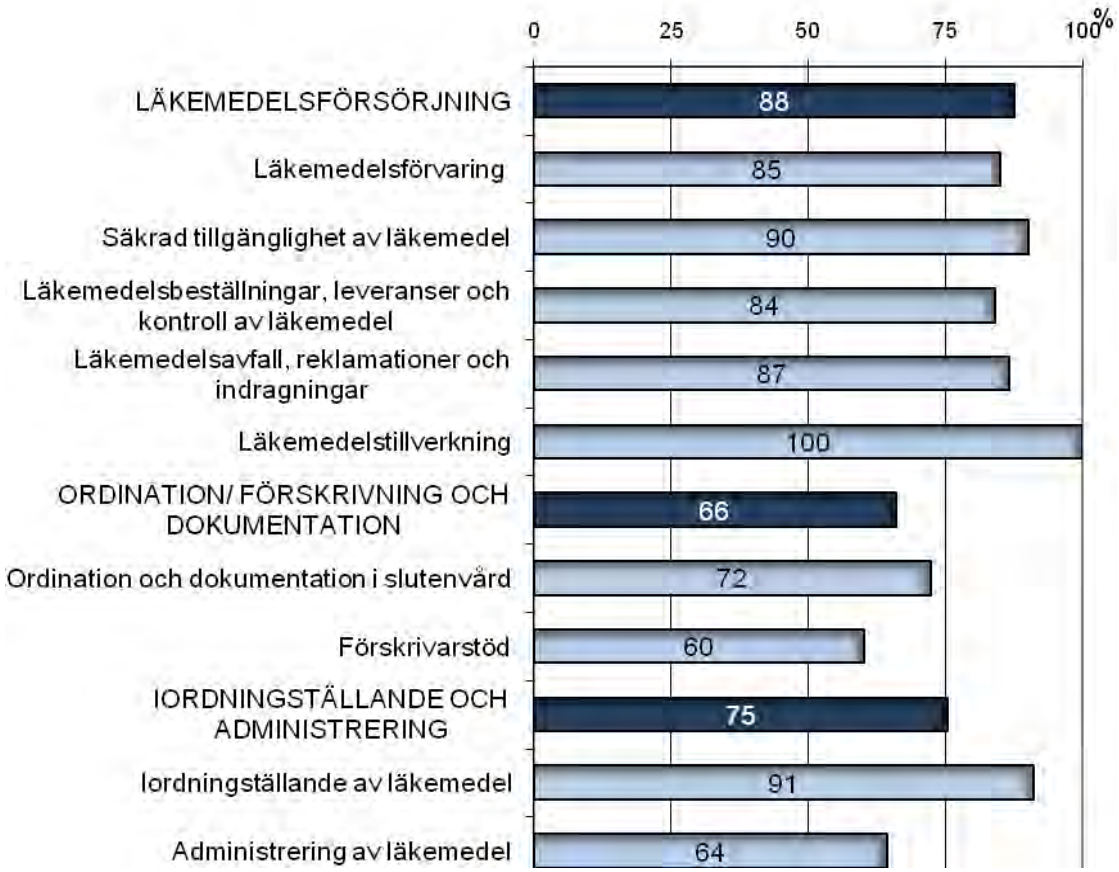
- Avdelningens läkare bör ges tillgång till Läkemedelsförteckningen för att minska risken för fel när patientens läkemedel ska kartläggas vid inskrivning (läkemedelsavstämning/enkel läkemedelsgenomgång), speciellt i de fall då man är osäker på vilka läkemedel som patienten använder.
- Farmaceutisk kompetens bör nyttjas som stöd vid läkemedelsavstämningar, förslagsvis på akutkliniken, då en korrekt läkemedelslista vid inskrivning är viktig för alla enheter på sjukhuset. Enligt internationella råd och rekommendationer (NICE) är det ur kvalitetssynpunkt best practice att använda apotekare vid läkemedelsavstämningar. Detta skulle även vara tidsbesparande för akutens läkare. En klinisk farmaceut kan också vara ett stöd på avdelningen vid fördjupad läkemedelsgenomgång och då fungera som en brygga till primärvården.
- Arbetet med och samverkan kring fördjupade läkemedelsgenomgångar på avdelningen bör beskrivas i en skriftlig rutin.
- Sjuksköterskorna på avdelningen bör ges behörighet till Pascal. Detta för att öka patientsäkerheten vid inskrivning och utskrivning för patienter som använder dosdispenserade läkemedel.

Dimension 2: Vårdens läkemedelshantering

Dimension 2: Vårdens läkemedelshantering delas i kvalitetsstandarden HPMM upp i tre huvudområden:

- **Läkemedelsförsörjning** som behandlar det praktiska angående försörjning till vårdenheterna, hur kvaliteten på denna säkras samt hur tillgången till läkemedel säkras.
- **Ordination/förskrivning och dokumentation** som behandlar processen vid ordinationstillfället och vilka stöd som är önskvärda för att säkra kvaliteten i det steget.
- **Iordningställande och administrering av läkemedel** som behandlar just iordningställande och administrering av läkemedel till patienten

Figur 4: Avd 30, Infektion: Resultat Dimension 2: Vårdens läkemedelshantering i relation till möjlig maxpoäng.



Kommentar till resultat

Avdelningen uppvisar höga poäng i relation till möjlig maxpoäng/best practice (100 %) gällande området läkemedelsförsörjning. Ett förskrivarstöd som vid ordination signalerar vid

riskkombinationer (interaktioner), olämpliga läkemedel till särskilda patientgrupper, allergier och överskridande av maxdoser samt föreslår förutbestämda doseringar och/eller erbjuder kalkyleringsstöd av doseringar av vissa riskläkemedel saknas helt vilket genererar lägre poäng inom området ordination/förskrivning. Poängen för administrering av läkemedel dras ner på grund av att dagens arbetssätt innebär överflyttning av information manuellt/skriftligen mellan olika system vilket ökar risken för överföringsfel.

Läkemedelsförsörjning

Läkemedelsförsörjningen på avdelningen upplevs som stabil och uppfyller i hög grad de kriterier som utgör best practice. Rutiner kring t.ex. förvaring, säkrad tillgång, beställning, leverans, kontroll, tillverkning och indragningar finns som tillämpas. Basen i avdelningens läkemedelsförsörjning sköts av extern leverantör, Apoteket AB, genom tjänsten läkemedelservice. Avdelningen är mycket nöjd och känner sig trygg med denna service som praktisk innebär att leverantören ansvarar för att varor i avdelningsförrådets bassortiment och det gemensamma sällanförrådet alltid finns tillgängliga i överenskommen mängd genom att beställa, packa upp, planera och iordningställa hyllförvaring. Även lagervård som sortering, hållbarhetskontroll, kassation, saldojustering/korrigering och inventering sköts av Apoteket AB.

Sortimentet i basförrådet är anpassat efter verksamhetens behov och vilka preparat som är rekommenderade och/eller upphandlade. Läkemedlen är placerade efter ATC-kod för att minska risken för förväxling. Läkemedel där risken för förväxling bedöms särskilt stor är markerade med lappar för att ytterligare uppmärksamma detta. Sjuksköterskorna har fått utbildning i systemet för ATC-kodning.

Sjuksköterskorna har även via en snabblänk på landstingets intranät tillgång till förteckningar över andra avdelningarnas basförråd, vätskevagnar samt det gemensamma depåförrådet. Dessa saldolistor uppdateras av Apoteket AB. Möjlighet till överblick av vad som finns i andra förråd på sjukhuset upplevs som en trygghet och underlättar arbetet. Denna information ger också förutsättningar för ett mer kostnadseffektivt arbete genom att tid sparas för sjuksköterskor. Sannolikt minskar också kassation av läkemedel vilket är positivt både för ekonomi och miljö.

En årlig revidering av bassortimentet genomförs av läkemedelsansvarig sjuksköterska, läkare och apotekare i samarbete med Apoteket AB enligt en väl genomarbetad rutin.

För att få fram detaljerad information på preparatnivå, samt skydds- och säkerhetsblad används fass.se dock finns ingen dator i läkemedelsrummet.

Kontrolläkemedel förvaras i låst skåp i läkemedelsrummet. Lokala riktlinjer som utgår från övergripande rutiner finns för att säkra spårbarhet. Avvikelser går till enhetschef och åtgärdas systematiskt. Läkemedelsvagnarna har egna narkotikajournaler och vissa kontrolläkemedel, t.ex. Stilnoct, får ordineras enligt generell ordination.

Det finns rutiner kring läkemedelsavfall och detta fungerar bra. Avdelningen ansvarar själv för indragningar och reklamationer enligt rutin.

Rutin finns för att säkerställa läkemedel vid akuta situationer. Antidotförråd, akutvagnar och beredskapslager finns att tillgå. Vid risk för långvariga bristsituationer arbetar man proaktivt från Läkemedelgruppens håll genom att flagga för detta via mail ut till beställare. I denna fråga samarbetar man också nära med Apoteket AB för att säkerställa tillgång av läkemedel.

För att hålla hög kvalitet i hela försörjningskedjan, även i transportledet, har man haft genomgång med vaktmästeriet för att poängtera vikten av ett särskilt förhållningssätt gällande läkemedel. För att öka tydlighet levereras läkemedel till avdelningens basförråd i särskilt märkta lådor, så kallade baslådor.

På avdelningen och sjukhuset råder ett öppet klimat, där ”alla känner alla” och verksamheten upplever att det är helt ok att vid behov vända sig till specialister inom sjukhuset för att få svar och råd i särskilda frågor. Om avdelningen t.ex. har frågor kring blandbarhet i sond vänder man sig till IVA och gällande frågor kring läkemedelshantering vänder man sig till Läkemedelsgruppen. Läkemedelskommittén och ELINOR (Enheten för läkemedelsinformation i norr) utnyttjas också.

Beredning av antibiotika sker på avdelningen i slutna system, dragskåp finns. Tillverkning av läkemedel som inte är avsedda för omedelbar användning tillverkas på tillverkningsenhet.

Ordination och dokumentation i slutenvård

Jämtlands läns landsting använder sig av journalsystemet VAS (VårdAdministrations-System) vilket saknar elektroniskt läkemedelsmodul som möjliggör direktordination av läkemedel i journalsystemet. Läkemedelsordinationer skrivs därför för hand. Det är också svårt att utifrån befintligt journalsystem få en fullständig bild av patientens behandling. Landstinget planerar att under 2014 införa ett nytt journalsystem (Cosmic) med elektronisk läkemedelsmodul.

Alla som arbetar patientnära har tillgång till erforderliga journaler. Styrning av förskrivning mot bassortimentet och rekommendationslista görs via en grön markering i VAS. Ett förskrivarstöd i journalen med t.ex. en automatisk interaktionskontroll och varningssystem för t.ex. dubbelmedicinering och överskridande av maxdoser saknas helt. Det saknas även system som vid ordination föreslår förutbestämda doseringar och/eller erbjuder kalkyleringsstöd av doseringar av vissa riskläkemedel.

Det finns rutiner för olika typer av ordinationer och hur dessa skall dokumenteras i journalsystemet. Muntliga ordinationer skrivs in i journal som signeras av ordinerande läkare så snart som möjligt.

Enligt ändringen i föreskriften rörande läkemedelsgenomgångar (SOSFS 2012:9) definieras läkemedelsrelaterade problem som olämpliga läkemedelsval, felaktig dosering, biverkningar, interaktioner, hanteringsproblem eller andra problem som är relaterade till en patients läkemedelsanvändning. Vi uppfattar att läkemedelsrelaterade problem dokumenteras i mindre omfattning av sjuksköterskorna. Det saknas en rutin vad som är viktigt att dokumentera och på vilket sätt. Idag finns heller ingen rutin för att säkerställa att sammanställningar av identifierade läkemedelsrelaterade problem tas fram regelbundet och dokumenteras av berörd personal.

Iordningställande och administrering

Det finns idag tydliga rutiner för iordningsställande och administration som tillämpas. Vårdhandboken används som underlag för rutinerna. Enligt rutin ska den sjuksköterska som iordningställt ett läkemedel även administrera läkemedlet till patienten. Läkemedel till patient delas idag i medicinkoppar på läkemedelsvagn. Medicinkopparna märks med namn och patientens identitet säkerställs innan administrering.

Sjuksköterskor följer idag upp och utvärderar effekt av behandling och eventuella biverkningar via exempelvis smärtskattningsverktygen Visual Analogue Scale och Abbey Pain Scale. Avdelningen anser att denna utvärdering kan förbättras.

Antibiotika iordningställs i slutna system och för det finns tydliga rutiner som tillämpas väl. Bolusdos används vid företrädesvis vid administrering och avdelningen ser logistiska, farmakokinetiska och omvårdnadsmässiga fördelar med detta.

Idag saknas skriftlig rutin som möjliggör att patienten skall kunna använda sina egna läkemedel under vårdtiden och för hur detta ingår i en strategi för att förbättra patientens delaktighet och ansvar för sin egen behandling saknas idag. I praktiken tillämpas detta men man menar att patientens ansvar kan förtydligas. Om patienten själv vill sköta sina läkemedel under vårdtiden måste ansvaret tydligt markeras i journalen.

Att stärka patientperspektivet är en del i den Nationella Läkemedelsstrategin. Att göra patienten mer delaktig och kunnig om sin egen behandling medför enligt denna säkrare och effektivare behandling, bättre följsamhet, mindre läkemedelskassation och nöjdare patienter.

I VAS saknas en elektronisk läkemedelsmodul som möjliggör läkemedelsordinationer direkt i journalsystemet, dessa skrivs därför för hand. Överflyttning av information manuellt/skriftligen mellan olika system ökar risken för överföringsfel.

Förslag på förbättringsarbete

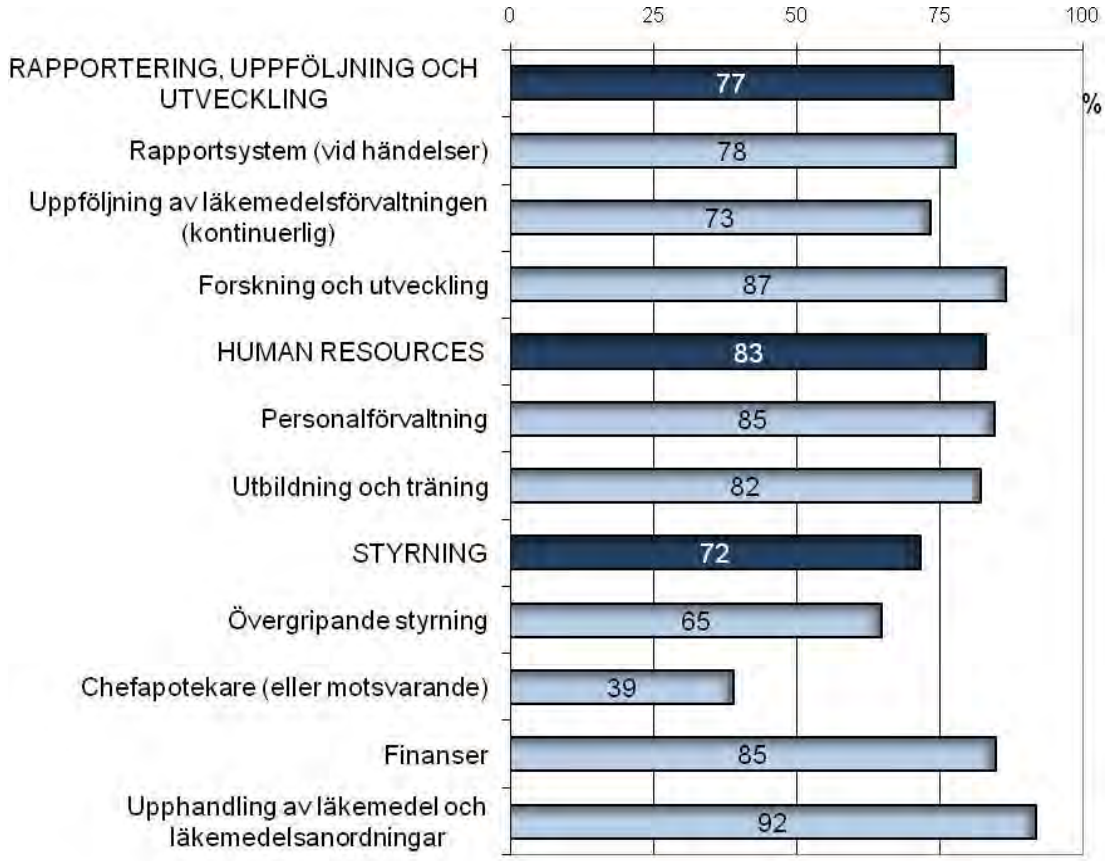
- Integrera ett beslutsstöd för förskrivarna i journalsystemet med bland annat automatisk interaktionskontroll, identifiering av olämpliga läkemedel och kvalitetssäkrad patientspecifik läkemedelsinformation. En fördel vore om patientens ordinerade läkemedel, ålder och kön ger en direkt koppling till kunskapsdatabaser. Detta skulle öka patientsäkerheten samt vara tidsbesparande för förskrivarna som slipper söka stöd via andra länkar.
- Skapa möjlighet i journalsystemet för ett strukturerat insamlande och uppföljning av läkemedelsrelaterade problem. Detta skapar en förutsättning för ett systematiskt kvalitetsarbete inom detta område.
- Införa system och rutiner som eliminerar behovet av att läkemedelsinformation överflyttas manuellt/skriftligen mellan olika system och avdelningar.
- För att frigöra tid för sjuksköterskor skulle man i vissa fall, t.ex. vid hög belastning, kunna låta tillverkningsenheten hjälpa till med att iordningställa patientbundna eller inte patientbundna färdigberedda antibiotikasprutor/pumpar.

Dimension 3: Övergripande strategiskt arbete

Dimension 3: Övergripande strategiskt läkemedelsarbete delas i kvalitetsstandarden HPMM upp i tre huvudområden:

- **Rapportering, uppföljning och utveckling av läkemedelsförvaltningen** som tar upp olika system som skall användas vid händelser och avvikelser, kontinuerlig uppföljning av arbetet samt forskning och utveckling.
- **Human Resources** som tar upp behovet av olika tydliga kompetenser samt utveckling och utbildning av medarbetarna.
- **Styrning** som bland annat tar upp läkemedelskommittéernas olika uppgifter, chefapotekarens (eller motsvarandes) övergripande ansvar, ekonomisk planering och styrning samt upphandlingar.

Figur 5: Avd 30, Infektion: Resultat Dimension 3: Övergripande strategiskt arbete i relation till möjlig maxpoäng.



Kommentar till resultat

Mycket av det strategiska arbetet som revideras inom HPMM sker på landstingsövergripande nivå och inom läkemedelskommittén. Avdelningen tar del av det arbete som görs rörande exempelvis upphandling av läkemedel och ekonomisk planering. Rutiner för årlig översyn av hela läkemedelshanteringen inklusive hur läkemedelsförsörjningen har fungerat liksom tydlig

roll- och uppdragsbeskrivning för landstingets motsvarighet till chefapotekare saknas vid tillfället för revisionen.

Rapportering, uppföljning och utveckling

Enligt den nya Patientsäkerhetslagen, som trädde i kraft 2011, ska vårdgivaren bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, vilket skall främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården genom att minska antalet vårdskador, oavsett om bristerna beror på systemfel eller på att vårdpersonalen begått misstag. Jämtlands läns landsting publicerar årligen en patientsäkerhetsberättelse i vilken det bland annat beskrivs hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för att öka patientsäkerheten.

Inom hälso- och sjukvårdstaben finns en nyinrättad Patientsäkerhetsenhet vars landstingsövergripande uppdrag framförallt innefattar att vara ett stöd för verksamheterna i patientsäkerhetsfrågor samt vara pådrivande inom området.

Som del i patientsäkerhetsarbetet utförs strukturerad markörbaserad journalgranskning för att säkra kvalitet i vården. Detta arbete är under upparbetning och ses som ett viktigt utvecklingsområde.

Avvikelsehantering är viktigt i patientsäkerhetsarbetet och alla avvikelser inklusive de som rör läkemedelshanteringen ska rapporteras i avvikelsesystemet Centuri. Alla medarbetare är ansvariga för att rapportera avvikelser och för detta finns det tydliga rutiner. Rapporteringen kan enligt uppgift förbättras då det sannolikt är en generell underrapportering. Verksamheten upplever att det saknas lättillgänglig statistisk återkoppling från Centuri och ser ett behov av att förbättra klassificeringsmöjligheter för att därigenom underlätta uppföljning av avvikelser t.ex. inom miljö och läkemedelshantering, och lättare identifiera prioritetsområden. Ett sjukhusövergripande arbete med att förbättra statistikmodulen i Centuri pågår enligt uppgift.

Avvikelser diskuteras på arbetsplatsträffar och skickas via enhetschef till Patientsäkerhetsenheten som gör bedömning om ärendet skall vidare till IVO eller inte. Vid allvarligare avvikelser utförs även risk- eller händelseanalyser för god patientsäkerhet och rutiner finns för detta.

Det finns rutiner för identifiering och rapportering av läkemedelsbiverkningar till Läkemedelsverket och man har nyligen haft utbildning inom detta. Vikt av att rapportera biverkningar poängteras men även i detta fall föreligger troligtvis en underrapportering. Sjuksköterskornas möjlighet att rapportera behöver sannolikt förtydligas.

Rutin för årlig översyn av hela läkemedelshanteringen saknas vid tillfället för revisionen. Kvalitetsgranskningstjänsten köptes tidigare in externt från Apoteket AB men i samband med att nytt försörjningsavtal tecknades valde sjukhuset att ta över denna kvalitetsgranskning i egen regi. Arbete med att ta fram en rutin för detta är på planeringsstadiet och man har som målsättning att komma igång med kvalitetsgranskningar under våren 2014.

Läkemedelskommitténs uppgift är att verka för en rationell, ändamålsenlig, säker och kostnadseffektiv användning av läkemedel sett ur ett helhetsperspektiv. De arbetar även proaktivt genom att ta fram lokala/regionala vårdprogram, rekommendationer och liknande i enligt med principerna för vetenskap och beprövad erfarenhet samt verkar för att dessa finns tillgängliga för vården.

Dokumentation och uppföljning av kassation görs inom avtal med Apoteket AB.

Avdelningen bidrar med data till relevanta nationella kvalitetsregister vilka följs upp med hjälp av måltavlor på enheten.

Forskningsprojekt för kontinuerlig utveckling av vård och läkemedelshantering uppmuntras och resurser finns dels på landstingsnivå genom en FoU-avdelning med nära samarbete med Umeå universitet och dels på avdelningen där forsknings- och disputerad personal finns tillgänglig.

Human resources

Avdelningen utmärker sig genom ett distinkt arbete inom Human Resources. Enligt uppgift finns tydliga och genomarbetade rollbeskrivningar och kravspecifikationer för alla personalkategorier och kartläggning av behov och kompetenser görs regelbundet.

Utvecklingsarbete uppmuntras och enhetschef är mottagare av idéer och förbättringsförslag från medarbetarna. Enhetschef ser också till att uppföljning sker. Verksamheten upplever att många bra idéer tas till vara. Man arbetar enligt Plan Do Check Act-cykeln och utvärdering sker på arbetsplatsträffar.

Alla nyanställda får en introduktion till arbetet på avdelningen. Ett fastställt introduktionsprogram finns som för sjuksköterskor innebär 4 veckors inskolning följt av självständigt arbete med stöttning från erfaren sjuksköterska. På varje arbetspass finns alltid en erfaren sjuksköterska schemalagd. Det framkommer att personal som har genomgått detta program har varit nöjda. Vid introduktion ingår även genomgång och träning i journalsystemet VAS.

Vad det gäller kompetensutveckling utnyttjar man bland annat interna resurser, t.ex. att läkare föreläser för avdelningens vårdpersonal. För sjuksköterskor har dessutom möjlighet att delta vid den årliga läkemedelsstämman. Landstingets farmaceuter träffas i nätverk.

På avdelningen finns rutiner för handledning av studenter. Handledarutbildningen för sjuksköterskor har tidigare erbjudits som kurs men har nu gjorts om till en nätbaserad distansutbildning vilket medfört att det från personalens sida inte längre upplevs lika attraktivt att gå denna.

Styrning

Idag saknas ett heltäckande och tydligt ledningssystem med definierade huvudprocesser och stödprocesser som omfattar läkemedelsförsörjning, -hantering och -användning.

För att minimera fel i övergångar har slutenvård, primärvård och kommun gemensamt tagit fram rutiner för kommunikation och ansvar gällande patientens aktuella läkemedelslista. Det finns dock viss otydlighet i ansvar och tillämpning av existerande rutiner bedöms kunna bli bättre.

Skriftligt beslutsunderlag angående val av dosdispenseringssystem som baseras på patientsäkerhet, kostnadseffektivitet och miljöaspekten saknas. Idag delas läkemedel i medicinkoppar på läkemedelsvagn utanför rum. En dialog kring slutenvårdsdos har startat.

Jämtlands läns landsting motsvarighet till chefapotekare kallas för läkemedelsstrateg och återfinns organisatoriskt inom Patientsäkerhetsenhetens Läkemedelsgrupp. Både tjänsten och organisationen är relativt ny och vi noterar att det att det finns stort behov av att tydliggöra framför allt läkemedelsstrategens roll, uppdrag och ansvarsområde. Även mandat och koppling till ledningsgrupp behöver klargöras. Vi uppfattade att man upplevde att det var långt till beslut och långa handläggningstider i övergripande frågor gällande läkemedel. Formalisering av mandat och ”rätt” plats i organisationen är en förutsättning för nyttjande av den kompetens som finns samt beslutsfattande som får genomslag i verksamhet.

Rutiner för övergripande finansiering och upphandling finns som tillämpas. Vid uppföljning av statistik kring läkemedelsanvändning finns behov av att förtydliga intervall för när enheterna skall ta ut statistik och vem som ansvarar för detta.

Kostnadsansvar för dyra specialistläkemedel är uppdelat, avdelning 30 har t.ex. ansvar för HIV-läkemedel. Vid införande av nya läkemedel kommer man gemensamt (landstingsöverläkare, Läkemedelsgrupp, styrgrupp) överens om vilken enhet som skall stå för kostnaden. Denna uppdelning revideras fortlöpande.

Målbilden för sjukhusets läkemedelsförsörjning bör också förtydligas. Baserat på denna kan ett arbete påbörjas kring olika behov av försörjningslösningar som t.ex. patientindividuell försörjning och automatisering av förråd, samt andra aktiviteter/initiativ för att främja bästa möjliga nytta av läkemedel.

Förslag på förbättringsarbete

- Förtydliga roll, uppdrag, mandat och koppling till ledningsgrupp för läkemedelstrateg.
- Upprätta ett tydligt ledningssystem med definierade huvudprocesser och stödprocesser som omfattar läkemedelsförsörjning, -hantering och -användning
- Ta fram rutiner samt genomför årlig översyn/kvalitetsgranskning av hela läkemedelshanteringen och läkemedelsförsörjningen.
- Rapportera fler läkemedelsavvikelser i Centuri för att kunna följa upp resultat och öka patientsäkerhet.
- Arbeta fram en tydlig målbild för läkemedelsprocessen. Baserat på denna kan ett arbete påbörjas kring eventuella behov av olika försörjningslösningar som t.ex. patientindividuellförsörjning och automatisering av förråd, samt andra aktiviteter/initiativ för att främja bästa möjliga nyttan av läkemedel.

4. Prioriterade kriterier och förslag på förbättringsarbete

Totalnytta

De kriterier som nedan menas vara särskilt prioriterade är sådana som om de uppfylls i högre grad på er enhet skulle bidra till störst sammantagen nytta angående ***patientsäkerhet, kostnadseffektivitet*** och ***miljö***. Prioriteringen baserar sig på både er enhets revisionsresultat samt varje enskilt kriteriums bidrag till totalnyttan.

Prio	Kriterium
1	Det finns system som vid ordination signalerar vid riskkombinationer (interaktioner), olämpliga läkemedel till särskilda patientgrupper, allergier och överskridande av maxdoser.
2	Ansvarig läkare, teamet runt patienten (inkl sjuksköterska, undersköterska, apotekare och paramedicinare) och patienten samverkar kring läkemedelsgenomgångar. Rutin finns som tillämpas.
3	Behov av att läkemedelsinformation överflyttas manuellt/skriftligen mellan olika system elimineras. System och rutiner finns som tillämpas.
4	Det finns system som vid ordination föreslår förutbestämda doseringar och/eller erbjuder kalkyleringsstöd av doseringar av vissa riskläkemedel.
5	Patienter med kvarstående eller misstänkta läkemedelsrelaterade problem erbjuds en fördjupad läkemedelsgenomgång och individuellt anpassad information av resultatet. Rutin finns som tillämpas.
6	Det finns rutiner som möjliggör att patienten skall kunna använda sina egna läkemedel under vårdtiden och för hur detta ingår i en strategi för att förbättra patientens delaktighet och ansvar för sin egen behandling och dessa tillämpas
7	Det finns ett elektroniskt journalsystem som ger en fullständig bild av patientens behandling inklusive elektronisk ordinationslista med direktordination av behandling.
8	Det finns tydlig beskrivning av chefapotekarens roll och uppdrag samt dennes ansvarsområden.
9	Patienten ska själv kunna söka medicinsk information. Förutsättningar och rutiner finns som tillämpas.
10	Det finns rutiner för årlig översyn av hela läkemedelshanteringen inklusive hur läkemedelsförsörjningen har fungerat och dessa tillämpas

Patientsäkerhet

De kriterier som nedan menas vara särskilt prioriterade är sådana som om de uppfylls i högre grad på er enhet skulle bidra till störst nytta angående ***patientsäkerheten***. Prioriteringen baserar sig på både er enhets revisionsresultat samt varje enskilt kriteriums bidrag till patientsäkerheten.

Prio	Kriterium
1	Det finns system som vid ordination signalerar vid riskkombinationer (interaktioner), olämpliga läkemedel till särskilda patientgrupper, allergier och överskridande av maxdoser.
2	Ansvarig läkare, teamet runt patienten (inkl sjuksköterska, undersköterska, apotekare och paramedicinare) och patienten samverkar kring läkemedelsgenomgångar. Rutin finns som tillämpas.
3	Behov av att läkemedelsinformation överflyttas manuellt/skriftligen mellan olika system elimineras. System och rutiner finns som tillämpas.
4	Det finns system som vid ordination föreslår förutbestämda doseringar och/eller erbjuder kalkyleringsstöd av doseringar av vissa riskläkemedel.
5	Patienter med kvarstående eller misstänkta läkemedelsrelaterade problem erbjuds en fördjupad läkemedelsgenomgång och individuellt anpassad information av resultatet. Rutin finns som tillämpas.
6	Det finns rutiner som möjliggör att patienten skall kunna använda sina egna läkemedel under vårdtiden och för hur detta ingår i en strategi för att förbättra patientens delaktighet och ansvar för sin egen behandling och dessa tillämpas
7	Det finns ett elektroniskt journalsystem som ger en fullständig bild av patientens behandling inklusive elektronisk ordinationslista med direktordination av behandling.
8	Det finns rutiner för årlig översyn av hela läkemedelshanteringen inklusive hur läkemedelsförsörjningen har fungerat och dessa tillämpas
9	Sammanställningar av identifierade läkemedelsrelaterade problem tas regelbundet fram och dokumenteras av berörd personal. System och rutiner finns som tillämpas.
10	En patients alla aktuella ordinationer och uthämtade läkemedel kan identifieras. Stödsystem och rutin finns och dessa tillämpas

Kostnadseffektivitet

De kriterier som nedan menas vara särskilt prioriterade är sådana som om de uppfylls i högre grad på er enhet skulle bidra till störst nytta angående ***kostnadseffektiviteten***. Prioriteringen baserar sig på både er enhets revisionsresultat samt varje enskilt kriteriums bidrag till kostnadseffektiviteten.

Prio	Kriterium
1	Det finns system som vid ordination signalerar vid riskkombinationer (interaktioner), olämpliga läkemedel till särskilda patientgrupper, allergier och överskridande av maxdoser.
2	Patienter med kvarstående eller misstänkta läkemedelsrelaterade problem erbjuds en fördjupad läkemedelsgenomgång och individuellt anpassad information av resultatet. Rutin finns som tillämpas.
3	Det finns rutiner för årlig översyn av hela läkemedelshanteringen inklusive hur läkemedelsförsörjningen har fungerat och dessa tillämpas
4	Det finns rutiner som möjliggör att patienten skall kunna använda sina egna läkemedel under vårdtiden och för hur detta ingår i en strategi för att förbättra patientens delaktighet och ansvar för sin egen behandling och dessa tillämpas
5	Ansvarig läkare, teamet runt patienten (inkl sjuksköterska, undersköterska, apotekare och paramedicinare) och patienten samverkar kring läkemedelsgenomgångar. Rutin finns som tillämpas.
6	Behov av att läkemedelsinformation överflyttas manuellt/skriftligen mellan olika system elimineras. System och rutiner finns som tillämpas.
7	Det finns ett elektroniskt journalsystem som ger en fullständig bild av patientens behandling inklusive elektronisk ordinationslista med direktordination av behandling.
8	Det finns en chefapotekare som arbetar organisatoriskt och operativt och tillhör sjukhusledningen.
9	Det finns system som vid ordination föreslår förutbestämda doseringar och/eller erbjuder kalkyleringsstöd av doseringar av vissa riskläkemedel.
10	Det finns tydlig beskrivning av chefapotekarens roll och uppdrag samt dennes ansvarsområden.

Miljöaspekt

De kriterier som nedan menas vara särskilt prioriterade är sådana som om de uppfylls i högre grad på er enhet skulle leda till att ***miljöpåverkan*** från ert arbete angående läkemedel skulle minska i störst omfattning. Prioriteringen baserar sig på både er enhets revisionsresultat samt varje enskilt kriteriums bidrag till att minska miljöpåverkan.

Prio	Kriterium
1	Det finns rutiner för årlig översyn av hela läkemedelshanteringen inklusive hur läkemedelsförsörjningen har fungerat och dessa tillämpas
2	Det finns rutiner som möjliggör att patienten skall kunna använda sina egna läkemedel under vårdtiden och för hur detta ingår i en strategi för att förbättra patientens delaktighet och ansvar för sin egen behandling och dessa tillämpas
3	Patienter med kvarstående eller misstänkta läkemedelsrelaterade problem erbjuds en fördjupad läkemedelsgenomgång och individuellt anpassad information av resultatet. Rutin finns som tillämpas.
4	Det finns tydliga och uppdaterade mål uppsatta angående läkemedelshantering/användning och chefapotekaren är ansvarig för att upprätta dem i samråd med linjen.
5	Det finns rutiner och system för att rapportera miljöavvikelser inom läkemedelsområdet till tillsynsmyndigheten och dessa tillämpas

Teamkänsla

Öppenhet

5. Sammanfattande förslag på förbättringsarbete

- Vid införandet av nytt journalsystem (Cosmic) med elektronisk läkemedelsmodul är det viktigt att man försöker identifiera och förebygga potentiella fel som kan uppstå när man ordinerar i en elektronisk läkemedelsmodul. En riskanalys bör genomföras med syfte att förbygga avvikelser och säkerställa ett patientssäkert införande av Cosmic. Dagens lösning med manuellt upprättande av den aktuella ordinationslistan innebär en rad avstämningssteg där fel upptäcks och åtgärdas, vilket är positivt.
- Avdelningens läkare bör ges tillgång till Läkemedelsförteckningen för att minska risken för fel när patientens läkemedel ska kartläggas vid inskrivning (läkemedelsavstämning/enkel läkemedelsgenomgång), speciellt i de fall då man är osäker på vilka läkemedel som patienten använder.
- Farmaceutisk kompetens bör nyttjas som stöd vid läkemedelsavstämningar, förslagsvis på akutkliniken, då en korrekt läkemedelslista vid inskrivning är viktig för alla enheter på sjukhuset. Enligt internationella råd och rekommendationer (NICE) är det ur kvalitetssynpunkt best practice att använda apotekare vid läkemedelsavstämningar. Detta skulle även vara tidsbesparande för akutens läkare. En klinisk farmaceut kan vara ett stöd på avdelningen vid fördjupad läkemedelsgenomgång och då fungera som en brygga till primärvården.
- Arbetet med och samverkan kring fördjupade läkemedelsgenomgångar på avdelningen bör beskrivas i en skriftlig rutin.
- Sjuksköterskorna på avdelningen bör ges behörighet till Pascal. Detta för att öka patientsäkerheten vid inskrivning och utskrivning för patienter som använder dosdispenserade läkemedel.
- Integrera ett beslutsstöd för förskrivarna i journalsystemet med bland annat automatisk interaktionskontroll, identifiering av olämpliga läkemedel och kvalitetssäkrad patientspecifik läkemedelsinformation. En fördel vore om patientens ordinerade läkemedel, ålder och kön ger en direkt koppling till kunskapsdatabaser. Detta skulle öka patientsäkerheten samt vara tidsbesparande för förskrivarna som slipper söka stöd via andra länkar.
- Skapa möjlighet i journalsystemet för ett strukturerat insamlande och uppföljning av läkemedelsrelaterade problem. Detta skapar en förutsättning för ett systematiskt kvalitetsarbete inom detta område.
- Införa system och rutiner som eliminerar behovet av att läkemedelsinformation överflyttas manuellt/skriftligen mellan olika system och avdelningar.
- För att frigöra tid för sjuksköterskor skulle man i vissa fall, t.ex. vid hög belastning, kunna låta tillverkningsenheten hjälpa till med att iordningställa patientbundna eller inte patientbundna färdigberedda antibiotikasprutor/pumpar.
- Förtydliga roll, uppdrag, mandat och koppling till ledningsgrupp för läkemedelstrateg.
- Upprätta ett tydligt ledningssystem med definierade huvudprocesser och stödprocesser som omfattar läkemedelsförsörjning, -hantering och -användning

- Ta fram rutiner samt genomför årlig översyn/kvalitetsgranskning av hela läkemedelshanteringen och läkemedelsförsörjningen.
- Rapportera fler läkemedelsavvikelser i Centuri för att kunna följa upp resultat och öka patientsäkerhet.
- Arbeta fram en tydlig målbild för läkemedelsprocessen. Baserat på denna kan ett arbete påbörjas kring eventuella behov av olika försörjningslösningar som t.ex. patientindividuellförsörjning och automatisering av förråd, samt andra aktiviteter/initiativ för att främja bästa möjliga nyttan av läkemedel.

6. Referenser

1. Arbetsmiljöverket. Cytostatika och andra läkemedel med bestående toxisk effekt. AFS 2005:5
2. Arbetsmiljöverket. Arbetsmiljöverkets föreskrifter om ändring i Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2005:5) om cytostatika och andra läkemedel med bestående toxisk effekt samt allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna. AFS 2009:6
3. ASHP. Health-System Pharmacy 2015 Initiative Self-Assessment Tool. 2011
4. ASHP. Best Practices Self-Assessment Tool Instructions
5. Sacket DL et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ, 1996; 312:71
6. EMA. Guideline for Good Clinical Practice. 2006
7. Eriksson T, Söderlund LÅ, Alenius M. Criteria for Medicines Management in hospitals. Development based on expert opinions from a Delphi study. Eur J Hosp Pharm Sci 2011;3:83-88
8. EU-parlamentet. Fake medicines: Parliament approves new rules to protect patients better. 2011
9. EUR-Lex. 31993L0042: Rådets direktiv om medicintekniska produkter 93/42/EEG. 1993
10. Patientförsäkringen, http://www.patientforsakring.se/
11. Läkemedelsförsäkringen, http://www.lff.se/
12. FIP. FIP Global Conference on the Future of Hospital Pharmacy_Final Basel Statements. 2008
13. FIP/WHO. Draft Joint FIP/WHO Guidelines on Good Pharmacy Practice: Standards for Quality of Pharmacy Services. 2010
14. Guidelines: Minimum Standard for Pharmacies in Hospitals, American Society of Health System Pharmacists Professional Standards for Hospital Pharmacy, Royal Pharmaceutical Society
15. Inera AB. Vårdhandboken. 2013
16. ISMP. ISMP Medication Safety Self Assessment® for Hospitals. 2004
17. ISMP. FDA and ISMP Lists of Look-Alike Drug Names with Recommended Tall Man Letters. 2011
18. LIF. Svensk miljöklassificering av läkemedel. 2011
19. Gunnarsdotter S. Minska läkemedelsförväxlingar med tydligare förpackningar. Läkartidningen, 2000; 107 (51-52): 3294-3295
20. Läkemedelsverket. Utvärdering av funktioner i EES, 2012.
21. Läkemedelsverket. Läkemedelsverkets föreskrifter om tillstånd till försäljning av icke godkänt läkemedel. LVFS 2008:1
22. Läkemedelsverket, Föreskrifter om säkerhetsövervakning av humanläkemedel, LVFS 2012:14.
23. Läkemedelsverket. Spontanrapportering - Rapportera biverkningar. 2006
24. Läkemedelsverket. Föreskrifter om tillverkning av extemporeläkemedel. LVFS 2010:4
25. Läkemedelsverket. Föreskrifter om sjukhusens läkemedelsförsörjning, LVFS 2012:8.
26. Läkemedelsverket. Föreskrifter om detaljhandel vid öppenvårdsapotek. LVFS 2009:9
27. Läkemedelsverkets föreskrifter om förteckningar över narkotika, LVFS 2011:10
28. Läkemedelsverkets föreskrifter om kontroll av narkotika, LVFS 2011:9
29. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder – stöd för styrning och ledning, 2011
30. Nationell läkemedelsstrategi? – en förstudie, S2010/6349/FS.
31. NHS. Medicines Management in NHS Hospitals. 2003
32. NICE/NPSA issues its first patient safety solution guidance to improve medicines reconciliation at hospital admission. 2007

33. Nationell läkemedelsstrategi, 2012 http://www.lakemedelsverket.se/nls
34. SIQ. Modell för kundorienterad verksamhetsutveckling. 2004
35. SIS. Miljöledningssystem – Krav och vägledning. ISO 14001:2004
36. SIS. Ledningssystem för kvalitet – Krav. ISO 9001:2008
37. SKL. Läkemedelsrelaterade problem: Åtgärder för att förebygga. 2011
38. SKL. Läkemedelsfel i vårdens övergångar: Åtgärder för att förebygga. 2011
39. SKL. Nationella Kvalitetsregister. 2011
40. SKL. Positionspapper: Patient- och brukarmedverkan. 2010
41. Socialstyrelsen, Föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9.
42. Socialstyrelsen. Läkemedelshantering. SOSFS 2000:1
43. Socialstyrelsen. Ändringsförfattning SOSFS 2012:9. Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården.
44. Socialstyrelsen. Verktyg för säker läkemedelsanvändning. 2009
45. Socialstyrelsen. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre. 2010
46. Socialstyrelsen. Föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården. SOSFS 2008:1
47. Socialstyrelsen. Föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården. SOSFS 2008:14
48. Socialstyrelsen. Riskanalys & Händelseanalys. Handbok för patientsäkerhetsarbete ANDRA REVIDERADE UPPLAGAN. 2009
49. Socialstyrelsen. Patientsäkerhetsberättelse. 2011
50. Socialstyrelsen. Strukturerad journalgranskning. 2009
51. Sveriges Riksdag. Läkemedelslag. SFS 1992:859
52. Sveriges Riksdag. Förordning om producentansvar för läkemedel. SFS 2009:1031
53. Sveriges Riksdag. Lag om läkemedelskommittéer. SFS 1996:1157
54. Sveriges Riksdag. Patientsäkerhetslag. SFS 2010:659
55. Sveriges Riksdag. Patientsäkerhetsförordning. SFS 2010:1369
56. Sveriges Riksdag. Lag om handel med läkemedel. SFS 2009:366,
57. Sveriges Riksdag. Miljöbalken. SFS 1998:808
58. Sveriges Riksdag. Miljötillsynsförordning. SFS 2011:13
59. Sveriges Riksdag. Avfallsförordning. (SFS 2011:927)

Landstingsstyrelsen

§ 58 Styrelsens ledning och samordning av förvaltningen (LS/4/2013)

Ärenden enligt landstingsstyrelsens uppföljningsplan:

Årsbokslut 2012, inkl bolag och privata utförare - Karin Jonsson, ekonomichef, presenterar årsbokslutet 2012 med detaljerad genomgång av måluppfyllelse för de olika områdena (god folkhälsa, god vård, miljö, medarbetare och ekonomi) samt ekonomiskt resultat.

Jämtlands läns landstings resultat 2012 blev minus 92,1 miljoner kronor. Efter att bokslutet stängts, fastslogs att landstingets del av Länstrafikens underskott blev 0,6 miljoner kronor större än uppbokat, totalt minus 7 miljoner kronor. Dessa 0,6 miljoner kronor i kostnader kommer att belasta 2013 års resultat.

Föredragning tillhör Årsredovisning/årsbokslut 2012, se § 82.

Likviditetsrapport presenteras av Annika Jonsson.
Föredragning tillhör ärende Likviditetsrapport, se § 66.

Personalbokslut presenteras av Annica Sörensdotter och Anneli Ekman
Föredragning tillhörande § 82

Uppföljning beställd primärvård (tillhör årsbokslut) presenteras av Lena Weinstock-Svedh. Föredragning tillhörande § 82.

Uppföljning vårdavtal (tillhör årsbokslut) presenteras av Lena Weinstock-Svedh. Föredragning tillhörande § 82.

Uppföljning Regionförbundet Jämtlands län presenteras av Marianne Ottersgård.

LANDSTINGSSTYRELSENS BESLUT
Ledamöterna ställer frågor och diskuterar enskilda punkter.

Läkemedel (IKP), (tillhör årsbokslut) presenteras av Karin Lindgren, läkemedelsstrateg.

Februari 2013 var kostnaderna för läkemedelsförmånen 9,0 procent lägre än i februari förra året. För januari var motsvarande en ökning med 0,7 procent. Den senaste 12-

månaders perioden har kostnaderna för förmånen minskat med 6,6 procent jämfört med föregående 12-månaders period.

Området Läkemedel ska även bevakas enligt landstingsstyrelsens internkontrollplan 2013 (IKP). Detta innebär att en del av föredragningstiden avsätts till att redovisa risker, sårbarheter, lagefterlevnad samt förslag till styrelsen på åtgärder eller aktiviteter utifrån de identifierade bristerna eller möjliga risker inom området.

Karin Lindgren redovisar risk- och sårbarhetsanalys för Jämtlands läns landsting angående området Läkemedel:

Lagefterlevnaden kontrolleras idag genom avvikelsesystemet, journalgranskning samt kvalitetsgranskning av läkemedelhanteringen. Sammanställningar av avvikelser inom läkemedelsområdet är idag begränsat. Verksamheten kontaktar läkemedelsgruppen enbart vid problem, frågor och idéer. Utöver detta åtgärdar de sina avvikelser själva. Det innebär att brister på systemnivå har varit svåra att fånga upp. Under våren kommer sammanställningar av avvikelser inom läkemedelsområdet vara möjliga att få ut ur avvikelsesystemet. Kvalitetsgranskningen 2012, har visat att lagefterlevnaden har brister på läkemedelshanteringen (SOSFS 2000:1). Otydliga och ofullständiga ordinationsunderlag förekommer inom slutenvården.

I september 2012 kom en ny lag som ställer krav på läkemedelsgenomgångar för patienter som är 75 år eller äldre och har minst fem läkemedel. Ett implementeringsarbete för anpassning till den nya lagen pågår inom JLL. Under föregående år kom även en förändring i författningen angående läkemedelsförsörjningen (LVFS 2012:8). Det är nu tydligt att landstinget är ytterst ansvarig för sjukhusapoteksfunktionen och att aktiviteternas utförande lever upp till lagkraven. Delar av funktionen får vårdgivaren anlita extern aktör för att utföra, men det yttersta ansvaret måste landstinget hantera i egen regi. Denna funktion finns inom patientsäkerhetsenhetens läkemedelsgrupp och är under uppbyggnad utifrån nya försörjningsavtalet med Apoteket AB som träder i kraft 1 april 2013.

Läkemedelsområdet är stort och komplext, och innefattar allt från patientens läkemedelsanvändning, till vårdens läkemedelshantering och det övergripande strategiska arbetet. För att undvika patientsäkerhetsrisker och för att verksamheten ska känna sig trygg och kunna fokusera på patienterna, behövs en bra grund på systemnivå. Det nuvarande upplägget för kontroll av lagefterlevnad saknar kontroll på systemnivå. Patientsäkerhetsenheten vill bygga en tydlig struktur inom läkemedelsområdet som stöd, informationskanal och internkontroll (PDSA). Inköp av en extern revisionstjänst föreslås för att utformningen och grunden ska bli rätt, och att energin riktas åt de områden som har störst nytta av stödet.

Yrkande

Harriet Jorderud (S) yrkar följande

”Landstingsstyrelsen stöder förslaget att metoder för läkemedlens lagefterlevnad på systemnivå saknas och behöver tydliggöras. Landstingsstyrelsen uppdrar till landstingsdirektören att undersöka möjligheterna för finansiering av extern revision för att uppnå målen på systemnivå”

Proposition

Ordföranden ställer proposition på sitt eget förslag och finner det antaget.

LANDSTINGSSTYRELSENS BESLUT

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

2. Landstingsstyrelsen stöder förslaget att metoder för läkemedlens lagefterlevnad på systemnivå saknas och behöver tydliggöras. Landstingsstyrelsen uppdrar till landstingsdirektören att undersöka möjligheterna för finansiering av extern revision för att uppnå målen på systemnivå.

Jämställdhet och mångfald (IKP) presenteras av Anna Ebenmark som lyfter ett antal punkter kopplade till IKP.

Området Jämställdhet och mångfald ska även bevakas enligt landstingsstyrelsens internkontrollplan 2013 (IKP). Detta innebär att en del av föredragningstiden avsätts till att redovisa risker, sårbarheter, lagefterlevnad samt förslag till styrelsen på åtgärder eller aktiviteter utifrån de identifierade bristerna eller möjliga risker inom området.

Anna Ebenmark redovisar risker och sårbarheter för Jämtlands läns landsting angående Jämställdhet och mångfald:

Under hösten utgjorde brist på personella resurser att arbetet med en jämställd och jämlik verksamhet som planerats att genomföras endast delvis verkställdes. En åtgärd för att komma till rätta med detta är att beslut tagits för att omfördela en tjänst vilket gör att mångfaldsstrategen hädanefter arbetar med jämställd och jämlik verksamhet samt våld i nära relation och rekrytering pågår av en utvecklingsstrateg (50%) som ska arbeta på en strategiskt nivå avseende implementeringen av barnkonventionen liksom arbetet med nationella minoriteter.

I revisorernas granskning av jämställdhet inom vården (dnr REV/15/2012) påtalas en stor diskrepans mellan de politiska ambitionerna och den reella verksamheten. Detta medför svårigheter avseende verkställighet och att jämställdhetsperspektivet inte heller når ner i organisationen. Det finns behov av en förbättrad dialog mellan politik och tjänsteorganisation för att nå framgång i arbetet.

Revisorerna konstaterade även i sin rapport att arbetet med en jämställd vård inte når ner i organisationen. Det är korrekt att så inte riktigt har skett än. På kommande landstingsstyrelse ska revisionsrapporten behandlas och frågan återkommer då.

Landstingsfullmäktige beslutade i februari att tillsätta 200 000 kronor extra för att stärka kompetensen i organisationen avseende jämställd och jämlik verksamhet. Hur pengarna ska användas har diskuterats men det finns ännu inget beslut hur prioritering ska se ut. Det finns behov av kompetensutveckling i frågorna både hos medarbetare som arbetar inom staberna samt i patientnära verksamhet. Det är även viktigt att förtroendevalda har en god kompetens inom området. Frågan hanteras i styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet.

Enligt CEMR-deklarationen ska jämställdhetsperspektivet beaktas vid utformningen av politiska åtgärder och det gäller även budgetarbetet. Arbetssättet kallas för genderbudgeting. Det är ingenting som tillämpas idag inom organisationen och kompetensen är låg inom området. Det har genomförts en utbildning avseende genderbudgeting men det är inte tillräckligt. Örebro läns landsting har nyligen tagit fram en rapport om hur landsting och kommuner kan arbeta med genderbudgeting. Med stor sannolikhet behövs det tydligare politisk styrning om genderbudgeting ska få genomslag i organisationen.

Kvinnohälsan har fått ett utökat uppdrag när det gäller patienter utsatta för våld i nära relation. I och med detta kommer namnbyte att ske eftersom det handlar om kvinnor, män och barn som är utsatta för våld. Namn är ej beslutat än. Enhetschefen för Kvinnohälsan har börjat informera om det utökade uppdraget och det har lett till ökad patienttillströmning. Under våren kommer en kampanj att genomföras för att bland annat synliggöra Kvinnohälsans nya uppdrag som ”lots” i frågorna, för att uppmärksamma vikten av att fråga patienter om utsatthet för våld i nära relation samt om dokumentationsrutiner. Vilken effekt som kampanjen ger är svårt att bedöma. Det finns en risk för en ökad patienttillströmning. Resurstilldelningen till Kvinnohälsan är desamma som förut. Lämpligt vore att följa upp konsekvenserna av kampanjen avseende eventuellt ökad patienttillströmning.

Yrkande

Harriet Jorderud (S) yrkar följande:

1. Landstingsstyrelsen noterar att dialogen mellan politik och verksamhet behöver förbättras. Landstingsstyrelsen uppdrar därför till beredningen för översyn av den politiska organisationen efter 2014 att ta med frågan i sitt arbete.

2. Landstingsstyrelsen noterar vidare att arbetet med jämställdhet inte förankras i verksamheten. Landstingsstyrelsen avvaktar förslag från revisionens utredning om jämställd vård.

3. Landstingsstyrelsen beslutar följande:

- Kunskap inhämtas från Örebro läns landsting vad gäller genderbudgeting.
- Landstingsstyrelsen ge stöd för införande av skyltning inom landstingets verksamheter på både svenska och sydsamiska.
- De områden som avser hälsa och sjukvård samt anställning i diskrimineringslagen ska återrapporteras till landstingsstyrelsen för att frågan ytterligare kan följas.

Proposition

Ordföranden ställer proposition på sitt eget yrkande och finner det antaget.

LANDSTINGSSTYRELSENS BESLUT

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

2. Landstingsstyrelsen noterar att dialogen mellan politik och verksamhet behöver förbättras. Landstingsstyrelsen uppdrar därför till beredningen för översyn av den politiska organisationen efter 2014 att ta med frågan i sitt arbete.

3. Landstingsstyrelsen noterar vidare att arbetet med jämställdhet inte förankras i verksamheten. Landstingsstyrelsen avvaktar förslag från revisionens utredning om jämställd vård.

4. Landstingsstyrelsen beslutar följande:
   - Kunskap inhämtas från Örebro läns landsting vad gäller genderbudgeting.
   - Landstingsstyrelsen ge stöd för införande av skyltning inom landstingets verksamheter på både svenska och sydsamiska.
   - De områden som avser hälsa och sjukvård samt anställning i diskrimineringslagen ska återrapporteras till landstingsstyrelsen för att frågan ytterligare kan följas.

Medborgarförslag

JÄMTLANDS LÄNS
LANDSTING
2014 -03- 03
Dnr LS/352/2014

2014-03-01

Jämtlands läns landsting bör anta enprocentsregeln för konstnärlig gestaltning i samband med bildning av Region år 2015

Tillämpandet av enprocentsregeln, som innebär att minst en procent av budgeten vid ny-, om- eller tillbyggnationer av fastigheter och annan offentlig infrastruktur investeras i konstnärlig gestaltning, har fått allt större genomslag. Den nya rapporten från Konstnärsnämnden, *Ingen regel utan undantag – Enprocentsregeln för konstnärlig gestaltning av offentlig miljö, 2013*[1], visar att 77 procent av landstingen och regionerna arbetar aktivt med enprocentsregeln. Nästan hälften av landets kommuner tillämpar enprocentregeln. Räknar man även med de kommuner har enprocentsregeln som målsättning eller riktlinje uppgår andelen till 64 procent. Det är 50 procent fler än för 10 år sedan. Vetskapen om konstens betydelse för de gemensamma miljöerna sprider sig. Det är hög tid för Jämtlands läns landsting att ta rygg på de andra landstingen och regionerna. Landstinget bör höja de konstnärliga ambitionerna och anta regeln om att avsätta minst en procent för konstnärlig gestaltning i samband med ny-, om- eller tillbyggnationer av fastigheter, utemiljöer och annan regionägd infrastruktur.

Att estetiska värden vägs in i planeringen av offentliga miljöer har flera vinster:
- Allmänheten och länets invånare, och särskilt de som inte tar sig till konstutställningar, får på ett enkelt och självklart sätt tillgång till konst i vården och i sin vardag
- Konsten sätter igång tankar, ger nya perspektiv och gör åskådarna mer kreativa och öppna
- Uppdragen innebär arbetstillfällen och betydelsefulla inkomstkällor för konstnärer och andra specialiserade yrkesgrupper

En procent av budgeten är en liten insats med tanke på de långsiktiga värden det genererar.

Både regeringen och de rödgröna partierna framhåller vikten av att enprocentregeln tillämpas. Regeringen skriver i sin budgetproposition att "/...enprocentsregeln är en viktig utgångspunkt i gestaltandet av den offentliga miljön." Socialdemokraterna uppger att "Det är ett viktigt uppdrag att informera om regeln och att föra fram värdet av konstnärlig offentlig gestaltning. Även privata byggherrar börjar återigen upptäcka värdet av att i ett tidigt skede planera för offentlig gestaltning och konst i sina byggprojekt."

En mängd vetenskapliga forskningsrön visar att det finns ett samband mellan konst och välbefinnande. På Karolinska Institutets hemsida Den kulturella hjärnan presenteras flera rapporter som pekar på de positiva sambanden mellan hälsa, välmående, lärande och kultur. Bland annat visar en studie från USA att personer sjuka i Alzheimers upplever större välmående efter att ha tittat på konst, deltagarna ökade också sin självkänsla. I Sverige fick 150 studenter på Södertörns högskola skatta arbetsmiljöer med eller utan konst som de sett på fotografier. Miljöerna med konst på väggarna uppfattades som mer harmoniska, kreativa och proffsiga, sammanfattningsvis bedömdes även de utsmyckade miljöerna komma från ett mer framgångsrikt företag.

Jämtlands läns landsting har alla förutsättningar att skapa ännu mer spännande, utmanande och attraktiva miljöer i vården.

---

[1] http://www.konstnarsnamnden.se/default.aspx?id=16314

Myndigheten Konstnärsnämnden drar, i sin nya rapport, slutsatsen att all offentlig verksamhet har ett ansvar för att den offentliga konsten integreras i samhällsmiljön och att det behövs direktiv som ser till att enprocentregeln tillämpas inom statliga bolag, verk och myndigheter.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår vi att:

- landstingsfullmäktige inför enprocentsregeln vid ny- och ombyggnationer av fastigheter och andra offentliga miljöer och infrastruktur i samband med bildandet av egen Region år 2015
- professionella konstnärers yrkeskunskap tas tillvara i hela processen.

Östersund 2014-03-01

Namn:	Namnförtydligande:
Lars Nylund	LARS NYLUND
[illegible]	Malin Matilda Allberg
Åsa Maria Hedberg	ÅSA MARIA HEDBERG
Elin Stål	Elin Stål
Anniki Andersson	Anniki Andersson
Catharina Johansson	Catharina Johansson
Jukka Nyström	JUKKA NYSTRÖM
Odd Larsson	Odd Larsson
Kristina Wrang	KRISTINA WRANG

Samtliga personer är verksamma bildkonstnärer i Jämtlands län.

Kontaktuppgifter:
Kristina Wrang
[redacted]
9[redacted]
mobil: [redacted]
e-post: [redacted]

Medborgarförslag

JÄMTLANDS LÄNS LANDSTING
2014 -04- 10
Dnr LS/ 612 /20 14

Till:
Jämtlands läns landsting
Box 654
831 27 Östersund

Datum: 2014-04-09

Från:
Namn. Kirsten Ravn Jörgensen
Gal
Pos
Tel
E-p

Förslaget i korthet:

Jämtlands läns landsting bör inrätta en primärvårdsmottagning för personer med komplicerad medicinsk problematik som kräver samordning av vårdresurser samt för personer som på grund av fysisk eller psykisk funktionshinder har svårt att få sina behov tillgodosedda inom ordinarie primärvård.

Motivering: Beskriv och motivera ditt förslag.

Det är allmänt känt att personer med LSS insatser har sämre allmän hälsa än befolkningen i övrigt och att de risikerar en förtida död i oupptäckta cancersjukdommar i större grad än normalbefolkningen.
I Uppsala län har man inrättat en husläkarmottagning i nära samarbete med habilitering för att bidra till en bättre primärvård för denna grupp medborgare.
Mitt förslag är att berörda parter inom landstinget tar till vara den kunskap som finns på denna mottagning och inrättar en liknande mottagning här i Jämtland för att förbättra möjligheterna till bättre hälsa för en maginaliserad grupp med nedsatt autonomi samt göra det möjligt för anhöriga och personal vid LSS boende att vara trygg med att den primärvård som erbjuds LSS brukare är av bästa kvalitet.

se
www.lul.se/sv/Extranat/For_vardgivare/MOT-PATIENTEN/Sjukvard1/Funktionshinder/Habiliteringshuslakarmottagning/

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: Kirsten Ravn Jörgensen

Medborgarförslag
Landstingsstyrelsen Jämtlands län

JÄMTLANDS LÄNS
LANDSTING
2014 -04- 11
Dnr LS/613/2014

Ett sjukhus står outnyttjat

I Backe finns ett sjukhus som byggdes under den tiden då vissa byggnader anpassades för strategisk beredskap. Därför saknar huset motstycke i hållbarhet och funktion.

I huset finns ett äldreboende samt en hälsocentral.

Stora delar av huset står emellertid outnyttjat. Det vore ren kapitalförstöring att inte utnyttja denna byggnad för exempelvis dialys, hörsel- och synkontroll. Dialys är en tidskrävande behandling som tar mycket tid i anspråk.
Medicinsk expertis som krävs för verksamheten kan fastställas vid beredning av ärendet
I ett stort län med långa avstånd och tidsödande och fördyrade resekostnader vore det en fördel för patienter boende i Norra delen av länet att ha nära till sjukvård och inte behöva åka till Östersund för nyss nämnda åtgärder.
Detta behöver inte underminera verksamheten vid Östersunds Sjukhus, endast underlätta.

Backe sjukhus byggdes 1 oktober 1964, för 50 år sedan.
Det vore ett lyft för bygden att i samband med ett firande av sjukhusets 50-årsjubileum kunna presentera ett vårdprogram.

Jag föreslår att:

1. De partier som har mandat i Landstinget lägger fram ärendet för beredning
2. Vi hoppas att detta förslag väcker gehör hos samtliga partier i Landstinget för åtgärd

Strömsund 2014-04-10

Göran Edman

Göran Edman

nya moderaterna

JÄMTLANDS LÄNS
LANDSTING
2014 -02- 19
Dnr LS/285/2014

2014-02-18

Motion ställd till landstingsfullmäktige i Jämtlands läns landsting, angående rätt för föräldrar att lämna urinprov för analysering när de misstänker att sitt barn använder narkotiska substanser.

Polisen har rätt att vid misstanke om narkotikabrott, då någon visar tecken på att använda narkotiska substanser, se till att personen i fråga kommer in till sjukvården för provtagning och analys. Mörkertalet för antalet missbrukare är stort och det finns många fall som polisen inte upptäcker. Det finns också föräldrar som är oroliga för sitt barn när de ser tecken på, eller misstänker att barnet missbrukar narkotiska substanser.

Mot bakgrund av ovanstående motionerar därför undertecknad om att föräldrar ska ha rätt att lämna in urinprov från sina barn till en sjukvårdsinstans där analys och resultat kan redovisas. Detta är också ett önskemål från Polisens ungdomsgrupp. Allt för att snabbt kunna sätta in rätt behandling och i tid upptäcka de barn som missbrukar narkotiska substanser.

Christer Siwertsson

Christer Siwertsson, ledamot landstingsfullmäktige

JÄMTLANDS LÄNS
LANDSTING
2014 -03- 04
Dnr LS/ 362 /2014

Motion till Jämtlands läns landstingsfullmäktige

Kompetenscenter för Huntingtons sjukdom

I Jämtland är Huntingtons sjukdom vanligast i hela landet.
Det är en ärftlig sjukdom som bland annat ger besvärliga neurologiska symtom. Den som ärver anlagen får också sjukdomen. Risken att ärva anlagen är strax över 50%. Just detta att barn till drabbade löper risk att själva få sjukdomen, innebär en stor psykisk belastning på familjerna. Symtom på sjukdomen kommer ofta efter trettioårsåldern. Det finns inga säkra siffror på hur många som berörs. Mörkertalet är stort, kanske delvis för att den hjälp som nu erbjuds inte räcker till. Med en stigande medelålder bland befolkningen kommer fler att behöva hjälp och vård på grund av de symtom Huntington ger.

"En person som får diagnosen Huntingtons sjukdom kommer att behöva information, vägledning, stöd och hjälp av många kategorier vård- och omsorgspersonal i olika skeden av sjukdomen. Detsamma gäller familjen och andra närstående " www.socialstyrelsen.se/ovanligadiagnoser/huntingtonssjukdom

För den Jämte som fått diagnosen ligger huvudansvaret för uppföljningar hos primärvården. Kunskapen där räcker inte alltid till. Socialstyrelsen anser att drabbade och anhöriga bör ges möjlighet till hjälp och stöd av team bestående av bland annat läkare, sjuksköterska, kurator, psykiater, neurolog och dietist . Personer med diagnosen Huntington och deras anhöriga har behov av hjälp och stöd från personal som är väl insatta i sjukdomen.

Vi ska kunna erbjuda ett bredare och mer samlat stöd än vi nu gör i länet.
Därför motionerar jag om:

-Att det skapas ett kompetenscenter för Huntingtons sjukdom i länet.

Bodil Sihm

Bodil Sihm (MP)

2014 04 03

JÄMTLANDS LÄNS
LANDSTING
2014 -04- 10
Dnr LS/ 587 /20 14

Till Landstingsfullmäktige

Jämtlands läns landsting

Motion

Landstinget står inför stora utmaningar. Den vård och omsorg som bedrivs idag behöver ständigt förbättras för att leva upp till allt högre krav från vårdtagare, personal och anhöriga. För att uppnå de kraven, samt för att kunna ta emot en växande och framför allt åldrande befolkning krävs en utveckling och effektivisering i vården.

Varje dag finner medarbetare inom landstinget goda idéer för att förenkla det dagliga arbetet. Dessa idéer uppstår ur verkliga behov och kan med rätt hjälp även omvandlas till en verklig produkt/tjänst.

Vi borde inom landstinget kunna erbjuda ett koncept för att omvandla medarbetares idéer till nya innovativa produkter/tjänster som underlättar det dagliga arbetet eller förbättrar vården för patienterna.

Vi bör också söka samarbete med entreprenörer och företag samt med redan befintliga nätverk såsom Mittuniversitet och Almi.

En viktig uppgift för landstingets ledning är att aktivt arbeta för en kultur som främjar nya idéer och innovationsutveckling.

Jag föreslår

- att landstingsstyrelsen får i uppdrag att undersöka möjligheterna att så snart som möjligt forma en organisation som uppfyller tankegångarna enligt ovan och återkomma till fullmäktige för redovisning av resultatet.

Bernt Söderman

Bernt Söderman (C)

Fullmäktigeledamot

2014 03 24

JÄMTLANDS LÄNS
LANDSTING
2014 -03- 24
Dnr LS/479/2014

Motion

Ang färdtjänsten i Jämtlands län

Rätten och möjligheten till färdtjänst har under senare är förändrats och begränsats. Det är inte bara ett bekymmer för den som är beroende av tjänsten utan ett förhållande som går stick i stäv med funktionshinderpolitikens mål om att undanröja hinder och öka garantera funktionshindrade möjlighet till likvärdiga livsvillkor. Där är möjligheten att använda kollektivtrafik och kompletterande färdtjänst på lika villkor som andra en viktig del.

Färdtjänsten i länet har mycket god kundnöjdhet. Men kundnöjdhet säger inget om hur livet fungerar för den som sökt färdtjänst men fått avslag. Antalet färdtjänsttillstånd i länet har sjunkit betydligt.

Alla kommuner deltar inte i den samordning som görs via länstrafiken. Det är olyckligt men i något fall har det motiverats med att det inneburit en kvalitetssänkning för de resande som kommunen inte velat godta.

Avgiften för färdtjänst baseras på kollektivtrafikens kilometertaxa med ett påslag på 50 procent. Motivet för detta påslag anges vara att färdtjänst har en högre servicegrad än kollektivtrafik. Färdtjänståkare har inte heller någon möjlighet att köpa månadskort. Den orättvisa och höga taxan har gjort att flera funktionshindrade har tappat möjligheten att arbeta.

Vi motionärer opponerar starkt mot detta. Det ligger i saken natur att om man har ett funktionshinder så har man behov som är större än för den som inga hinder har. I vården har vi principen att avgiften för ett besök är densamma oavsett om vården vi söker kostar olika. Om vi ska nå målet om likvärdiga livsvillkor ska funktionshindrade inte ha merkostnader för sitt funktionshinder. Därtill är har många funktionshindrades ofta en sämre ekonomi från starten. Ett orättvist färdtjänstsystem ökar ojämlikheten i hälsa.

Vi yrkar:

Landstinget tar initiativ till att en rapport arbetas fram som beskriver

- villkoren och förutsättningarna för funktionshindrade att resa i länet på fritid och i arbete, för barn, unga, vuxna och äldre. Man och kvinna, flicka och pojke

-att berörda intresseorganisationer får en aktiv roll i en sådan översyn

-att rapporten tar upp bristområden och föreslår åtgärder

-att landstinget tar initiativ till att avgiftssystemet korrigeras så att kostnaden för resor inom kollektivtrafiken, och olika rabattsystem kopplat till den, likställs mellan funktionshindrade och icke funktionshindrade

MonaLisa Norrman Vänsterpartiet

Alf Lundin Miljöpartiet

JÄMTLANDS LÄNS
LANDSTING
2013 -11- 21
Dnr LS/ 1657/2013

Till Jämtlands läns landstingsfullmäktige

MOTION om

Arbetsgivare för anhöriga – att skapa en anhörigvänlig arbetsplats

Enligt en rapport från Socialstyrelsen vårdar eller stödjer närmare var femte person i vuxen ålder en närstående. Minst 900 000 av dem är yrkesverksamma och ungefär 100 000 personer tvingas gå ner i tid eller säga upp sig helt till följd av anhörigomsorg.
Vårt uppdrag inom Jämtlands läns landsting är att bedriva vård och främja hälsa för våra medborgare.
Då ligger det även nära till hands att undra "Hur tar vi hand om våra medarbetare som är anhörigvårdare?"
Forskning visar att vara anhörigvårdare är en stor riskfaktor för olika sjukdomstillstånd.

Att skapa anhörigvänliga arbetsplatser är lönande. Det har visat sig i Storbritannien, där ett 70-tal arbetsgivare vittnar om att de lyckats behålla kompetent personal som också mår bättre och gör ett bättre arbete vilket har lett till en ökad produktivitet i företagen. Detta tack vare att man uppmärksammat de problem som dubbelarbetande medarbetare kan ställas inför.

På regeringens uppdrag pågår nu ett projekt "Arbetsgivare för anhöriga" vars syfte är att uppmärksamma och skapa förståelse för en hittills ganska osynlig medarbetargrupp. Det är ett samarbetsprojekt mellan Anhörigas Riksförbund, Nationellt Kompetenscentrum för anhöriga och arbetsgivare som utvecklar stöd till yrkesverksamma anhöriga för ett hållbart arbetsliv i livets alla skeden! Arbetsgivare för anhöriga har också ett nätverk av arbetsgivare från både privat och offentlig sektor. I projektet deltar idag flest arbetsgivare från privat sektor, endast ett par offentliga verksamheter är på gång och inget landsting!!
Jämtlands Läns Landsting skall vara det första landsting som deltar i **Arbetsgivare för Anhöriga - Anhörigvänlig arbetsplats** och tar del av projektets och dess nätverks erfarenheter och mål hur man bäst lyckas med det!

Därför yrkar jag att;

Jämtlands läns landsting beslutar att ansluta sig till projektet **Arbetsgivare för Anhöriga - Anhörigvänlig arbetsplats**

Vigge 2013-11-17

Berit Johansson

Berit Johansson, Centerpartiet

Fullmäktigeledamot

CENTERPARTIET

Jämtlands Läns Landsting

Långsiktig utvecklingsplan för GOD EKONOMISK HUSHÅLLNING 2015-2025

Version: 0.8

Ansvarig: Landstingsfullmäktige

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
0.1	2014-02-12	Nyutgåva		
0.2	2014-03-06	Redigerat		
0.3	2014-03-10	Efter ledningsgruppen		
0.4	2014-04-08	Efter ekonomiutskott 140404		
0.5	2014-04-16	Efter ledningsgrupp 140415		
0.6	2014-04-28	Efter synpunkter (s) o (v)		
0.7	2014-05-05	Efter synpunkter (s) o (v)		
0.8	2014-05-15	Efter ekonomiutskottet		2014-05-08

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 SAMMANFATTNING 5
2 INLEDNING 6
2.1 God ekonomisk hushållning 6
2.2 Innehållet i denna plan 6
2.3 Disposition av planen 7
3 INRIKTNING OCH MÅL 8
3.1 MÅL 1 God kostnadskontroll och ständiga förbättringar 8
3.2 MÅL 2 Åtgärder som innebär kostnadsminskningar 9
3.3 MÅL 3 Satsning på kompetensförsörjning 12
3.4 MÅL 4 Satsning på förebyggande hälso- och sjukvård 12
3.5 MÅL 5 Satsning på långsiktigt Leanarbete 13
3.6 MÅL 6 Satsning på teknisk utveckling 14
3.7 MÅL 7 Satsning på fastigheter som goda verktyg för framtidens hälso- och sjukvård 14
3.8 MÅL 8 Satsning på samverkan för effektiva flöden och kostnadseffektiv vård 15
4 AKTIVITETER OCH GENOMFÖRANDE 16
4.1 MÅL 1 God kostnadskontroll och ständiga förbättringar 16
4.1.1 Fokus på styrförmåga 16
4.1.2 Långsiktig utvecklingsplan för miljö 17
4.1.3 Strukturerat arbetssätt ang inprio och utprio 17
4.1.4 Produktions- och kapacitetsplanering/ständiga förbättringar 17
4.1.5 Uppvakta departement angående kostnadsutjämningssystemet mm 18
4.2 MÅL 2 Åtgärder som innebär kostnadsminskningar 18
4.3 MÅL 3 Satsning på kompetensförsörjning 18
4.3.1 Attraktiv arbetsgivare 18
4.3.2 Chefsförsörjning, säkerställa chefers kompetens 18
4.3.3 Framtida behov av kompetens. 18
4.4 MÅL 4 Satsning på förebyggande hälso- och sjukvård 20
4.5 MÅL 5 Satsning på långsiktigt Leanarbete 20
4.6 MÅL 6 Satsning på teknisk utveckling – distansoberoende teknik 21
4.7 MÅL 7 Satsning på fastigheter som goda verktyg för framtidens hälso- och sjukvård 21
4.7.1 Fastighetsförändringar 0 till 5 år 21
4.7.2 Fastighetsförändringar 5-10 år 21
4.7.3 Styrning av fastighetsinvesteringar 22
4.8 MÅL 8 Satsning på samverkan för effektiva flöden och kostnadseffektiv vård 22

5 BAKGRUND OCH PLANERINGSFÖRUTSÄTTNINGAR 23
5.1 Ekonomisk analys 23
5.1.1 Balanskravet 24
5.1.2 Framtiden - skräckscenariot 24
5.1.3 Läkemedel - styrförmåga 25
5.1.3.1 Strukturer för styrning 25
5.1.4 Köpt vård 26
5.2 Omvärldsbeskrivning 26
5.2.1 Befolkningens utveckling 2012-2032 och påverkan på vårdkonsumtionen 26
5.2.2 Trender som kommer att påverka landstinget 27
5.2.3 Regional utveckling och regional utvecklingsstrategi 28
5.3 Kompetensförsörjning 28
5.4 Förebyggande hälso- och sjukvård 31
5.5 Lean 33
5.5.1 Lean i landstingets ledningssystem 33
5.5.2 Produktions- och kapacitetsplanering 34
5.5.3 Effekter av Lean 34
5.5.4 Vad krävs för ett långsiktigt Leanarbete? 34
5.6 Teknisk utveckling 35
5.7 Lokalförändringar 38
6 UTVÄRDERING OCH REVIDERING 39
7 UPPFÖLJNING AV DENNA PLAN 39

1 SAMMANFATTNING

GOD EKONOMISK HUSHÅLLNING =
positivt resultat minst 60 mkr dvs 2% av nettokostnaderna senast vid utgången av 2018 år

Mål 1 God kostnadskontroll och ständiga förbättringar

Mål 2 Åtgärder för kostnadsminskningar:

	Vad	Effekt 2015	Effekt 2016	Effekt 2017
1	Akut omhändertagande			10 mkr
2	Sjuktransporter		20 mkr	
3	Poliklinisering			20 mkr
4	Lokal/resursutnyttjande på sjh			10 mkr
5	Metoder i vården		10 mkr	
6	Primärvården	2 mkr	13 mkr	
7	Folktandvården		5 mkr	
8	Administration		10 mkr	
9	Intäkter	20 mkr		
	SUMMA	**22 mkr**	**58 mkr**	**40 mkr**

Satsningsområden:

MÅL 3 Kompetensförsörjning **5 mkr/årligen** (omdisponering)

MÅL 4 Förebyggande hälso/ sjukvård **inom befintliga resurser**

MÅL 5 Långsiktigt Lean-arbete **2 mkr/årligen**

MÅL 6 Teknisk utveckling
- distansoberoende teknik **2 mkr/årligen**

MÅL 7 Fastighetsförändringar **Kan ej preciseras innan utvecklingsplan för det totala fastighetsbeståndet är klar. (20141231)**

MÅL 8 Samverkan **inom befintliga resurser**

2 INLEDNING

2.1 God ekonomisk hushållning

God ekonomisk hushållning innebär att landstinget ska uppnå och bibehålla en styrka i ekonomin och långsiktigt följa principen att varje generation bär kostnaderna för den service den konsumerar och beslutar om. För att komma fram till vilket ekonomiskt resultat som behövs för att uppnå god ekonomisk hushållning, måste ett antal faktorer beräknas:

- Det resultat som krävs för inflationsskydda det egna kapitalet
- Vad som behövs för att bibehålla soliditeten
- Vad som behövs som buffert för variationer i skatteintäkterna
- Vad som behövs i form av eventuellt sparande för större investeringar

Variationer mellan budgeterade och definitiva skatteintäkter uppstår alltid eftersom den ekonomiska utvecklingen aldrig går att exakt förutse. Om man bortser från de extrema variationer som uppstod i samband med finanskrisen, är en normal avvikelse mellan budgeterade och slutliga skatteintäkter för Jämtlands läns landsting +/- 30 miljoner kronor.

Efter en beräkning av alla uppräknade komponenter bör resultatet för landstinget vara cirka 60 miljoner kronor per år.
Resultatet måste vara ännu högre om större investeringar ska rymmas och dessutom måsten uppräkning över tiden ske.

I bilaga 1 finns en ekonomisk analys av landstingets kostnader och intäkter.

2.2 Innehållet i denna plan

Genom denna långsiktiga utvecklingsplan vill landstinget ta ett långsiktigt sammanhållet grepp om vad som krävs för att uppnå god ekonomisk hushållning. Det innebär också att några satsningsområden identifieras som väsentliga för att tillsammans med kostnadskontroll och kostnadsminskningar nå målet god ekonomisk hushållning.

Denna plan innehåller två delar som ger en grund att utgå från:

- Ekonomisk analys - syftet är att skapa förståelse för vad god ekonomisk hushållning innebär för Jämtlands läns landsting och hur landstingets ekonomi utvecklats under ett antal år bakåt och vad landstinget behöver ta hänsyn till i ekonomiska termer under perioden fram till 2025.
- Omvärldsbeskrivning, dvs vad ska Jämtlands läns landsting beakta i planeringen avseende - demografisk utveckling, - medicinsk utveckling - teknisk utveckling och den regionala utvecklingsstrategin (RUSen) och institutionella förändringar t ex lagar.

Planen innehåller två delar som beskriver hur den ekonomiska utmaningen ska hanteras:

- Kostnadskontroll och vardagsrationalisering
- Åtgärder som innebär kostnadsminskningar

Slutligen innehåller planen också sex satsningsområden som krävs för att möta landstingets utmaningar eller för att ge förutsättningar för att uppnå kostnadskontroll, vardagsrationaliseringar och kostnadsminskningar.

- Kompetensförsörjning
- Förebyggande hälso- och sjukvård
- Lean
- Teknisk utveckling
- Fastighetsförändringar
- Kommunal samverkan

Genom att arbeta systematiskt med dessa satsningsområden ökar chansen att förstärka landstingets varumärke i en positiv rikting – grundläggande för landstingets långsiktiga kompetensförsörjning specifikt men även generellt för hela regionen efter 2015.

För såväl satsningsområden som åtgärder för kostnadskontroll och kostnadsminskning gäller att perspektiven jämställdhet och jämlikhet finns konsekvensbeskrivna. Målet är att omotiverad skillnader ska arbetas bort och bli en del i den värdegrund som ska arbetas fram parallellt och i samklang med ett varumärkesarbete för den nya regionen.

Den långsiktiga utvecklingsplanen för god ekonomisk hushållning har en tidshorisont på 10 år dvs fram till 2025. Den beslutas och revideras av landstingsfullmäktige. Planen ligger till grund för kommande års landstingsplaner. Det innebär att det som i denna plan är uttryckt som mål, utredningsuppdrag eller satsningar ska ses som inriktningar som återkommer i aktuellt års landstingsplan som formella beslut.

2.3 Disposition av planen

Planens upplägg i fortsättningen är tre kapitel,

- Kap 3 Inriktning och mål, = Vad vill vi uppnå
- Kap 4 Aktiviteter och genomförande = Hur vill vi göra det
- Kap 5 Bakgrund och planeringsförutsättningar.

Bakgrund/planeringsförutsättningar ligger sist i dokumentet och är viktiga för förståelse av ställningstaganden i de andra två kapitlen.

3 INRIKTNING OCH MÅL

3.1 MÅL 1 God kostnadskontroll och ständiga förbättringar

En grund för god ekonomisk hushållning är att ha kontinuerlig kontroll över den årliga nettokostnadsökningen. När landstinget väl lyckas få ner kostnaderna återstår att få till en kontinuerlig kontroll över den årliga nettokostnadsökningen. Annars riskerar kostnaderna växa snabbare än intäkterna och det kommer åter att uppstå en obalans. Det kan inflikas att utan de skattehöjningar som gjordes 2003, 2009 och 2013 på sammanlagt 1 krona och 30 öre skulle landstingets obalans vid ingången av 2014 ha varit 385 miljoner kronor istället för hundra. Den obalansen kommer landstinget åter att hamna i år 2022, utan kontroll av kostnadsutvecklingen.

Hur stort behovet är av fortlöpande rationaliseringar över tiden, kan uppskattas genom beräkningar baserade på följande uppskattningar:
- Verksamhetens nettokostnader antas de första åren följa det landstingsprisindex (LPIK) som SKL tar fram när det gäller personalkostnader och sociala avgifter, läkemedel inom förmånen samt vissa av övriga omkostnader.
- Kostnadsökningstakten för övriga läkemedel har antagits följa snittökningen under perioden 2005-2013 på 13,2 procent per år.
- Riks- och regionvårdskostnaderna antas stiga med i snitt 5 procent per år, Under perioden 2002-2013 ökade de för Jämtlands läns landsting med i snitt med 6,5 procent per år.
- Pensionskostnaderna har för de fem första åren hämtats från KPAs prognos december 2013.
- De första tre åren har skatteintäkterna hämtats från landstingsplan 2014-2016. Skatteintäkterna har antagits växa med i snitt 2,7 procent per år fr o m 2017, vilket motsvarar ökningstakten perioden 2002-2013 om effekten av skattehöjningarna med sammanlagt 1 krona och 30 öre under den perioden räknas bort. Denna period innehöll år med både stark utveckling, i synnerhet före finanskrisen, och svaga år. Det finns få skäl att anta att det närmaste decenniet ser bättre ut.
- Verksamhetens intäkter = verksamhetens intäkter 2013 exklusive AFA-återbetalningen.
- Intäkter med samma andel av de prestationsbaserade statsbidragen som i nuläget.

Denna beräkning resulterar i att kostnaderna är ca 30-50 mkr högre än intäkterna varje år, detta motsvarar ca 0,8-1,3% av de totala kostnaderna.

En kontroll av nettokostnadsutvecklingen kräver en minskning av ökningstakten för samtliga kostnadsgrupper. Det handlar bl a om att åtgärda kvalitetsbristkostnader och genom systematiskt LEAN-arbete skapa effektiva flöden, dvs ständiga förbättringar. Dessutom bör landstinget fokusera mer på att få del av den del av de prestationsbaserade statsbidragen som är möjliga att få.

ATT OBSERVERA : Målet ovan är ingen enkel åtgärd. Paketen i nästa kapitel är åtaganden utöver detta vilket gör de ansträngningar som krävs för kostnadskontroll än mer utmanande.

3.2 MÅL 2 Åtgärder som innebär kostnadsminskningar

PAKET 1: Genomlysning/utredning av akut omhändertagande
Detta inkluderar ambulansverksamhet, akutmottagning, psykakut, andra former för akut omhändertagande tex direkt in på rätt avdelning, användning av OBSplatser mm. Syftet är tvåfalt dels att effektivisera resurserna så att kostnaderna kan minska och dels uppnå kortare ledtider för patienterna.

Ekonomiskt mål: minskad kostnad 10 mkr
Tidplan: Utredning/analys klar 20150630
Måltidpunkt: 20170101

PAKET 2: Genomlysning/utredning av alla sjuktransportslag
Detta avser effektivisering av nyttjandet av sjukresor med egen bil, buss, taxi, tåg och ordinarie flyg. Det inkluderar också utarbetande av riktlinjer för effektivaste nyttjandet av vägambulans, flygambulans och helikopter. Slutligen inkluderas effektivisering av administrationen kring beställning av dessa transporter. Syftet är att effektivisera, samordna, koordinera och ge tydliga riktlinjer för när vilket färdsätt ska nyttjas.

Ekonomiskt mål: minskad kostnad 20 mkr
Tidplan: Utredning/analys klar 20141230
Måltidpunkt: Tidigast 20160101 eftersom kostnadsslagen bygger på uppsägning av avtal, nya upphandlingar och/eller start av egen regi vilket betyder följsamhet till avtalslängd och LOU.

PAKET 3: Ökad poliklinisering av vården på sjukhuset.
Varje centrum analyserar vad som är lämpligt att poliklinisera dvs flytta från slutenvård på sjukhuset till öppenvårdsmottagning på sjukhuset, till primärvården eller till patientens hem. Analysen ska också beskriva vad som krävs för att genomföra förändringen (utrustning, distansteknik, lokalförändringar, personal, kompetens).

Ekonomiskt mål: minskad kostnad 20 mkr
Tidplan: Centrumens utredning/analys klar 20150630.
Sammanlagd plan för hela sjukhuset klar 2015-12-31
Måltidpunkt: 20170101 (eftersom 2016 är verkställighetstid tex lokalförändringar)

PAKET 4: Effektivisera lokal/resursnyttjande inom sjukhuset
En centrumöverskridande analys ska genomföras för att se om det finns lokaler, utrustningar, verksamheter som kan samnyttjas av fler verksamheter och om vårdplatserna kan struktureras på annat effektivare sätt.

Ekonomiskt mål: minskad kostnad 10 mkr
Tidplan: Analys klar 20141231
Måltidpunkt: 20170101 (eftersom lokalplanering under 2015 och 2016 verkställighetstid)

PAKET 5: Analys av metoder/utbud i vården
Varje centrum ska göra analys av befintliga metoder i vården. Görs åtgärder som enligt nationella riktlinjer inte ska göras ? Görs åtgärder där billigare alternativ kan väljas ? Analys av vilket utbud JLL ska erbjuda samt hur ny teknik kan ge nya effektivare arbetssätt. Finns vårdkostnader skapade av vården själv pga brister i rutiner, kvalitet eller metoder ? I analysen ska också ingå att tydliggöra gränsen mellan verksamheternas egna ansvar och när förändringen kräver politiska beslut. I analysen ingår slutligen också att värdera vilket utbud som ska ske i egen regi eller köpas.

Ekonomiskt mål: minskad kostnad 10 mkr
Tidplan: Analys klar 20151231 och ständigt pågående
Måltidpunkt:: 20160101 successivt och alltid

PAKET 6: Förändra strukturen för Primärvården
Det finns tre uppdrag givna angående primärvården:
- Se över strukturen för primärvården i Östersund
- Se över strukturen för primärvården i länet i övrigt
- Se över verksamheten på närvårdsavdelningen (NÄVA) i Strömsund

Ekonomiskt mål: Den landstingsdrivna primärvården ska 2015 kunna finansieras inom befintlig hälsovalsersättning, dvs inga underskott
Tidplan: Påbörjas under 2014, delrapportering hösten 2014
Måltidpunkt: 2015 (NÄVA) 2016 övriga uppdrag.

PAKET 7: Förändra strukturen för Folktandvården
Tandvårdens mål är att verka för en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Tandvården har krav på sig att vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och lägga särskild vikt vid förebyggande åtgärder, tandvårdslagen (1985:125) 2§ och 3§. Landstinget har ett ansvar att planera tandvården med utgångspunkt i befolkningens behov, tandvårdslagen (1985:125) 8§.

Ett minskat befolkningsunderlag leder till allt större problem att upprätthålla verksamhet med den tillgänglighet över hela länet som är önskvärd. Ett problem är att små kliniker med sviktande patientunderlag inte klarar att själva finansiera lokaler, utrustning och kompetensförsörjning. Skattemedel tillskjuts idag för att stödja verksamheten på vissa orter.

Ett annat problem är att rekrytera nya medarbetare till dessa kliniker. En generell ståndpunkt är att så kallade entandläkarkliniker inte är att föredra utifrån kvalité, sårbarhet vid frånvaro och behov av kollegialt utbyte. Nyutexaminerade tandläkare och hygienister är inte aktuella för dessa kliniker eftersom de kräver handledning och stöd från rutinerade kollegor.

För att säkerställa invånarnas tillgänglighet till en kvalitativ och konkurrenskraftig tandvård med en god ekonomisk balans även i framtiden, ges nedanstående uppdrag.

Uppdragets mål är:
- Att tillgodose Jämtlands läns medborgare tillgänglighet till kvalitativ och konkurrenskraftig tandvård i framtiden med långsiktigt hållbar ekonomi.
- Att konkurrensneutralitet ska vara säkerställt.

Krav på uppdraget

- Att ta fram en plan för framtida lokalisering av Folktandvården i relation till medborgarnas behov. Särskild hänsyn ska tas till de prioriterade patientgrupperna, akut tandvård, barn och ungdomar och de med rätt till nödvändig tandvård.
- Utifrån ovanstående plan lägga förslag på bemanning och vårdutbud.
- Undersöka mobila alternativ.

Tidplan, start februari 2014, klart september 2014.

- Utreda specialisttandvårdens uppdrag i form av vilka specialiteter som ska finnas, i vilken omfattning samt finansiering.
- Utreda sjukhustandvårdens uppdrag och finansiering.

Tidplan, start februari 2014, klart december 2014.

Ekonomiskt mål: positivt utfall +-0 2015 och +5 mkr fr o m 2016

PAKET 8 Minskning av administrativa och landstingsövergripande kostnader
Landstingsstyrelsen gör 2013/2014 en administrativ utredning med extern konsult. Resultatet presenteras för styrelsen mars 2014. Landstinget bildar från 20150101 region och övertar det regionala utvecklingsansvaret vilket innebär en sammanläggning av landstingets och regionförbundet Jämtlands läns verksamhet. Under 2014 ska analyser ske av möjligheter till minskning av administrativa och organisationsövergripande kostnader.

Ekonomiskt mål: minskad kostnad 10 mkr
Tidplan: Klart 20141231
Måltidpunkt: successivt under 2015 med full effekt 2016

PAKET 9 Översyn av landstingets externa intäkter förutom skatt
En översyn av landstingets intäktsmöjligheter ska göras med tre delar:

- Översyn av patientavgifterna, jämförelse med riket, mängden olika avgiftsnivåer, - hur styr avgifterna vårdkonsumtionen.
- Översyn av nivån på utomlänsintäkterna dvs regionala prislistan – gemensamt inom Norrlandstingens Regionförbund
- Översyn av vilka verksamheter JLL har som kan sälja vård till andra landsting
- Översyn av övriga intäkter – finns möjligheter att öka intäkterna inkluderande möjligheterna att ta del av statliga stimulansmedel och möjligheterna att söka extern finansiering.

Ekonomiskt mål: ökade intäkter 20 mkr
Tidplan: Klart 20141231
Måltidpunkt: 20150101 delvis, full effekt tidigast 2015-06-30.

3.3 MÅL 3 Satsning på kompetensförsörjning

Med kompetensförsörjning avses att rekrytera, utveckla, behålla och avveckla kompetens. Landstinget eftersträvar jämställdhet och jämlikhet mångfald i hela sin organisation. Mångfald/olikheter bland landstingets medarbetare ska värdesättas och tillvaratas så att blandningen av kompetenser och erfarenheter skapar kreativa miljöer, ger nya infallsvinklar och fler perspektiv och därmed bättre resultat i verksamheten.

Det är viktigt med ett aktivt arbete för att upprätthålla en akademisk miljö som både underhåller den regionaliserade läkarutbildningen och stimulerar forsknings- och utvecklingsintresse hos vår personal.

För långsiktig kompetensförsörjning finns följande mål:

- Landstinget ska vara en attraktiv arbetsgivare
- Landstinget ska ha en god chefsförsörjning
- Landstingets kompetensförsörjning ska understödja omställning till framtidens sjukvård (se kap 5.3.1 ang framtida trender)
- Landstinget ska införa svensk standard för kompetensförsörjning för att kunna göra långsiktig planering och insatser som bygger på underlag med god kvalitet. Detta innebär:
  - Varje verksamhet ska ha en kompetensförsörjningsplan. Planen ska i samband med budgetarbetet uppdateras och revideras vid behov.
  - Varje medarbetares kompetens ska kartläggas och dokumenteras löpande.
  - Prognoser på landstingets kompetensförsörjningsbehov ska upprättas i 4, 8 och 12 års-perspektiv utifrån verksamheternas kompetensförsörjningsplaner. Prognoserna ska revideras varje år.
  - Aktivitetsplaner kopplat till prognoserna ska upprättas i 1, 4, 8 och 12 års-perspektiv. Ska revideras årligen.

3.4 MÅL 4 Satsning på förebyggande hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvårdslagen gjorde sjukdomsförebyggande arbete lagfäst och jämställt med sjukvårdande. Utöver vårdens traditionella roll att behandla sjukdom och skada, har hälsofrämjande hälso- och sjukvård en vidare roll i förebyggande av sjukdom och skada samt i främjande av hälsa. Ändamålet för hälso- sjukvården blir därför ett förbättrat hälsotillstånd för den enskilde och för befolkningen. En god hälsa förutsätter god munhälsa och tandvården måste ingå i förbyggande insatser.

Både livsvillkor och levnadsvanor påverkar vår hälsa. Förebyggande och hälsofrämjande insatser har positiva effekter upp i höga åldrar både då det gäller hälsan och livskvaliteten.

Det finns goda vetenskapliga belägg för att hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser är effektiva för att förbättra folkhälsan, men det är fortfarande oklart i vilken grad insatserna har lett till en mer jämlik och jämställd hälso- och sjukvård. För att kunna vara aktiv i arbetet med jämlikhet och jämställdhet krävs att hälso- och sjukvården är medveten om att olika grupper har olika hälsa, ohälsa samt vårdbehov. I Sverige finns stora skillnader i hälsa mellan olika grupper i

befolkningen när det gäller dödlighet, sjuklighet och självskattad hälsa. Särskilt utsatta är individer med ogynnsamma livsvillkor – individer med låg socioekonomisk status. Dessa är också svårast att nå med hälsofrämjande insatser

De nya nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder ska implementeras. Landstinget behöver utveckla och tillämpa hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande metoder genom att systematiskt integrera dessa i allt löpande vårdarbete. Genom att utvärdera insatsernas hälsoeffekter går det att bedöma vilka av dem som har främjat hälsa vilket kan leda till en effektivisering av hälso- och sjukvårdens totala resurser.

Skadeprevention och forskning är viktiga inslag i detta arbete, liksom en god fysisk miljö i både hem och på arbetsplatser. Grupper med ogynnsamma livsvillkor bör prioriteras. Människor måste ges möjlighet att själva få vara delaktiga i sin vård och att själva kunna påverka sin hälsa. Samverkan med kommunerna ska vara ett naturligt arbetssätt t ex samarbete med förskola-skola.

Sjukvården ska arbeta för att skapa hälsa – inte bara bota och lindra sjukdomar

Målvärde:

- *Tobacco Endgame – Rökfritt Sverige 2025* är ett opinionsbildningsprojekt. Tobaks- och folkhälsoexperter i Sverige föreslår att regering och riksdag beslutar om 2025 som mål för utfasningen av rökningen i vårt land och att mindre än 5 procent av befolkningen då röker. Det är en nivå som kommer att göra rökningen till ett mindre allvarligt folkhälsoproblem än i dag.
  Jämtlands läns landsting bör vara första landsting att ansluta sig till detta och sätta upp målet: Rökritt Jämtlands län 2025.

- Utveckla metoder för folkhälsoarbete i praktiken och satsa åtgärder som ger minskad sjukdomsbörda och minskade sjukvårdskostnader t ex skadeprevention, våldspreventivt arbete, åtgärder kopplade till övervikt/fetma och åtgärder som leder till minskning av alkoholrelaterade sjukdomar och skador.

3.5 MÅL 5 Satsning på långsiktigt Leanarbete

Syftet är att säkerställa att Leansatsningen är långsiktig och uthållig och ger avsett resultat dvs att Landstingsplanens mål uppnås. Inriktningen är att koppla samman Lean med landstingets styrmodell och produktions- och kapacitetsplanering, beskriva vilka resursinsatser som krävs samt beskriva hur de olika delarna kompletterar varandra och inverkar på patientsäkerhet, medicinsk kvalitet, ekonomi, flöden och tillgänglighet.

Målvärde 4 år:

- JLL modell för lean förbättringsarbete är framtagen och används - hur värdeflödeskartläggning genomförs, verktygslåda mm
- Styrtavlor används
- Leancoacher är utbildade som stöd till verksamheten
- Samtliga chefer har utbildning eller ska utbildas i Lean

- Leanspelsledare finns
- Ledarskaputbildning utifrån leans principer finns
- Förbättring av JLLs baslinjemått på Lean

Målvärde 8 år:

- JLL omnämns som exempellandsting i Sverige avseende Lean Healthcare
- Lean Forums Lean Healthcare-konferens nationellt har arrangerats av JLL
- Samarbetet med MIUN är etablerat och formaliserat
- Leansatsningen har varit föremål för FOU-publikation

Målvärde 12 år:

- Lean som filosofi genomsyrar hela verksamheten

3.6 MÅL 6 Satsning på teknisk utveckling

Målvärde 4 år: Minst en huvudprocess inom varje område har utvecklat vårdtjänster som använder distansoberoende teknik

Målvärde 8 år: Utvecklad teknik tillsammans med hemsjukvården

Målvärde 12 år: Egenvård med stöd av distansoberoende teknik har minskat akutflöden och minskat återbesök

3.7 MÅL 7 Satsning på fastigheter som goda verktyg för framtidens hälso- och sjukvård

Vården förändras allt snabbare och det är viktigt att lokalerna anpassas efter vårdens behov så att lokalen inte är ett hinder i verksamheten och dess utveckling. Lokalerna ska vara ändamålsenliga och strukturen skall underlätta vårdverksamhetens strävan mot effektiva patientflöden (LEAN).

- Kostnaden för lokalen är viktig men kostnaden för den vårdverksamhet som bedrivs i lokalen är 10-20 gånger större och kan ändamålsenliga lokaler underlätta vårdflödet så är det oftast mycket väl investerade pengar i ett Landstingsperspektiv. Ett övergripande beslut i landstingsfullmäktige är taget att specialistsjukvården skall vara lokaliserad till nuvarande sjukhusområde i ett 50-års perspektiv
- En fastighetsutvecklingsplan avseende 2015-2025 är under framtagande
- En översyn på primärvårdsverksamheten pågår i Östersund som kommer att påverka fastighetsbeståndet

Målet i första steget är att ta fram en långsiktig utvecklingsplan för landstingets totala fastighetsbestånd. Klart 20141231

3.8 MÅL 8 Satsning på samverkan för effektiva flöden och kostnadseffektiv vård

Samverkan innehåller både samverkan med länets kommuner och samverkan med andra landsting.

Samverkan med kommunerna

Måldokumentet gemensam hälso- och sjukvårdspolitik har tre mål:

- Förbättrad psykisk hälsa
- Hälsofrämjande och trygghetsskapande levnadsvillkor
- Tillgänglig och samordnad hälso- och sjukvård

Detta dokument ska fördjupas genom en handlingsplan under 2014.

Samverkan med kommunerna för att minska återinläggningar och tillfälligt kunna nyttja korttidsplatser.

Samverkan med kommunerna för att göra mer i hemmen av både specialiserad vård och primärvård.

Samverkan med kommunerna för att utveckla distansteknik mellan specvård-PV-kommun och distansteknik som understöd för egenvård.

Samverkan med Östersunds kommun avseende kostverksamhet skulle kunna ge goda ekonomiska effekter. Även ökat samarbete avseende telefoni, löner och andra servicefunktioner kan vara av intresse.

Samverkan med andra landsting

Samverkan med andra landsting har följande syfte:

- Nyttja samverkan inom norra sjukvårdsområdet via Norrlandstingens Regionförbund så att JLL kan ta del av andras kompetenser istället för att ha egna resurser
- Nyttja samverkan inom norra sjukvårdsområdet för gemensamma forskningsprojekt för att stimulerar vår personal att delta i andras projekt, och för våra forskare att tillsammans med andra få större patientunderlag och utvecklande forskningssamarbete.
- Utveckla samarbetet med Landstinget Västernorrland för att se vilka gemensamma effektiviseringar som kan uppnås.
- Närma oss Nord och Sör-tröndelag inkl Trondheim inom vissa delar vad gäller specialiserad vård, forskning, telemedicin mm.

Resultatet är beroende på mottagande hos de andra landstingen

Även samverkan med näringslivet ska beaktas för att uppnå kostnadseffektiva vård

4 AKTIVITETER OCH GENOMFÖRANDE

4.1 MÅL 1 God kostnadskontroll och ständiga förbättringar

4.1.1 Fokus på styrförmåga

De olika kostnadsslagen har olika förutsättningar när det gäller styrning, och kräver därför olika angreppssätt.

- Personalkostnaderna styrs främst av enhetschefernas beslut
- Läkemedelskostnaderna styrs av nationella och regionala ageranden kring nya läkemedel men också av alla läkares ”fria förskrivningsrätt”. Därför krävs här särskilda styrnings-stödjande åtgärder.
- Riks- och regionvårdskostnader styrs dels av läkarnas remitteringar och dels av avtalen med universitetssjukhusen (priset). I viss mån påverkas dessa kostnader också av universitetssjukhusens ambitioner och nya metoder. Dessutom handlar detta om de svårast sjuka patienterna. Därför krävs också här särskilda åtgärder.
- Pensionskostnaderna är till vissa delar påverkbara genom besluten om personalkostnader, medan andra delar inte är påverkbara t ex finansiell utveckling av skulden.

För att nå målet kostnadskontroll ständiga förbättringar krävs fokusering på styrförmågan och att anpassa direktiv och åtgärder för att uppnå kostnadskontroll.

Personalkostnader
Ökad styrning av personalkostnaderna handlar dels om att utveckla bemanningsmål och dels om utveckling av kompetensförsörjning med hjälp av svensk standard, samt om analyser av kostnadskonsekvenser av nödvändiga förändringar av jämställdhets och jämlikhetsskäl – som också är en rekryteringsfråga.

Läkemedelskostnaderna
Följande strategiska frågor bör utredas:

- Utveckla och förtydliga uppdragen till Läkemedelskommittén och styrgrupp läkemedel.

- Vilken målsättning har JLL med läkemedelsförskrivningen? Ska vi fortsatt ha en låg förskrivning med ökad styrning till rekommendationslistor o upphandling?

- Hur stor ”frihet” innebär den fria förskrivningsrätten – hur stora möjligheter har verksamhetschefen att i dialog med MLU och läkare att styra över förskrivningen.

- Läkemedelsnäratjänster – vad ska JLL göra själva i framtiden? – finns det konkurrens som pressar priserna för JLL inom området, eller är det billigare att göra själva?

- Kompetensväxling – vad skulle farmaceuter ute i vården kunna göra? Det finns studier som visar att kvalitén ökar om en farmaceut finns med i flödet läkemedelsavstämning, läkemedelsgenomgångar och läkemedelsberättelse mm.

Riks och regionvårdskostnader
Våren 2014 pågår en genomgång kring den köpta vården per specialistområde. Syftet med genomgången är att se om det finns förutsättningar för ”hemtagning” av vård som vi idag köper. När denna analys är klar kommer ledningsgruppen att fatta beslut om vilka åtgärder som ska prioriteras.

Inom ramen för samarbetet inom Norrlandstingens Regionförbund diskuteras också bildande av ett strategiskt råd för att köparlandstingen tillsammans med NUS ska kunna påverka utvecklingen av den vård vi köper, diskutera ambitionsnivåer och få framförhållning i de förändringar som sker.

Uppföljning och förutsättningar för att ta ansvar
Utvecklad och tätare uppföljning av enheter och enhetschefer, områden och områdeschefer och centrum och centrumchefer och av landstingsdirektören, dvs alla nivåer. Delegerat beslutsfattande och tydliga befogenheter och utvecklat stöd till cheferna så att de kan ta ansvar och bli utvärderade utifrån givna förutsättningar.

4.1.2 Långsiktig utvecklingsplan för miljö

Landstinget har en fastställd långsiktig plan för sitt miljöarbete, Miljö-LUP. 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 i Miljö-LUPen prioriterar 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.

Även inom avfalls, energi och resor/transporter finns åtgärder beskrivna i miljö-LUPen som kan bidra till lägre kostnader.

4.1.3 Strukturerat arbetssätt ang inprio och utprio

JLL har ett strukturerat arbetssätt när det gäller att starta nya metoder, verksamheter. Det som avses är arbetet med inprioriteringar och utprioriteringar. I det arbetet deltar både tjänstemän och politiker. Det är viktigt att fortsätta detta strukturerade arbetssätt och utveckla det ytterligare ang framförhållning och metoder.

4.1.4 Produktions- och kapacitetsplanering/ständiga förbättringar

En viktig del i JLLs förmåga till kostnadskontroll och vardagsrationaliseringar handlar om utvecklad produktions- och kapacitetsplanering och förmåga att effektuera ständiga förbättringar..

4.1.5 Uppvakta departement angående kostnadsutjämningssystemet mm

När det gäller skatteintäkterna har det endast varit under de år som landstingsskattesatsen höjts som skatteintäkterna ökat så kraftigt att det överstigit den ”normala” ökningen av landstingets nettokostnader. När det gäller utvecklingen av de kommunala utjämningsbidragen, innebar den senaste förändringen en förbättring för landstinget, men fortfarande måste utvecklingen av bidragen för landstingets del anses vara en stor försämring.

Många betraktar dessa intäkter som opåverkbara från ett landstingspolitiskt perspektiv. Tidigare har grupper av politiker och tjänstemän från landstinget uppvaktat departement. Med hjälp av fakta och analysunderlag har man visat på vad Jämtlands län med våra speciella omständigheter med långa avstånd m m behöver för att våra förutsättningar att bedriva en likvärdig vård ska kunna jämställas med övriga landet. Då lyckades man få med t ex glesbygdsfaktorn som gjorde tidigare systemet bättre än vad det annars hade varit. Det finns goda skäl att fundera på om dessa aktiviteter borde återupptas.

Även i andra strategiska frågor bör uppvaktningar/inbjudningar till nationell nivå beaktas.

4.2 MÅL 2 Åtgärder som innebär kostnadsminskningar

Verkställandet av de 9 paketen ska ske genom att varje paket betraktas som ett projekt. Det betyder att en projektledare utses, projektplan skrivs (i ProjektiL) och förankras i LDs ledningsgrupp. LD är projektägare och LDs ledningsgrupp är styrgrupp. Varje projekt ska vara uppdelat i delmål så att styrning och uppföljning kan ske aktivt. Verkställighet av förslag i varje delmål ska också kunna ske, dvs inte behöva vänta på att hela projektet är klart.

4.3 MÅL 3 Satsning på kompetensförsörjning

Ansvarig för satsningen: Personalchefen

4.3.1 Attraktiv arbetsgivare

Långsiktiga åtgärder för att vara en attraktiv arbetsgivare kommer att tas fram i Personalstrategi 2015-2017. Den ska stödja organisationen med rätt kompetens.

4.3.2 Chefsförsörjning, säkerställa chefers kompetens.

Landstinget behöver tydliggöra vilka förväntningar och krav som landstinget har på chefs- och ledarskapet. För att det ska uppnås måste landstinget också skapa förutsättningar för att kunna utöva ett gott chefs- och ledarskap. Som en del i ledarförsörjningen ska landstinget ta tillvarata intresserade medarbetare och som har förmåga att bedriva ledarskap.

4.3.3 Framtida behov av kompetens.

Landstinget behöver bättre kontroll och styrförmåga över vilken kompetens som behövs i framtiden och för att kunna bedöma verksamhetens behov av kompetensutveckling.

Utifrån det behövs en modell för att strukturellt och systematiskt kunna förutse kommande behov.
Svensk standard för kompetensförsörjning är en modell som tillgodoser detta. För detta behövs systemstöd samt en samordnare/projektledare som arbetar tillsammans med närmsta chef för införande. Projektplan för detta innehåller - Införa svensk standard för långsiktig kompetensförsörjning, ta fram förslag för systemstöd, införande/utbilda chefer, handlingsplan för långsiktig kompetensförsörjning, kopplad till LUP god ekonomisk hushållning. Den handlingsplanen ska revideras årligen.

Svensk standard för kompetensförsörjning kommer att ge bättre styrförmåga på kompetensförsörjningen, underlag för bättre bemanningsplanering, svar på vilket behov och omfattning av kompetens JLL har**.**

Därefter finns grund för att arbeta med:

- **Kompetenssammansättning**
  Landstinget behöver veta vilken kompetenssammansättning som behövs och planera önskvärd kompetensförskjutning. Landstinget behöver också förutse oönskade kompetensförskjutning – när kompetens som behövs/önskas inte kan rekryteras och annan kompetens ersätter.

- **Kompetensutveckling**
  För att landstinget att klara kompetensförsörjningen så kommer kartläggning att visa vilken behov av kompetensutveckling som finns.

- **Kompetensavveckling**
  Utifrån prognoser kan det också finnas behov av omställning eller avveckling av Satsning på samverkan för effektiva flöden och kostnadseffektiv vård kompetens. Det ska på samma sätt som framtida behov beskrivas i handlingsplanerna.

Kostnadsberäkningar:

- Inköp av systemstöd , uppskattningsvis ca 300 tkr årligen, projektledare/samordnare: 2014 - 378 tkr . 2015 - 500 tkr

- Medel för åtgärder: uppdragsutbildning, karriärtjänster, kompetensstegar, kompetensutveckling, chefsutbildning/utveckling. Landstinget kommer att behöva ha en ökad ambition avseende att erbjuda och stimulera utbildningsmöjligheter i egen regi och/eller med ekonomiskt stöd, ökade marknadsföringsinsatser på högstadium och gymnasium samt möjligheter att ”pröva på” (aspirantutbildning).

- **Ekonomisk lösning:** Idag finns fem miljoner i budget för särskild avtalspension SAP. Ändamålet för denna budget utvidgas så det som inte används för SAP kan avsätts för samordnare och inköp av systemstöd och åtgärder för långsiktigt kompetensförsörjning enligt beslut av landstingsdirektören. Utredning om studiemedel pågår.
  (2014 inkom ca 12-14 ansökningar om SAP varav hälften beviljades till en kostnad på 600 tkr, de avslagna ansökningarna rörde bristyrken.)

4.4 MÅL 4 Satsning på förebyggande hälso- och sjukvård

Ansvarig för satsningen: Hälso- och sjukvårdschefen

För att bli framgångsrika i arbetet med förebyggande hälso- och sjukvård krävs konkreta handlingsplaner, tydliga uppdrag och forskning på vad som är verksamma metoder. Genom fokusering och överenskommelse via konkreta handlingsplaner ska landstingets specifika folkhälsoresurser och landstingets hälso- och sjukvård tillsammans agera för att nå uppsatta mål.

Åtgärderna ska genomföras i det direkta patientarbetet där följande grupper är prioriterade:

Nyblivna föräldrar genom BVC
Barn, föräldrar och personal i förskolan
Barn föräldrar och personal i skolan
Ungdomar i gymnasieskolan genom ungdomsmottagningen

Riktade insatser ska också ske till
Grupper med högre ohälsotal
Arbetslösa
Sjukskrivna
Funktionsnedsatta
Fallprevention för äldre
Rökare
Överviktiga

Kostnadsberäkningar:
Detta arbete ska ske inom ramen för de resurser som landstinget har.

4.5 MÅL 5 Satsning på långsiktigt Leanarbete

Ansvarig för satsningen: Landstingsdirektören via den särskilda styrgruppen för Lean.

Det finns en aktivitetslista/handlingsplan för planerade åtgärder inom Leansatsningen. Aktivitetslistan ska uppdateras årligen.

Kostnadsberäkningar:
Resursåtgången för aktiviteter beskrivna i en särskild aktivitetslista/handlingsplan samt en heltidstjänst som Leansamordnare uppskattas till 2 mkr per år. Medlen behöver avsättas varje år under åtminstone 2015-2020.

4.6 MÅL 6 Satsning på teknisk utveckling – distansoberoende teknik

Ansvarig för satsningen: Landstingsdirektören

Jämtlands läns landsting har under 2000-talet genomfört några satsningar för att införa distansoberoende teknik. Dessa projekt har inte varit så framgångsrika pga av att de har fokuserat för mycket på de tekniska lösningarna medan arbetssätt, samarbetsformer och medarbetarnas inställning till teknikförändringen inte beaktats tillräckligt. För att nu bli framgångrika måste dessa lärdomar beaktas.

Inom just detta område finns det möjligheter att söka extern finansiering som måste bevakas. Men utvecklingen inom detta område måste starta oberoende av om extern finansiering erhålls eller inte. Därför måste ett särskilt anslag avsättas med Landstingsdirektören som beslutande för att stimulera till utveckling där engagerade medarbetare har kostnadseffektiva lösningsförslag.

Kostnadsberäkningar: 2 miljoner kr avsätts årligen för investeringar i distansoberoende teknik eller åtgärder för ändrat arbetssätt med ny teknik.

4.7 MÅL 7 Satsning på fastigheter som goda verktyg för framtidens hälso- och sjukvård

Ansvarig för satsningen: Fastighetschefen

4.7.1 Fastighetsförändringar 0 till 5 år

Den närmaste 5-årsperioden pågår ett projekt på sjukhuset vars huvudsyfte är att förbättra verksamheten på ortoped och kirurgmottagningarna på plan 6. Detta innebär relativt många omflyttningsprojekt för att förbättra för våra patienter och vår arbetsmiljö.

I primärvården Östersund pågår en förändring av verksamheten.

4.7.2 Fastighetsförändringar 5-10 år

Ett arbete pågår med en utvecklingsplan för sjukhuset. Vårt sjukhus är helt fullt och det mycket svårt att inom befintliga byggnader att utveckla lokalerna. Exempelvis har dagens operationslokaler svårt att klara vårdens krav på utrymmen eftersom utvecklingen går mot mer och mer avancerad teknik som inte ryms inom nuvarande lokalytor. I utvecklingsplanen tittar vi på kvarterets totala utvecklingspotential att möta lokalkraven som behövs för att driva en effektiv och säker vård. Några exempel på verksamheter och aktiviteter som skulle utvecklas på ett positivare sätt med ändamålsenligare lokaler är:

- Intensivvården med operation

- Dagvården dvs lokaler som är tillgängliga och anpassade för medicinsk behandling över dagen utan att läggas in.
- Bättre intern logistik mellan avdelningar för att underlätta patientens väg genom vården
- Patienthotell
- En-patient-rum
- Skapa mer och bättre miljöer där vården och patienten kan mötas på en jämlik nivå
- Bättre skydd mot smittspridning
- Förbättrad parkeringslösning inom sjukhuskvarteret

4.7.3 Styrning av fastighetsinvesteringar

Fastighetsinvesteringarna som kommer fram i den fastighetsutvecklingsplan måste synkroniseras mot verksamheternas utvecklingsbehov. Detta sker genom förankring i LDs ledningsgrupp.

I anslutning till inprioriterings- och utprioriterings-diskussionerna ska också fastighetsbehoven analyseras. Hur detta ska ske framgår av det investeringsreglemente som är under utarbetande (beslut våren 2014).

Slutligen bör en politiska referensgrupp inrättas för att följa arbetet med fastighetsutvecklingen

Kostnadsberäkningar :
Inga kostnadsberäkningar kan göras innan den långsiktiga utvecklingsplanen för landstingets totala fastighetsbestånd är klar. (20141231) I den planen kommer kostnadsberäkningar att göras.

4.8 MÅL 8 Satsning på samverkan för effektiva flöden och kostnadseffektiv vård

Ansvarig för satsningen. Landstingsdirektören

Angreppssättet för att uppnå en fördjupad och effektiviserande samverkan med kommunerna består av

- Förankrat arbete med handlingsplanen till gemensam hälso- och sjukvårdspolitik – tidplan klart under 2014.
- Via fredagsgruppen och ledningskraft verka för att gemensamma lösningar för att minska återinläggningar
- Via fredagsgruppen och ledningskraft aktualisera gemensam utveckling kring vård i hemmen
- Via fredagsgruppen och ehälso-samarbetet verka för att tillsammans med kommunerna utveckla distansteknik mellan specvård-PV-kommun
- Uppdrag utformas för kontakter angående samverkan inom kostområdet och andra servicefunktioner.

Angreppssättet för att uppnå en fördjupad och effektiviserande samverkan med andra landsting består av:

- Via Beredningsgruppen i Norrlandstingens Regionförbund och Landstingsdirektörerna aktualisera samverkan inom norra sjukvårdsområdet så att JLL kan ta del av andras kompetenser istället för att ha egna resurser
- Via NRFs FOUU-råd delta i utvecklande forskningssamverkan.
- Landstingsdirektören utser en grupp med särskilt uppdrag att utveckla samarbetet med Landstinget Västernorrland för att se vilka gemensamma effektiviseringar som kan uppnås.

Påbörjas under 2014, delrapportering 20151231. I detta arbete ska samverkan med patient- och funktionsnedsattas organisationer och anhörigstöd ingå.

Kostnadsberäkningar:
Det finns för närvarande inget i denna satsning som inte kan hanteras inom befintliga resurser. Det kan dock som resultat av samverkansansatserna bli behov av åtgärder som kräver finansiering. Dessa får då hanteras som särskilda beslutsärenden.

5 BAKGRUND OCH PLANERINGSFÖRUTSÄTTNINGAR

5.1 Ekonomisk analys

Efter en beräkning av alla uppräknade komponenter förutom sparande för nytt sjukhus, hamnar resultatmålet för god ekonomisk hushållning för Jämtlands läns landsting på cirka 60 miljoner kronor per år, med uppräkning över tiden. Det motsvarar ca 1,8 procent av verksamhetens nettokostnader. Som tumregel för att uppnå god ekonomisk hushållning brukar man använda resultatmålet 2 procent av verksamhetens nettokostnader.

Sammanfattningsvis beror landstingets svaga ekonomiska resultat på att landstinget både haft en svag utveckling av skatteintäkter och generella statsbidrag samt en nettokostnadsutveckling som varit för hög i förhållande till intäkterna, i synnerhet under de senaste tre åren. I en riksjämförelse har dock Jämtlands läns landstings nettokostnadsutveckling varit måttlig.

För att leva upp till målet för god ekonomisk hushållning skulle landstinget behöva ett positivt resultat som ligger på minst ca 60 miljoner kronor 2014 för att därefter stiga i takt med den allmänna uppräkningen av intäkter och kostnader. Det är dock inte förrän 2016 som det budgeterade resultatet, i landstingsplan 2014-2016, kan anses vara i nivå med god ekonomisk hushållning.

Återbetalningen av pengar från AFA-försäkringen 2013 på 46 miljoner kronor var en enstaka händelse. Landstinget kan inte räkna med att få liknande engångsåterbetalningar 2014. Landstingets resultat 2013, rensat för RIPS-räntekostnaden och AFA-pengarna, var minus 100 miljoner kronor. Det var den obalansen som landstinget tog med sig in i 2014. **För att nå ett plusresultat på 60 miljoner kronor behöver landstinget därför förstärka resultatet med 160 miljoner kronor.** Samtidigt behöver landstinget få ner nettokostnadsökningstakten för att inte återigen hamna i obalans inom några år.

Om landstingets kostnader ökar i takt med landstingsprisindex (LPIK) kommer enbart personalkostnaderna att öka med 48,5 miljoner kronor 2014. Med hänsyn till den årliga lönerörelsen skulle personalkostnaderna därför behöva minska med motsvarande 140 – 170 tjänster redan i januari, för att åstadkomma en minskning av verksamhetsnettot med 23,8 miljoner kronor samma år. Detta är inte genomförbart, då förhandlingar med de fackliga organisationerna och uppsägningstider innebär att den typen av åtgärder får effekt först med 6 – 12 månaders fördröjning. Effektivisering till följd av produktions- och kapacitetsutveckling och andra åtgärder måste i slutänden resultera i färre arbetade timmar. För att leda till lägre kostnader måste antalet anställda och/eller inhyrd personal minska, vilket är en process som realistiskt sett kan ske över en treårsperiod, om en fungerande verksamhet samtidigt ska kunna upprätthållas och förbättras. Nedskärningar kan naturligtvis även ske på övriga verksamhetskostnader. Men, det är inte troligt att det skulle vara möjligt att enbart minska dessa kostnader, eftersom de bara utgör 40 procent av totalkostnaderna.

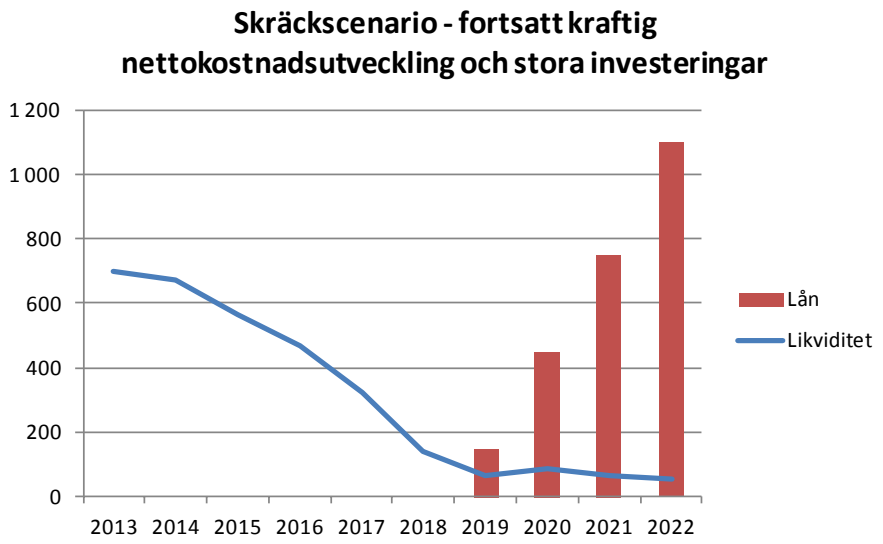
Förutom kostnadsbesparingar finns möjligheten för landstinget att öka verksamhetens intäkter genom att klara målen för de olika prestationsbaserade statsbidragen (kömiljarden m m). Dessa intäkter skulle kunna ökas med minst 25 miljoner kronor (potentialen är ca 50 miljoner, förutsatt att alla landsting klarar sina delar, samt att vi klarade ca 25 mkr 2013)

5.1.1 Balanskravet

Efter 2013 återstår enligt balanskravet totalt 187 mkr att återställa. Budget för planperioden 2013-2015 kommer inte att återställa det balanserade resultatet.

5.1.2 Framtiden - skräckscenariot

Om landstingets nettokostnader fortsätter att öka i samma takt som de senaste åren, d v s med minst 100 miljoner kronor per år och landstinget även återgår till den högre investeringstakt som rådde åren 2008 – 2011 (105 – 125 miljoner kronor per år), kommer landstingets ekonomi att utvecklas som i följande bild.



Inom fem år skulle landstinget då ha använt upp hela det egna kapitalet och det mesta av likviditeten och skulle därefter tvingas börja låna pengar för att täcka löpande utgifter. Landsting betraktas generellt som mycket kreditvärdiga låntagare på penningmarknaden, eftersom de har sin

beskattningsrätt. Det kan bli svårt att få ett bra kreditbetyg för ett landsting som inte kan visa upp att man har kontroll över utvecklingen av sin ekonomi och som dessutom har en minskande befolkning, med en allt större andel äldre att vårda. Alltså svårt att hitta placerare som vill låna ut sina pengar till Jämtlands läns landsting.

I bilaga finns fördjupad analys av landstingets kostnader och intäkter.

5.1.3 Läkemedel - styrförmåga

Utvecklingen inom läkemedelsområdet är snabb och delvis oförutsägbar.

Det finns kostnadsdrivande faktorer såsom ökad statlig styrning (nationella riktlinjer och OTIS OrdnaT Införande i Samverkan, SKLgrupp), många nya dyra läkemedel inom onkologin, vidgade indikationer för befintliga läkemedel, mera individuellt ”designade” läkemedel, en åldrande befolkning med krav på hög livskvalitet.

Vissa faktorer kan leda till minskade kostnader: patentutgångar, gemensam upphandling, diverse rabattsystem, mera användning av generika och biosimilars,

Hur ovanstående faktorer kommer påverka kostnadsutvecklingen kommande 10 åren går inte att säga. Våra möjligheter att påverka utvecklingen inom läkemedelsområdet är mycket små.

JLL har en nationellt sett mycket låg kostnad för läkemedel. Detta tack vare en välfungerande styrning inom området, under lång tid. Vår möjlighet att även framöver ha låga kostnader och hög kvalitet ligger i att bevara och utveckla befintliga strukturer för styrning inom läkemedelsområdet.

5.1.3.1 Strukturer för styrning

Läkemedel kommittén (LK) och styrgrupp läkemedel

En viktig faktor för den låga läkemedelsförbrukning kan tillskrivas LK som genom information, utbildning och analyser gett en medvetenhet om betydelsen av rationell läkemedelsanvändning.

Styrgrupp läkemedel är rådgivande till landstingsdirektören och har funnits några år och har mera fokus på slutenvårdens läkemedelshantering men har även en koppling till LKs arbete.

Styrgrupp läkemedels roll är omvärldsspaning, introduktion av nya läkemedel samt information om diverse regler och förändringar på läkemedelsområdet. Styrgruppen har en aktiv roll i uppföljning på läkemedelsområdet genom handlingsplan för läkemedel. Styrgruppen har fokus på ekonomin inom läkemedelsområdet.

LK har sitt fokus riktat mot primärvården. LK har även framöver en väsentlig roll i styrning av läkemedelsfrågor.

Styrgrupp läkemedel fungerar bra men har svårt att matcha de snabba besluten som krävs inom läkemedelsområdet. Varje centrum bör vara representerat eventuellt genom deltagande av flera linjechefer. Dock väsentligt att det finns gediget kunnande och intresse för läkemedelsfrågor i styrgruppen. Öka mandatet för styrgruppen och tydliggöra läkemedelsstrategens möjligheter att agera mera självständigt i läkemedelsfrågor som inte är kopplade till patientsäkerhet.

Introduktion av nya läkemedel

Nya läkemedel introduceras fortlöpande och fångas upp av landstingets system. En del av läkemedlen är av en sådan karaktär att de introduceras nationellt (OTIS) eller regionalt (ARIL). För dessa nya dyra läkemedel är det viktigt att regionala expertgrupper (under chefssamråden) har nått konsensus om indikationer för användning. Efter rekommendation från ARIL och Styrgrupp läkemedel fattas beslut i JLL om lokal användning. I nästa steg är det berörd verksamhetschef och av denna utsett MLU som introducerar och följer upp användningen inom det egna verksamhetsområdet. Förbrukning och indikationer rapporteras till Styrgrupp läkemedel 2 gångar per år. Styrgrupp läkemedel har i denna fråga en viktig roll att snabbt agera på regionala och nationella nyheter och också att följa upp att fattade beslut efterlevs.

5.1.4 Köpt vård

Analyser pågår specialitet för specialitet där man med ledning av 2010-2012 års kostnader per diagnosgrupp värderar vilka möjliga ”hemtagningar” som skulle vara möjlig att göra. Särskilda analyser kommer att ske under våren/sommaren för ställningstagande av Landstingsdirektören.

5.2 Omvärldsbeskrivning

5.2.1 Befolkningens utveckling 2012-2032 och påverkan på vårdkonsumtionen

Landstingets prognoser görs sedan i mitten av 1990-talet av Demografen i Lund. Prognoserna har genom åren visat sig vara mycket tillförlitliga på länsnivå, men mer osäkra på kommunnivå och än mer osäkra ju mindre kommunerna är[1].

Osäkerheten består i hög utsträckning av beräkningen av in- och utflyttningar, vilket är vanligast i gruppen under 65 år, och hänger samman med arbetsmarknaden. Däremot är prognosen för befolkningen 65 år och äldre mer tillförlitliga. Man kan säga att prognosen för utgifterna (de äldre) är säkra medan prognosen för inkomsterna (skattebetalarna) är mer osäker.

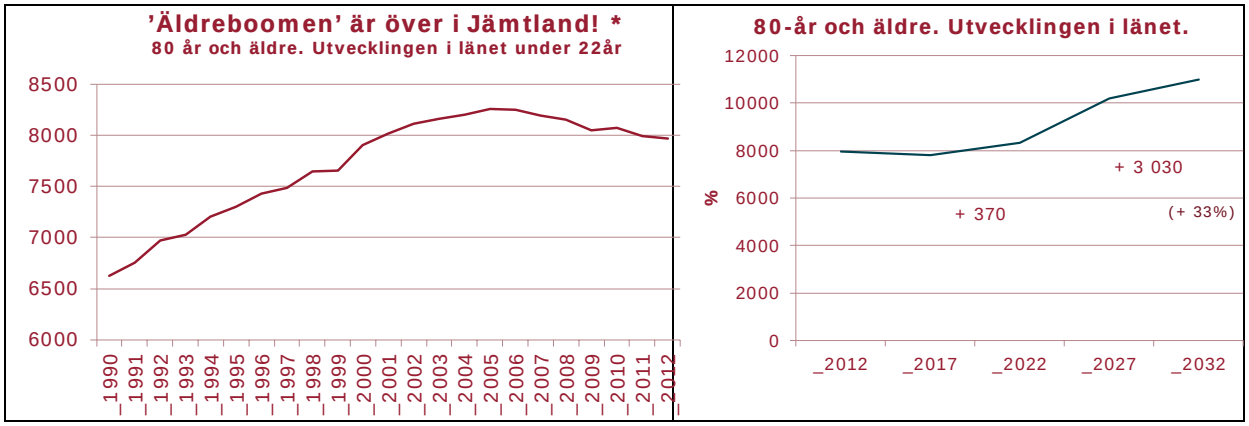
En osäkerhetsfaktor för prognoserna är den relativt stora flyktingmottagning skett under 2013[2].

Befolkningen i länet förväntas minska fram till 2032 med cirka 7 000 invånare. Detta innebär inte att sjukvårdsbehovet minskar i motsvarande grad. Eftersom det sker en förskjutning från yngre till äldre i befolkningen kommer vissa verksamheter att få en ökad efterfrågan, medan andra kan räkna med en minskning.

En stor minskning sker i åldersgruppen 25-69 år, med 8 000 inv.
Gruppen 70-79 år förväntas öka under periodens första hälft (2022) med 2 500 inv. och ligger därefter på ungefär samma nivå fram till 2032.
Gruppen 80 år och äldre ligger relativt stilla fram till 2022 men ökar därefter kraftigt med 3 000 inv. eller 33%.

[1] Prognoserna har 5 hörnstenar: Medellivslängden, Födelsetal, Flyttningar, Arbetsmarknad och Invandring.

[2] När flyktingen fått en mantalsskrivningsadress räknas hon in i den normala befolkningsstatistiken.



Det är nu några år en oförändrad volym 80-år och äldre i länet, men fr o m 2025 ökar andelen kraftigt igen.

5.2.2 Trender som kommer att påverka landstinget

Ledningsgruppen sammanfattar sin framtidsspaning i följande punkter som kommer att påverka landstinget de kommande tio åren:

- Mer avancerad sjukvård i hemmet
- Ökat patientinflytande och ökade krav från patienterna
- Vi lever längre, sjukdomar inträder i högre åldrar
- Medicinsk utveckling som ger möjlighet till mer avancerade ingrepp, åtgärder
- Nya organiseringslösningar – professionella team, samverkans över organisationsgränser
- Ökning av canceromhändertagande
- Fokus på egenvård – vårdpersonal som vägledare
- Standardisering – effektiva processer – mindre fel
- Nationella kluster med subspecialisering
- Ökad kommersialisering av vårdtjänster – ”konkurrenter”
- Försämrad försörjningskvot i länet
- Människans livsstil – alkoholvanor, kostvanor, fetmautveckling, mm
- Utveckling av psykisk ohälsa
- Ökade behov av att beakta jämställd och jämlik hälsa

Följande citat från Kairos Futures projekt Opinon Hälsa 2013-2014 visar också en bild som kommer att vara en realitet också för Jämtlands läns landsting:

”*Tänk dig en framtid där sammanflödet av fyra megatrender som den globaliserade, krävande, uppkopplade och helhetstänkande människan ska matchas med en femte viktig megatrend, de pressade vårdsystemen. En framtid under 2020-talet där en explosion i forskning, datainsamling och statistiska metoder har klargjort sambanden mellan hälsa, diet, vanor, genetik, hygien, motion och rörelse. En framtid där prevention och hälsofrämjande är viktiga komponenter även för den traditionella sjukvården.*
Med en exploderande hälsobransch, pressade finansieringssystem, en ständigt tilltagande individualism, högre förväntningar, mer ny kunskap och information än vad man kan ta till sig, befinner sig vårdbranschen och vårdsystemet vid en kritisk punkt. Lägg till detta en ökande internationalisering av människors vardagsliv och

ständigt nya influenser från världens alla hörn. Resultatet blir en mängd krafter som alla verkar samtidigt för att lösa upp tidigare gränser och kategoriseringar.
Välkommen till nätverkssamhället och morgondagens hälsokonsumtion."

5.2.3 Regional utveckling och regional utvecklingsstrategi

Jämtlands läns landsting har ansökt om att få överta det regionala utvecklingsansvaret fr o m 2015-01-01. Det innebär att organisationen då kommer att ha två huvuduppdrag – hälso- och sjukvård och regional utveckling.

Den regionala utvecklingsstrategin, (RUS)"Jämtland/Härjedalen 2030 – innovativt & attraktivt" är länets portaldokument som utgör basen för arbetet med konkreta mål och aktiviteter inom prioriterade områden för utveckling och hållbar tillväxt i länet. Strategin länkar samman de myndigheter, organisationer och aktörer som driver och verkar för utvecklingsfrågor. Strategin är vidare en grund för de program och planer som behöver utvecklas för att förverkliga de visioner och mål som anges i strategin. Det gäller allt ifrån strukturfondsprogrammen, innovationsstrategin, regionens kulturplan, strategin för besöksnäringen, ungdomsstrategin, länstransportplanen, integrationsstrategin, programmet för inflyttning etc. Det är i de dokumenten som länets mål preciseras och tidsätts.

I Regionala utvecklingsstrategins prioriterade område Socialt inkluderande och ett sunt liv anges följande övergripande mål 2030:

- Hälsa på lika villkor för hela befolkningen
- I Jämtlands län har alla lika förutsättningar oavsett funktionsförmåga
- Jämtlands län upplevs som landets tryggaste län
- En väl fungerande jämlik och jämställd social välfärd
- Hälso- och sjukvården erbjuder länsinvånarna högkvalificerad vård

I RUSen förtydligas vad som avses med vardera punkt och ansvaret pekas ut så här:

- Insatserna kommer i huvudsak att genomföras inom ramen för landstingsplanen, folkhälsopolicyn, integrationsstrategin, handlingsplan för jämställdhet.
- Landstinget, regionförbundet, försäkringskassan och arbetsförmedlingen liksom kommunal primärvård och socialtjänst är viktiga genomförare. Den enskilda anhörigvården liksom civilsamhällets aktörer har en central roll för uppnående av målen.
- Finansiering kan ske via EU:s fonder, nationella stödprogram samt offentlig finansiering.

5.3 Kompetensförsörjning

Med kompetensförsörjning avses att rekrytera, utveckla, behålla och avveckla kompetens. Landstinget eftersträvar mångfald i organisationen. Olikheterna bland landstingets medarbetare ska värdesättas och tillvaratas så att blandningen av kompetenser och erfarenheter skapar kreativa miljöer, ger nya infallsvinklar och fler perspektiv och därmed bättre resultat i verksamheten.

Faktorer som påverkar landstingets möjlighet att försörja organisationen med rätt kompetens är

- Befolkningsutvecklingen – *antalet gymnasieungdomar i länet minskar kraftigt fram till 2017.* Med samma utflyttningstakt minskar framtida rekryteringsunderlag och behovet av utomlänsrekryteringar ökar.
- Generationsväxlingen på arbetsmarknaden - *andelen som tillträder på arbetsmarknaden är lägre än de som avgår. Konkurrens om framtida arbetskraft.*
- Ökad efterfrågan på hälso- och sjukvård – *ökat vårdbehov och ökade möjligheter att diagnosticera och behandla.*
- Ekonomisk utveckling – *minskning av arbetskraften får konsekvenser för försörjningsbördan och förutsättningar för välfärdssystemet bl a sektorn för hälso- och sjukvård*
- Framtida hälso- och sjukvård – *vilket kompetensbehov finns utifrån framtidens hälso- och sjukvård*
- Kompetenssammansättning – *utvecklingen går mot högre och dyrare kompetens*
- Landstingets utbildningsuppdrag – *elever, studenter är landstingets framtida medarbetare. Hur kan landstinget erbjuda bra utbildning och uppfattas som en attraktiv arbetsgivare*
- Tillgång till utbildning/ nyutbildade – *hur anpassas utbildningsanordnarna sitt utbud till branschens behov*
- Migration – *inflyttning till länet av hälso- och sjukvårdspersonal utbildade i annat land är marginell. Däremot finns det ett stort intresse för arbete från framförallt läkare ifrån annat land.*
- Lagstiftning – *landstinget har att förhålla sig till LAS och Socialstyrelsens regelverk*
- Privata arbetsgivare inom branschen

Områden inom kompetensförsörjning som ingår i handlingsplanen

- **Kompetenskartläggning** d vs vilket kompetens finns och vilken kompetens behövs
  - Kompetenssammansättning, bemanningsmål mm
- **Prognosarbete som utmynnar i aktiviteter kring**
  - Påverka så att det finns ett utbildningsutbud som motsvarar verksamhetens behov
  - Skapa bra utbildningsförhållanden för medarbetare under utbildning, studenter, elever.
  - Bemanning, kompetenssammansättning och rekrytering
  - Kompetensutveckling
  - Omställning – Avveckling
  - Intressera unga för en utbildning och framtida arbete i landstinget

Kompetensförsörjningsbehov

För att få en ungefärlig uppfattning om framtida behov så kan man utgå ifrån ett rekryteringsbehov på ca 270 personer per år och för hela landstinget. Beräkningen är gjord

utifrån en personalomsättning på 7 % (anses normal), och att antalet anställda är oförändrade och alla som slutar ska ersättas. Antalet anställda har inte så stor variation över tid men däremot har kompetenssammansättningen förändrats mot en högre och dyrare kompetens.

Samma beräkningsgrunder fördelade på det stora yrkesgrupper inom hälso- och sjukvård inkl tandvård och som bedöms vara framtida bristyrken* ger rekryteringsbehov enligt följande :

Befattning	Årligt rekryteringsbehov baserat på en genomsnittlig personalomsättning 7 % (förutom läkare)
Sjuksköterska inkl barnmorska och biomedicinsk analytiker	90
Undersköterska inkl bitr, sköt	65
Specialistläkare, distriktsläkare och överläkare beräknat **på 10 % omsättning**	30
Läkare totalt (ej icke leg underläkare)	45
Läkarsekreterare	15
Tandläkare	7
Tandsköterskor/tandhygienister	10

*Prognos från Högskoleverkets och Prognosinstitutets prognos

På regional/lokal nivå har landstinget dessutom brist på psykologer, radiologer, kliniska fysiologer, patologer

Grundläggande för att kunna prognostisera landstingets framtida behov av kompetens är att kunna beskriva verksamhets behov. Pensionsavgångar och personalomsättning är en del i detta men det sker en ständig utveckling inom hälso- och sjukvården, vilka krav ställer det på kompetens? Vilken kompetenssammansättning är optimal för att uppnå bästa medicinska resultat och kostnadseffektivitet.

Stödprocesser för kompetensförsörjning

För att uppnå en långsiktig kompetensförsörjning är det viktigt med

- Arbetsmiljö som skapar förutsättningar för ett hållbart arbetsliv
- Anställningsvillkor som är konkurrenskraftiga
- Ledarskap som tar tillvara och utvecklar medarbetares kompetens

5.4 Förebyggande hälso- och sjukvård

Det hälsofrämjande- och sjukdomsförebyggande arbetets potential[3]

Den dominerande orsaken till flera allvarliga sjukdomstillstånd och förtida död består numer av icke-smittsamma sjukdomar. Icke-smittsamma sjukdomar samlas under diagnoser som cancer, diabetes typ-2, hjärt-kärlsjukdomar samt vissa typer av psykiska sjukdomar. Merparten av de icke-smittsamma sjukdomarna är relaterade till fyra vanliga riskfaktorer. Dessa är tobaksrökning, riskfyllt alkoholbruk, fysisk inaktivitet och ohälsosamma matvanor. År 2010 dog 34,5 miljoner människor av icke-smittsamma sjukdomar i världen (Lozano, R. 2012). Kostnaderna för sjukdom, relaterade enbart till rökning, beräknas uppgå till drygt
100 miljarder euro sett till samtliga EU:s medlemsländer. I Sverige uppgår de årliga samhällskostnaderna, orsakade av ohälsosamma levnadsvanor med tillhörande sjukdomstillstånd, till 51 miljarder kronor varje år (Statens Folkhälsoinstitut, 2010). Enligt flera beräkningar kan man, genom att påverka människors levnadsvanor, förbygga mer än
70 procent av diagnoserna kolon cancer, stroke, kranskärlssjukdom och typ-2 diabetes (Willet, WC. 2002).

Över 300 000 barn i Sverige har övervikt och fetma. Övervikt och fetma i tonåren innebär mycket stor risk för bestående fetma i vuxen ålder (Guo, S.S. 2002). Risken för övervikt och fetma är högst bland barn där båda föräldrarna har fetma. Bland dessa har 45 procent av barnen övervikt och 15 procent fetma. Föräldrarnas viktproblematik är ett resultat av deras livsstil som de delar med sig av till sina barn.

Hälsan i Sveriges befolkning varierar, dels mellan olika orter i landet, dels mellan befolkningsgrupper. De socioekonomiska förhållandena har stor betydelse för hälsans utveckling. Ett exempel är att dödligheten i hjärt-kärlsjukdom bland kvinnor med endast grundskola var 120/100 000 jämfört med 47/100 000 bland kvinnor med eftergymnasial utbildning (Socialstyrelsen, 2009).

Med utgångspunkt från aktuella data avviker inte Jämtlands län avseende framtida hälsoutmaningar. Den fysiska inaktiviteten bland medborgarna är omfattande liksom konsumtionen av tobak, riskbruk av alkohol och ohälsosamma matvanor. En stor andel av personer med ohälsosamma levnadsvanor i Jämtlands län uttrycker dock att de önskar stöd för att förbättra sina levnadsvanor. Till exempel önskar 3 000 av länets cirka 11 000 rökare stöd för att sluta röka. Ungefär 46 000 av länets medborgare uppger att de inte når upp till den

---

[3] Referenser

Guo, S.S., et al *Predicting overweight and obesity in adulthood from body mass index values in childhood and adolescence.* Am J Clin Nutr, 2002. 76(3):p. 653-8.
Johansson, A. (2013). *Ekonomiska besparingar i landstingen genom mera hälsosamma levnadsvanor – en studie baserad på Jämtlands län.*
Lozano, R., et al. *Global and regional mortality 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Diseases Study 2010.* Lancet 2012; 380:2095-128.
Socialstyrelsen. (2009). *Dödsorsaker.* Stockholm: Socialstyrelsen.
Statens Folkhälsoinstitut. (2010). *Folkhälsopolitisk rapport.* Östersund: FHI.
Weylandt, R. (2010). *Hälsa på lika villkor. Rapport för Jämtlands län 2010.* Östersund: Jämtlands läns landsting, Folkhälsocentrum.
Willet, WC. *Balancing life-style and genomics research for disease prevention.* Science 2002;296:695698.

rekommenderade nivån av daglig fysisk aktivitet. Av dessa önskar 12 000 stöd för att öka sin dagliga fysiska aktivitet (Weylandt, R. 2010) .

En slutsats av detta är att Jämtlands läns landsting har goda möjligheter att stödja sina medborgare till hälsosamma levnadsvanor och därmed kraftfullt förebygga framtida sjukdomar och omfattande kostnader. En nyligen genomförd hälsoekonomisk studie, med utgångspunkt från hälsosituationen i länet, visar att betydande besparingar av hälso- och sjukvårdskostnaderna kan göras genom verkningsfulla sjukdomsförebyggande insatser. Genom att effektivisera nuvarande åtgärder med endast en procent beräknas Jämtlands läns landsting kunna åstadkomma en ekonomisk besparing med upp till 8 miljoner kronor per år (Johansson, A. 2013).

Utvecklingsuppdrag i primärvården[4]

Inom primärvården i Jämtlands län har man med olika medel försökt stimulera det sjukdomsförebyggande arbetet utan att riktigt lyckas. Framförallt har det varit svårt att mäta effekterna av de olika tillämpade metoderna, då det har förekommit brister i utvärderings- och uppföljningsarbetet. I syfte att förbättra det sjukdomsförebyggande arbetet inom primärvården presenterades och beslutades en ny modell 2011 (Weylandt, R. 2011).

Modellen utgörs av två delar. Ett grunduppdrag som hela primärvården tar gemensamt ansvar för och ett utvecklingsuppdrag där hälsocentraler kan välja en aktivitet utifrån lokala förutsättningar. Utgångspunkt för det sjukdomsförebyggande arbetet är Socialstyrelsens nationella riktlinjer och tillgänglig vetenskap samt beprövad erfarenhet. Grunduppdraget omfattar levnadsvanorna tobaksbruk, riskbruk av alkohol samt otillräcklig fysisk aktivitet. Det sjukdomsförebyggande arbetet ska genomföras inom ramen för begreppet god vård. Syftet med utvecklingsuppdragen är att förbättra det sjukdomsförebyggande arbetet samt att sprida information och kunskap om dess metoder och effekter. Utvecklingsuppdrag kan göras som en särskild satsning på någon av grunduppdragets levnadsvanor eller kompletteras med annan sjukdomsförebyggande åtgärd som bedöms värdefull utifrån perspektivet ”förhöjd risk för framtida sjukdom på grund av ohälsosamma levnadsvanor”. Ett utvecklingsuppdrag kräver en projektplan som besvarar frågorna: vad som ska göras, hur uppdraget ska genomföras, vilka effekter förväntas och hur dessa mäts samt resursåtgång. Gemensamt för både grund- och utvecklingsuppdrag är att effektutvärderingar genomförs. Sedan starten 2012 har
23 utvecklingsuppdrag genomförts/påbörjats i Jämtlands län.

Implementeringsarbete av Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder[5]

---

[4] Weylandt, R. (2011). *Utredning för det sjukdomsförebyggande arbetet i primärvården.* Östersund: Jämtlands läns landsting, Folkhälsocentrum.

[5] Referenser

Johansson, A. (2013). *Ekonomiska besparingar i landstingen genom mera hälsosamma levnadsvanor – en studie baserad på Jämtlands län.*

Kristensson, M. (2011). *Hur kan hälso- och sjukvårdens insatser utvecklas för att minska sociala skillnader i hälsa?* Socialmedicinsk tidskrift, 4:2011.

Hälso- och sjukvården har stor betydelse för den långsiktiga hälsoutvecklingen genom sin specifika kompetens, breda kunskap och stora kontaktyta gentemot befolkningen (Regeringen, 2002). Hälso- och sjukvården är också den enda aktör som har ett uttalat uppdrag att förbättra människors hälsa (Kristensson, M. 2011). Hela hälso- och sjukvården ska genomsyras av ett hälsofrämjande perspektiv och detta ska vara en självklar del i all vård och behandling (Socialstyrelsen, 2011). Att erbjuda effektiva sjukdomsförebyggande insatser innebär ett väl utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser och är efterfrågat av befolkningen. Detta kan även leda till besparingar i form av minskade sjukvårdskostnader för levnadsvanerelaterade sjukdomar (Johansson, A. 2013). Socialstyrelsen publicerade 2011 Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder vilka Jämtlands läns landsting beslutat ska implementeras. Arbetet med implementering av riktlinjerna pågår. Uppgiften är att skapa en nulägesbeskrivning, identifiera patients väg i hela vårdkedjan, presentera hur och av vilka det sjukdomsförebyggande arbetet ska följas upp samt beskriva behov av kompetens- och metodstöd för ett effektivt sjukdomsförebyggande arbete.

5.5 Lean

5.5.1 Lean i landstingets ledningssystem

Ledningssystemet

Regeringens proposition 2002/03:35. (2002). *Mål för folkhälsan.*

Socialstyrelsen. (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor – stöd för styrning och ledning.* Stockholm: Socialstyrelsen

Landstingets ledningssystem är allt som landstingets politiker och personal beslutar, utför och lagrar (landstingsplan, LD verksamhetsplan, centrumplaner, bokslut, rutiner, vårdprogram, information etc). Oavsett hur vi gör det, bra eller dåligt, så utgör det vårt ledningssystem. I ledningssystemet finns styrande dokument med bl.a. mål, regler och rutiner för hur verksamheten ska bedrivas samt resultatredovisning. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) beskriver vad ett strukturerat ledningssystem skall innehålla och JLL har valt att strukturera ledningssystemet efter verktyget EFQM (Europeen Foundation of Quality Management).

Verksamhetsstrategi
En verksamhetsstrategi förverkligar själva verksamhetsidén (eller syftet) i en organisation. Den beskriver inte VAD organisationen skall göra men HUR organisationen skall göra det. Leans principer utgör grunden i landstingets verksamhetsstrategi och huset med dess beståndsdelar beskriver därför hur alla som arbetar eller har något uppdrag i landstinget skall ta sig an uppgiften att förverkliga Landstingsplanen.

5.5.2 Produktions- och kapacitetsplanering

I Leans principer finns begrepp som är väsentliga för hur en organisation löser sina uppgifter. Flödeseffektivitet är ett centralt begrepp och mäter effektiviteten för en tjänsts väg genom organisationen, i detta fall närmast patientens väg. Flödeseffektivitet är starkt kopplat både till tillgänglighet, kvalitet och ekonomi och ett av de verktyg som används med goda resultat är produktions- och kapacitetsplanering. Här utgår man alltid från vad som är bäst och effektivast för patienten/kunden och planerar befintliga resurser utifrån det, inte det omvända.

5.5.3 Effekter av Lean

Studier har genomförts av sjukvårdsorganisationer som har arbetat med lean under längre tidsperspektiv bl a Södersjukhuset, Oslo universitetssjukhus, Capio S:t Göran Skånes universitetssjukhus m fl .

I de analyser som har gjorts dras slutsatserna att det har bidragit till förbättrat värde för kunden/patienten, förbättrat samarbetet, lägre arbetsbelastning och ökad kreativitet. Lean har även bidragit till förbättrade flöden/processer och minskat slöseri och förbättrad kostnadseffektivitet. Angående den psykosociala arbetsmiljön har det framkommit olika resultat vid studier, både positiv och negativa.

Förutsättningar för positiva resultat har varit ledningens stöd och medarbetarnas engagemang. Hur implementeringsarbetet genomförts har varit avgörande för resultaten.

5.5.4 Vad krävs för ett långsiktigt Leanarbete?

Forskning och erfarenheter visar att om man ska ändra arbetssätt och en sedan länge uppbyggd arbetskultur tar det lång tid. Att ändra ett arbetssätt eller en rutin till att bli ett accepterat bland alla medarbetare kan enligt SKL ta mellan 2-4 år. Att då ändra hela hälso- och sjukvårdens arbetssätt torde ta ännu längre tid. Det är också sannolikt svårt att följa och veta när det faktiskt är ändrat då det hela tiden sker små förändringar och ingen stor förändring under kort tid.

För att kunna vara uthållig och långsiktig krävs det insatser inom flera olika områden;

- Värdegrund - En av de viktigaste erfarenheterna som påvisats är att ha en stabil värdegrund att bygga ett ändrat arbetssätt på. Den värdegrunden ska vara känd och synlig, diskuteras och alltid vara tydlig i arbetet. Den verksamhetsstrategi som landstinget under 2012 och 2013 arbetat fram behöver användas i olika sammanhang i verksamheten.
- Centralt stöd - Det kommer sannolikt att under lång tid behövas en styrgrupp och centralt placerade medarbetare som kan hålla ihop leanarbetet
- Kompetensutveckling - Politiker, chefer, leancoacher, medarbetare
- Utvecklat chefs- och ledarskap - Enligt leans principer
- Metodstöd till verksamheten - Leancoacher, utbildning i verktygslådan
- Engagemang och uppskattning - Arrangera lokalt Lean Forum årligen, delta i Lean Forum nationellt årligen samt arrangera Lean Forum nationellt inom 8 år
- Forskning och utveckling - Samarbete med MIUN långsiktigt för att kunna erhålla ny forskning och nya rön.

5.6 Teknisk utveckling

Utvecklingen inom eHälsa och IT-området går snabbt och det är svårt att förutse vilken utveckling som kommer att ske under planperioden. Några trender är dock tydliga:

- **Patienters IT-mognad ökar** - allt fler använder Internet för att söka efter information om hälsa och medicin. Sökandet av information ställer också större krav på tillgång till relevant och uppdaterad information på Internet.
- **Mer aktiva patienter och ökad insyn** - utbudet av hälsoinformation, egenvårds- och behandlingsråd samt interaktiva tjänster via Internet utvecklas snabbt och kommer sannolikt att i allt större utsträckning påverka kunskaper, efterfrågan och nyttjandet av traditionella hälso- och sjukvårdstjänster.
- **Sociala medier –** i patienternas krav på information och kommunikation utgör sociala medier en allt mer viktig kommunikationskanal.
- **Fortsatt snabb IT-utveckling** - utvecklingen av system går snabbt och det är omöjligt att sia om vad som kommer att finnas om 10 år. Allt mer kommer att ske via trådlös uppkoppling. Pekplattor och Smartphones blir en del av infrastrukturen. Detta kommer att påverka utbud av tjänster och den allmänna utvecklingen av IT-baserade tjänster.
- **Ökad IT-mognad hos framtida medarbetare -** en attraktiv arbetsgivare måste ligga i framkant när det gäller IT-utvecklingen.
- **Kunskapsutveckling** – lösningar för forskning och interaktion i forskning, distansutbildning, erfarenhetsutbyte behöver nyttjas i större utsträckning.

- **Processtyrning i vården -** utveckling inom eHälsa och IT ger nya förutsättningar för utveckling av kvalitet, effektivitet och service i verksamhetens processer.
- **Patientflöden** - möjligheter att kunna följa patientens väg genom vården utan hinder av organisatoriska gränser så att information kan utbytas mellan olika huvudmän och utförare på ett säkert och effektivt sätt.
- **Digitala utvärderingssystem** – möjligheter till en sammanhållen uppföljning av verksamheternas kvalitet och effektivitet samt av individens egen bedömning av insatserna. Verktyg för ledning att kunna förbättra beslutsfattande

Den oerhörda teknikutveckling som ägt rum senaste decennier ger möjligheter till stora förbättringar inom avståndsoberoende teknik. En del förbättringar finns ex multidisciplinäre romdar via internet., NPÖ, radiologi via nätet och vissa patientkonsultationer med webbkamera.

Utvecklingen av E-hälsa verkar inte ha utvecklats i samma takt som teknologiutvecklingen. Framstegen har ofta varit beroende av eldsjälar. Denna eftersläpning beror sannolikt på viss skepsis både inom vården som hos patienterna. Välfungerande tjänster bygger också på välfungerande strukturer och modeller ekonomisk ersättning..

Nya generationer har en ändrat attityd till sjukvården. Allt flera vardagsproblem professionaliseras i onödan och hjälpen skall ske här och nu. En följd av detta är det ökade söktrycket på våra akutmottagningar.

Samtidigt som det finns en stor grupp vårdsökande med relativt enkla problem men som tack vara sin mängd kräver en del resurser finns en liten del mycket svårt sjuka patienter som behöver en stor mängd av vårdens resurser.

Inom EU pågår försök och utveckling av robotteknologi inom flera länder. Robotar bedöms vara en del av framtida vård- och omsorgsverksamhet. Redan idag finns robotar som assisterar vid operationer. Assistans vid ingrepp som ska utföras är en roll som förutses, andra roller är inom rehabilitering och övervakning. Utveckling av handrobotar pågår inom EU och en implikation är *" "If we manage to imitate human dexterity, then we can imagine robots that will be capable to work alone in dangerous environments, such as nuclear objects or space. And much closer to home, we could have robotic assistants able to help elderly or disabled people, who may need such support and some company," suggests Perdereau."* .(projekt Handy)

En robot kan även användas vid träning och logistik, dvs. roboten sköter transporter av olika slag och kan även sköta lyft. En transportrobot kan närmast liknas med den förarlösa bilen.

EU stödjer via sitt stora ramprogram

I Danmark samarbetar flera företag och universitet i www.welfaredenmark.dk om att utveckla ny teknik för välfärdssektorn. Rehabilitering på egen hand med stöd av ett dataprogram och kamera finns framtaget och används av 25 kommuner i Danmark. Utveckling av teknologi som gör att datorn kan analysera data från "individer" och utifrån resultatet kommunicera med personen. I dess enklaste form finns det redan idag i vissa applikationer, men fullt utvecklat skulle det kunna stödja personen att byta levnadsmönster. (projekt Companion).

Parallellt pågår en utveckling mot biochips som klarar att scanna tusentals biokemiska reaktioner i kroppen och dessa data kan sedan användas. Utveckling av biosensorer som kombinerar biologiska elementdata med fysiologiska dataobservationer.

EU inriktar sig på att stödja infrastrukturutvecklingen och planerar för mycket snabba optiska motorvägar som skapar möjligheter till framtida tjänster på ett annat sätt. Med hänsyn till den utveckling som skett de senaste åren när det gäller utbyggnaden av fibernätverk så är det rimligt att anta att nya snabbare nät inte är allt för långt borta. Ny teknologi visar dock att nya nät inte behöver bli dyrare då arkitekturen kan ändras. EU satsar även på nya säkerhetslösningar.

EU satsar på att ta fram intelligenta system som kan analysera multiparametrar data och tendensen kring att använda många datakällor till för analys kan även iakttas i annan samhällsanalys. Möjligheter till att bättre simulera utfall och därmed skapa den digitala patienten skapas med snabbare nät som möjliggör ett utbyte av olika sorters data. Genom att använda exempelvis beteende- och kognitiva data kan upptäck för risk förkortas med upp till 10 år.

EUs satsningar på e-hälsa området har; fokus är på

- Innovativa instrument, verktyg och metoder för att frigöra värdet av data och för avancerade analyser, diagnoser och beslutsfattande.
- Nya digitala medier, webb- och mobilteknik och -applikationer samt digitala instrument som integrerar hälso- och sjukvård och sociala omsorgssystem och stöd för främjande och förebyggande av hälsa.
- e-hälsosystem och -tjänster med ett kraftigt användarengagemang som fokuserar på interoperabilitet och integrering av kommande patientinriktad teknik för en kostnadseffektiv hälso- och sjukvård.

Medicinsk Teknik går mot mer teknikintensiv utrustning/mer resurskrävande, kombinationer av modaliteter + mer datakraft fortsätter att ge förbättrade diagnosmöjligheter (PET-CT,Pet-MR, 3D visualiseringar osv.) På nuklearmedicinsidan kommer cyklotroner att bli mindre och tillverkning av PET-spårämnen kommer då att kunna ske på mindre enheter. Det är troligt att PET-kamera i Östersund kommer att diskuteras inom det aktuella tidsintervallet liksom fler och mer avancerade MR.

Regionalisering (samverkan med bl.a. NUS) påverkar teknikutvecklingen inom JLL. Nya nationella riktlinjer inom specifika områden pekar alla mot att vi (förutom tätare uppföljningar med avancerade metoder) kommer att ha allt mer multidiciplinära ronder och sannolikt bedriva mer diagnostik på distans, inte bara inom BFM utan också labmedicin. Utbyggnad på IT-sidan kommer att behövas för detta.

Metoder och teknik som finns på våra universitetssjukhus implementeras på våra Länssjukhus efterhand som kompetens och kostnadsbild medger. Större investeringar i byggnationer krävs.

Specialisering med framkantsteknik kommer sannolikt att koncentreras till Regionala centra

Lokalbehoven kommer att förändras. Expansion av modaliteter och ändrade behov för lokala röntgenronder i kombination med att röntgen redan nu är fysiskt begränsade innebär krav på en sjukhusövergripande planering för hela sjukhuset.

Vård på distans. Norr-landstingen med dess stora områden kommer sannolikt på sikt att hamna utanför sjukhusmiljö i hemmet vilket ställer nya krav på MT.

Resurseffektivitet kontra flödes effektivitet med patienten i centrum kan komma att leda till generellare kombinationsutrustningar inom MT.

Möjliga teknik områden nedan kopplade mot ovanstående perspektiv.
- MR, Ultraljud, övervakning, labmed, elektromedicin, nukleärmedicin, vård på distans
- Kirurgi (förfiningar , kombinationsmodaliteter ger högre precision, non-invasiva metoder)

Den utvecklingstrend som är starkast på marknaden är en tydlig inriktning mot processtöd och aktivitetsdrivet IT-stöd i vården. Det är ett fokus på att information och vårddokumentation i olika media ska kunna nås omedelbart av alla involverade i vården av patienten. Möjlighet till multiprofessionell samverkan i vårdprocessen. Möjlighet att ”bygga in” behandlingsriktlinjer i systemen som t ex förslag på diagnostik, behandling och ordinationer genereras automatiskt baserat på historisk och ny information om patienten. Interaktiva beslutsstöd med tillgång till de senaste rönen och evidensbaserad information kring patientens diagnos tillgängliga direkt vid vårdtillfället. Aktiva påminnelser och automatiskt genererad dokumentation av vårdepisoder. Automatiserad läkemedelshantering med ordinationsstöd vid besök, inskrivning och vårdtillfällen.

Se ytterligare information om förväntad teknisk utveckling i bilaga.

5.7 Lokalförändringar

En grundförutsättning för diskussionerna kring investeringar är att det finns faktorer som talar för en fortsatt svag utveckling av landstingets intäkter en lång tid framöver. Det är därför viktigt att investeringar i lokaler bidrar till landstingets totala nytta för vården. Det kan dock vara en parameter som inte kan räknas hem i minskade kostnader eller ökade intäkter utan är en förutsättning för en fortsatt utveckling av vården.

Det är troligt att trots stora satsningar i samhället på förnyelsebar energi kommer priset på energi stiga och den starka ekonomiska utvecklingen i världens tillväxtländer medför fortsatt stor efterfrågan. För landstingets del innebär det högre kostnader för vårt energibehov. Det är därför av stor vikt att vi fortsätter vårt framgångsrika arbete med att investera för att minska vår energianvändning samt att fortsätta att se över vår försörjning av alternativa energikällor typ sol och vind.

Förutom ovanstående faktorer, innehåller den riskbedömningsrapport som tas fram varje år av World Economic Forum, två faktorer som bedöms vara relevanta för landstinget vid fastighetsinvesteringar, nämligen antibiotikaresistenta bakterier och pandemier. Riskbedömningsrapporten baseras på en rangordning av sannolikheter och konsekvenser som görs varje år av 1 000 beslutsfattare och forskare från hela världen.

Landstinget har några få tomma lokaler ute i länet i form av enstaka mindre utrymmen i byggnader som används i övrigt. På sjukhuset finns inga lokaler som inte brukas. Delar av gamla BUP-huset på Lugnevägen används ej för tillfället på grund av inneklimatproblem medan några delar nyttjas för konferenser och utbildning.

I § 84 Nytt sjukhus (LS/588/2009) som beslutades vid landstingsfullmäktige 2013-04-16/17, angavs att kostnaden för ett nytt sjukhus som etablerat utanför staden till ca 5 miljarder kronor och kostnaden för utveckling av befintligt sjukhus till ca 2 miljarder. Beslutet innebar att befintligt sjukhus ska utvecklas på befintlig tomt för att möta vårdens krav på ändamålsenliga lokaler i ett 50-årsperspektiv. Den aktuella kostnaden på ca 2 miljarder medför ökade kostnader för avskrivningar och räntor på uppskattningsvis 150 miljoner kronor per år. Utveckling och byggande av nya lokaler på och intill befintligt sjukhus är en förutsättning för fortsatt patientsäker vård. Utökade lokalytor i direkt närhet av befintliga byggnader ger möjlighet till en betydligt effektivare verksamhet.

Arbete med en långsiktig utvecklingsplan för landstingets totala fastighetsbestånd pågår och ska vara klar 20141231.

I bilaga görs en översiktlig genomgång av läget i landstingets alla fastigheter.

6 UTVÄRDERING OCH REVIDERING

Planen ska revideras minst en gång var 4.e år, dvs under första året av respektive mandatperiod.

En första revideringen ska ske redan 2015 beroende på:
- ny mandatperiod,
- förändring till region fr o m 20150101
- det är första gången denna typ av plan görs – erfarenheter vinns som bör hanteras
- många av förslagen handlar om utredningar

7 UPPFÖLJNING AV DENNA PLAN

Ekonomiutskottet och Landstingsstyrelsen ska i samband med delårsbokslut och årsbokslut få uppföljning av läget i arbetet enligt denna plan.

Jämtlands Läns Landsting

Bilaga till Långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning

- **Teknisk utveckling**
- **Fastigheter**

Version: 1

Ansvarig:

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.	2014-04-10	Nyutgåva		

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 TEKNISK UTVECKLING 4
1.1 Vad som måste införas inom närmaste 5-10 åren 4
1.2 Vad som knappast är infört om 10 år 6
2 FASTIGHETER 6
2.1 Lokaler för primärvården 6
2.1.1 Östersunds kommun 6
2.1.2 Hälsovård i övriga länet 8
2.1.3 Lokaler för Folktandvården 9
2.1.4 Sjukhuset 9
2.1.5 Övriga lokaler 10

1 TEKNISK UTVECKLING

1.1 Vad som måste införas inom närmaste 5-10 åren

Landstingens gemensamma finansiering nyttjas idag till stor del till drift och förvaltning av tjänsterna, vilket medfört att utvecklingstakten bromsat upp. Planerad utveckling de kommande åren har stort fokus på invånartjänster, men omfattar även andra lösningar som t ex:

Invånartjänster:
- fortsatt utveckling av 1177-konceptet
- Mina hälsotjänster t ex kontakter med vården, boka besök, följa status på remisser
- Journal på nätet, läsa egen vårddokumentation, resultat och värden från provtagningar och undersökningar, vaccinationer, intyg mm

- Införa rutiner och teknik som möjliggör kontakt med vården via digital(ex video och chat) ifrån hemmet

- Överbrygga organisatoriska hinder mellan kommunal äldrevård och landsting

- Fastställa processer för de nya frågor som uppstår vid införande av ny teknik, med det avses betalningsströmmar, journalåtkomst, patientekonomi

Vårdtjänster:
- Nationell ordinationsdatabas (NOD)
- ytterligare informationsmängder till patientöversikten NPÖ
- utökat informationsutbyte avseende vårdens intyg
- nationell eRemiss

Infrastruktur – utveckling mot större informationsmängder och mobilitet, anpassa JLLs nät till 5G standard.

Sedan några år tillbaka pågår även olika EU-samarbete inom eHälsa t ex epSOS som omfattar utveckling och pilotdrift av gränsöverskridande vårdtjänster (patientöversikt och e-recept) mot målet ökad patientsäkerhet och trygghet vid vård i annan medlemsstat.

Nyttjandet av kvalitetsregister kommer vara rutin inom några år och kommer på sikt att kopplas ihop med mikrodata från bio-chip och bio-sensorer.

Distansoberoende tjänster
Avståndsoberoende tjänster bör utvecklas så patienterna slipper förflytta sig 10 tals mil för att kort besök hos en sjukhusspecialist. Även behandling bör i viss mån också utvecklas (ex logopedi och sjukgymnastik). Att de flesta möten och föreläsningar erbjuds i e-form torde vara en självklarhet inom några år

Med avståndsoberoende tjänster kan JLLs specialister konsultera andra specialister där de finns inom (och utanför) landet. Liknande projektet bedrivs f.n. i Västerbotten inom glesbygdsmedicin.

För patienter med enklare problem eller med, för vården välkända sjukdomar, bör behandlingen så långt det går standardiseras för att kunna använda ”Leankonceptet” och minska variabiliteten. Kan användas inom ramen för utvecklingen Cosmic eller andra IT-lösningar.

Teknikutvecklingen inom rehabiliteringsområdet är idag framåt och träningsprogram finns färdiga att använda och utveckling pågår för mekaniska robotdräkter och kroppsdelar.

Distansoberoende tjänster bör även innehålla utvecklade möjligheter till distansarbet, vilket också kan underlätta rekrytering.

Kognitiva hjälpmedel och andra nya hjälpmedel
Kommunikation/kognition handlar inte bara om att göra sin röst hörd och traditionellt minnesstödjande hjälpmedel. Det kan också ske via teknisk utrustning, såsom ex surfplattor, smartphones och olika tekniska produkter för omgivningskontroll. Hjälp att få möjlighet att styra vardagsteknik i sin omgivning med t.ex. telefon, tv, lampor, musikanläggningar, porttelefoner, mm. är viktiga bidrag till ökad självständighet. Förskrivningarna kommer på sikt att öka i takt med ökad kunskap och teknikutveckling

Nya tekniska lösningar kommer troligen också att ge möjligheter till andra nya hjälpmedel. Hela hjälpmedelsområdet behöver en översyn inom en snar framtid utifrån den tekniska utvecklingen. Översynen behöver innehålla genomgång av sortimentet, grunderna för hjälpmedlen och avgifterna.

Rörelsebegränsningar
Nytt funktionellt hjälpmedel (dräkt) för medborgare med spasticitet och felaktig muskelspänning har kommit på marknaden och beräknas få stort nationellt genomslag. Hjälpmedlet hjälper användaren att återfå kontroll över muskelspänningar etc. Finns inte i hjälpmedelssortiment i dag, men kommer sannolikt att inom kort efterfrågas via särskilt hjälpmedelsbeslut. Hjälpmedlet kommer att bli aktuellt för personer inom olika diagnosgrupper, såsom stroke, cerebral pares, MS, Parkinson, ryggmärgsskador eller andra neurologiska skador. Hjälpmedlet kan också användas vid rehabilitering av kronisk smärta. Viktigt att sjukvårdshuvudmän beslutar om inriktningsmål för denna typ av hjälpmedel i en snar framtid.

Övervikt
Andelen överviktiga medborgare i samhället ökar. När och om behov av hjälpmedel uppstår krävs andra och typer av produkter utanför sortiment. Dessa är också dyrare än ordinarie produkter i sortimentet.

Ovanstående kommer få betydelse för både jämlik vård och kostnader för arbetstid och resor

1.2 Vad som knappast är infört om 10 år

Att huvudparten av enklare vårdproblem sköts utan att involvera sjukvårdspersonal i fysisk bemärkelse . Detta genom att utveckla egenvården och bygga ut e-hälsotjänster typ 1177 .

Även mobil-applikationer borde kunna vara användbara. Kvalificerade beslutssystem

Om/när detta lyckas kan sjukvårdens resurser frigöras till de svårast sjuka patienter som behöver hele den komplexa organisationen som vården utgör. Digitala hälsocentraler

Ovanstående har mycket stort potential men kräver både ett förändrat synsätt på vården och en utveckling av ”selvservice”-tjänster

Det är tveksamt om robotutvecklingen kommit så lång att den ersätter personal för övervakning och lyft vid avdelningar.

2 FASTIGHETER

2.1 Lokaler för primärvården

2.1.1 Östersunds kommun

Idag finns sju lokaler avsedda för primärvård i kommunen, sex av dessa är i hyrda lokaler medan en ligger i en fastighet som vi äger. Till alla lokaler utom Brunflo kan man åka kollektivt eller färdtjänst och nästan alla har acceptabla parkeringsmöjligheter för bil i närheten.

- **Frösö Hälsocentral**

Det är en väl fungerande lokal som vi hyr av Diös.

Lokalen ligger lite avigt till på gamla sjukhusområdet Frösö Strand och många besökare som ska dit måste byta buss om man inte åker bil.

- **Lugnviks Hälsocentral**

Det är en väl fungerande lokal som vi hyr av bostadsrättföreningen Lugnvik Centrum. Landstinget är minoritetsägare i bostadsrättföreningen och Östersunds kommun är dominerande ägare. Många i Lugnvik har gångavstånd till lokalen medan de som bor uppe vid Solliden, och inte gör ett aktivt val, måste byta buss för att komma till centralen.

- **Lits Hälsocentral (Filial)**

Det är en väl fungerande lokal som vi hyr av Östersunds kommun.

Lokalen ligger centralt i Lit och kan nås med både buss och bil. Fungerar liknande som övriga hälsocentraler ute i länet där de flesta åker egen bil eller färdtjänst till hälsocentralen.

- **Z-gränds Hälsocentral**

Vi hyr lokalen av Diös. Lokalen ligger mycket centralt i staden dock är inte utrymmena och logistiken i lokalen optimala. Entrén ligger lite avigt till på ”innergården” mellan Prästgatan och Storgatan och det finns inga speciella parkeringsplatser utöver vanlig gatuparkering. Hälsocentralen har ett mycket stort patienttryck.

- **Odensala Hälsocentral**

Det är en väl fungerande lokal som vi hyr av bostadsrättföreningen Åkerärtan. Landstinget är majoritetsägare i bostadsrättföreningen och föreningen är beroende av att landstinget har verksamhet i nuvarande omfattning för att bostadsrättföreningen skall fungera. Hälsocentralen är prioriterad och det pågår en planering att klara fler listade patienter. Lokalen kan angöras med buss. Få personer har gångavstånd till lokalen och många måste byta buss för att komma till centralen. T.ex boende på Körfältet som hör till centralen om man inte gör ett eget aktivt val måste åka buss via centrum.

- **Torvalla Hälsocentral (Filial, Hälsomottagning)**

Det är en väl fungerande lokal som vi hyr av bostadsrättföreningen Torvalla Centrum. Landstinget är minoritetsägare i bostadsrättföreningen med Östersunds kommun som dominerande ägare. Många i Torvalla har gångavstånd till lokalen men de flesta åker individuellt eftersom bostäderna i upptagningsområdet är ganska spridda.

- **Brunflo Hälsocentral**

Hälsocentralen är inrymd i våran egen fastighet och är väl fungerande. Centralen ligger i Brunflo tätort och är relativt tillgänglig för Brunflobor dock ligger närmaste busshållplats en bit bort nere vid E14.

Östersunds kommun har en välutbyggd kollektivtrafik med busslinjer som samtliga passerar både hållplatsen vid Östersunds gamla kyrka och många även sjukhuset. De flesta kommuninvånare använder sig i dagsläget av antingen buss, färdtjänst eller bil för att ta sig till sin hälsocentral.

Alternativet att bygga en eller ett fåtal hälsocentraler, som hanterar en större mängd patienter bör utredas med ordentliga kalkyler, som inkluderar möjliga besparingar av att kunna samutnyttja funktioner såsom exempelvis lab, reception och liknande. I utredningen bör man ge de primärvårdsläkare och övriga personalgrupper som ska utveckla framtidens primärvård en chans att utifrån målet att bedriva en ändamålsenlig och effektiv vård utforma verksamheten,

vårdprocesser och identifiera de behov av lokaler och dess läge de behöver. Därigenom kan utvecklingen förankras. En hälsocentral som utformas på detta sätt skulle kunna underlätta rekryteringen av fasta läkare, då det finns möjlighet att skapa en god fysisk arbetsmiljö och utrymme för forskning och utbildning kan inplaneras. En större andel fasta läkare, jämfört med stafettläkare, medför både en bättre kontinuitet och kvalitet för patienterna och lägre kostnader för landstinget.

Vid framtagandet av förslag till ny hälsocentral/er bör utredas om verksamheten ska organiseras som en samling hälsocentraler (Frösön, Odensala etc) eller efter någon ny princip.

En större hälsocentral, belägen på landstingets mark norr om Östersunds sjukhus, skulle även kunna innehålla en lättakut/primärvårdsjour som kan avlasta akuten med att ta hand om patienter med lindrigare åkommor som nu vänder sig till akuten på grund av bristande tillgänglighet inom primärvården. En hälsocentral belägen bredvid sjukhuset skulle kunna möjliggöra vårdprocesser som innebär att patienter kan gå direkt från hälsocentralen till vissa typer av behandlingar på sjukhuset, Lean.

På fastigheten kan även inrymmas goda parkeringsmöjligheter som avlastar nuvarande parkeringssituation för framförallt våra besökare men även för vår personal. Administrativa lokaler för regionledning skulle också kunna skapas på fastigheten.

En gemensam lokalisering i en byggnad skulle höja primärvårdens lokalkostnad från dagens nivå på ca 9 miljoner till ca 18 miljoner per år. Detta ska ses i relation till den totala kostnaden för verksamheten i de aktuella hälsocentralerna på strax under 250 miljoner per år och den potential att skapa bättre och effektivare patientflöden.

- **Ungdomsmottagning**

Primärvården driver även Ungdomsmottagning i Östersunds centrum i hyrda lokaler.

2.1.2 Hälsovård i övriga länet

Landstinget driver hälsovård i de flesta större orter i länet. På samtliga platser förutom Strömsund drivs verksamheten i hyrda lokaler. Primärvård drivs även av andra aktörer på några orter och i Hoting, Hammerdal och Hede i landstingsägda lokaler. Strukturen för primärvård ändras över tid och lokalfrågan mycket flexibel och anpassningsbar eftersom nästan alla lokaler är hyrda objekt med relativt korta avtal.

2.1.3 Lokaler för Folktandvården

2.1.3.1 Folktandvården i länet

Landstinget driver folktandvård i de flesta större orter i länet. På samtliga platser förutom Hoting, Brunflo, Hammerdal och Hede drivs verksamheten i hyrda lokaler och strukturen är därmed mycket flexibel.

2.1.3.2 Folktandvården på sjukhuset

Specialisttandvården på sjukhuset är mycket trångbodda och kan inte utvecklas i önskad omfattning på grund av lokalbrist.

2.1.4 Sjukhuset

I § 84 Nytt sjukhus (LS/588/2009) som beslutades vid landstingsfullmäktige 2013-04-16/17, angavs att kostnaden för ett nytt sjukhus som etablerat utanför staden till ca 5 miljarder kronor och kostnaden för utveckling av befintligt sjukhus till ca 2 miljarder. Beslutet innebar att befintligt sjukhus ska utvecklas på befintlig tomt för att möta vårdens krav på ändamålsenliga lokaler i ett 50-årsperspektiv.

Den aktuella kostnaden på ca 2 miljarder medför ökade kostnader för avskrivningar och räntor på uppskattningsvis 150 miljoner kronor per år. Utveckling och byggande av nya lokaler på och intill befintligt sjukhus är en förutsättning för fortsatt patientsäker vård. Utökade lokalytor i direkt närhet av befintliga byggnader ger möjlighet till en betydligt effektivare verksamhet. T.ex. är en nya byggnadskroppar en förutsättning för nya operationslokaler, enkelrum mm. Det skulle förbättra både tillgängligheten och leda till bättre och säkrare utförd vård med förbättrad möjlighet till högre intäkter från prestationsbaserade statsbidrag som följd. I planeringen av det nya sjukhuset ska därför stor vikt läggas vid att utforma vårdprocesser och verksamhet så att de ökade kostnaderna för sjukhuset finansieras genom effektivare vård.

Dialog förs med politiken om att skapa en projektgrupp och sätta igång med planeringen av ett ”nytt” sjukhus.

Fastighetschefen har kontaktat Centrum för vårdens arkitektur vid Chalmers Tekniska Högskola och fått till stånd ett samarbete som innebär att en grupparkitektstudenter kommer utföra ett elevarbete under hösten för hur ett utvecklat sjukhus tillsammans med det befintliga skulle kunna se ut. I samband med detta finns idéer om att anordna seminarium för olika intressegrupper för att påverka hela arbetet med ett utvecklat sjukhus.

Inom en nära framtid bör landstinget undersöka om det finns ytterligare åtgärder/behandlingar som skulle kunna tas hem från Umeå och vilka anpassningar av lokaler som i så fall skulle krävas.

Landstinget bör undersöka om investeringar behöver göras för att kunna hantera växande problem med antibiotikaresistenta bakterier och pandemier.

2.1.5 Övriga lokaler

Folkhögskoleverksamhet drivs av Regionförbundet i Ås och i Sveg i lokaler som ägs av landstinget. Övriga lite större verksamheter som Landstinget driver utanför sjukhusområdet kan nämnas Remonthagen, Göviken, Folkhälsokontoret, Rett Center och K24.

2.1.5.1 Birka Folkhögskola

Fastigheten ligger väldigt naturskönt vid Storsjöns strand i Ås. Fastigheterna är väl underhållna men skulle behövas omstruktureras till dagens undervisningssätt med fler grupprum. Elevboendet fungerar acceptabelt.

2.1.5.2 Bäckedals Folkhögskola

Fastigheten ligger också väldigt naturskönt vid Ljusnan strax utanför Svegs centrum. Huvudbyggnaden är nyligen renoverad för bättre tillgänglighet men skulle även behöva omstruktureras till dagens undervisningssätt med fler grupprum. Elevboendet håller mycket enkel standard och behöver moderniseras. Övriga undervisningslokaler är i acceptabelt skick.

2.1.5.3 Remonthagen

Fastigheten är byggtekniskt i ett mycket bra skick. Lokalerna är även tillgängliga och ljusa och i huvudsak i ett plan.

2.1.5.4 Göviken

Fastigheten ägs av Landstinget och är i gott skick. Fastigheten innehåller lokaler för hjälpmedelsverksamhet, förråd och en del administrativa lokaler och fungerar väl.

2.1.5.5 Folkhälsokontoret

Verksamheten drivs i hyrda lokaler på stan med flexibelt hyresavtal.

2.1.5.6 Rett Center

Verksamheten bedrivs i hyrda lokaler på Frösö strand med ett hyresavtal som har en investeringsbelastning till 2023.

2.1.5.7 K24

2013 flyttade ett flertal verksamheter in på K24 som tidigare legat på olika ställen i staden. Potentialen för dessa verksamheter att utvecklas positivt när man delar lokaler är mycket stor. Verksamheterna har ofta gemensamma patienter och det är en stor fördel med närheten mellan verksamheterna i samma byggnad men även närheten till Östersunds sjukhus och kvarteret Kronofogden (psykiatrihuset). Landstinget har ett långsiktigt hyreskontrakt som löper till 2027. Genom effektivare och mer samlade lokaler så är lokalkostnaden ungefär densamma som man hade före samlokaliseringen.

Jämtlands Läns Landsting

Bilaga till långsiktig plan för god ekonomisk hushållning – fördjupad ekonomisk analys

Version: 1

Ansvarig: Karin Jonsson o Annika Jonsson

2014-03-24 Dnr:

Annika Jonsson

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.	2014-04-11	Nyutgåva		

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 GOD EKONOMISK HUSHÅLLNING 4

1.1 Resultatmål med god ekonomisk hushållning 6

1.2 Underskott att återställa 7

1.3 Kontroll av årlig nettokostnadsökning 7

2 FRAMTIDEN - SKRÄCKSCENARIOT 10

3 FÖRDJUPNING - ANALYS AV LANDSTINGETS INTÄKTER OCH KOSTNADER 11

3.1 Skatteintäkter 11

3.2 Kommunalekonomiska utjämningsbidrag 13

3.3 Läkemedelsbidraget 16

3.4 Verksamhetens intäkter 16

3.5 Verksamhetens kostnader 17

3.6 Pensionskostnader 19

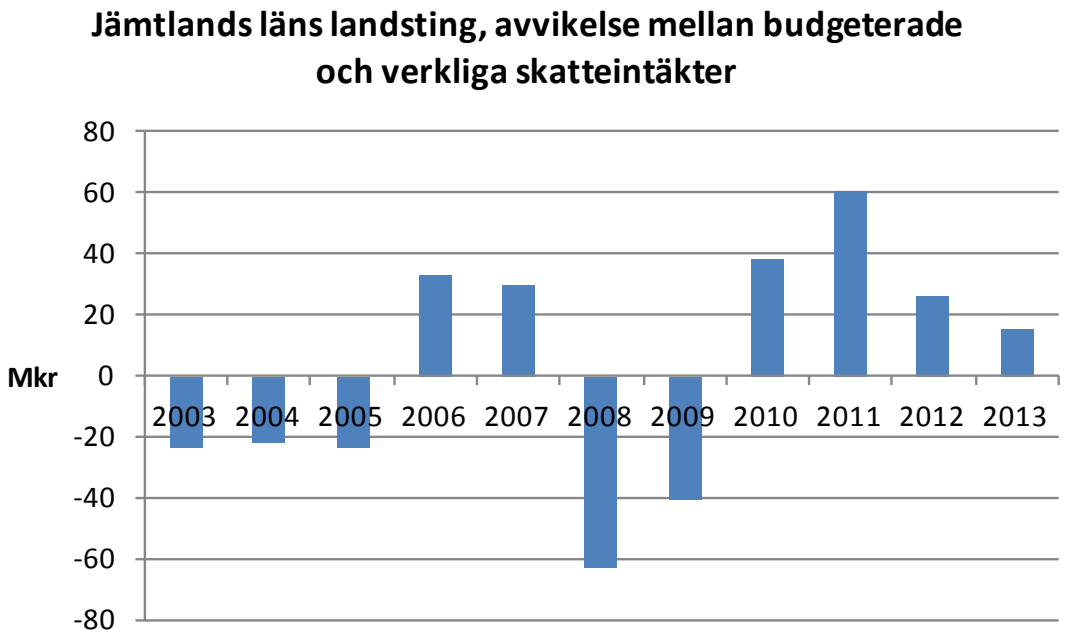
4 SLUTSATSER 21

1 GOD EKONOMISK HUSHÅLLNING

God ekonomisk hushållning innebär att landstinget ska uppnå och bibehålla en styrka i ekonomin och långsiktigt följa principen att varje generation bär kostnaderna för den service den konsumerar och beslutar om. För att komma fram till vilket ekonomiskt resultat som behövs för att uppnå god ekonomisk hushållning, måste ett antal faktorer beräknas:

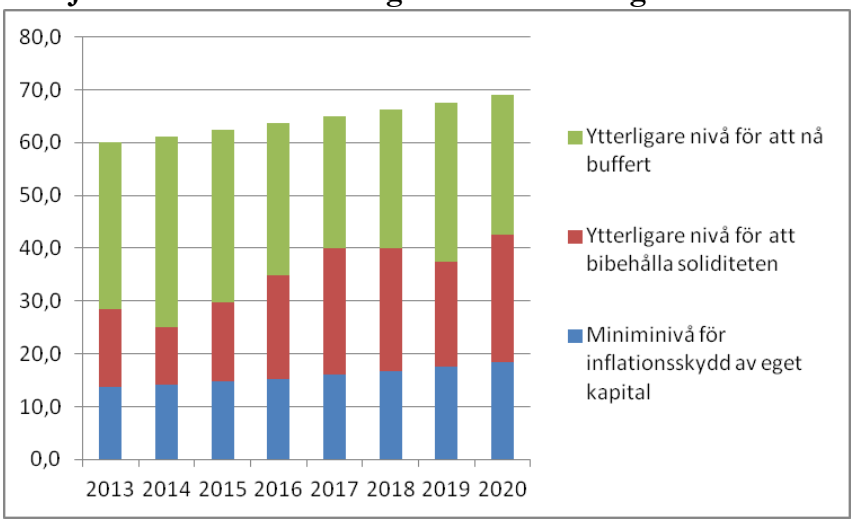
- Det resultat som krävs för att inflationsskydda det egna kapitalet,
- Vad som ytterligare behövs för att bibehålla soliditeten
- Vad som ytterligare behövs som buffert för variationer i skatteintäkterna
- Vad som behövs i form av eventuellt sparande för större investeringar (t ex ett nytt sjukhus).

Variationer mellan budgeterade och definitiva skatteintäkter uppstår alltid eftersom den ekonomiska utvecklingen aldrig går att exakt förutse. Om man bortser från de extrema variationer som uppstod i samband med finanskrisen, är en normal avvikelse mellan budgeterade och slutliga skatteintäkter för Jämtlands läns landsting +/- 30 miljoner kronor.



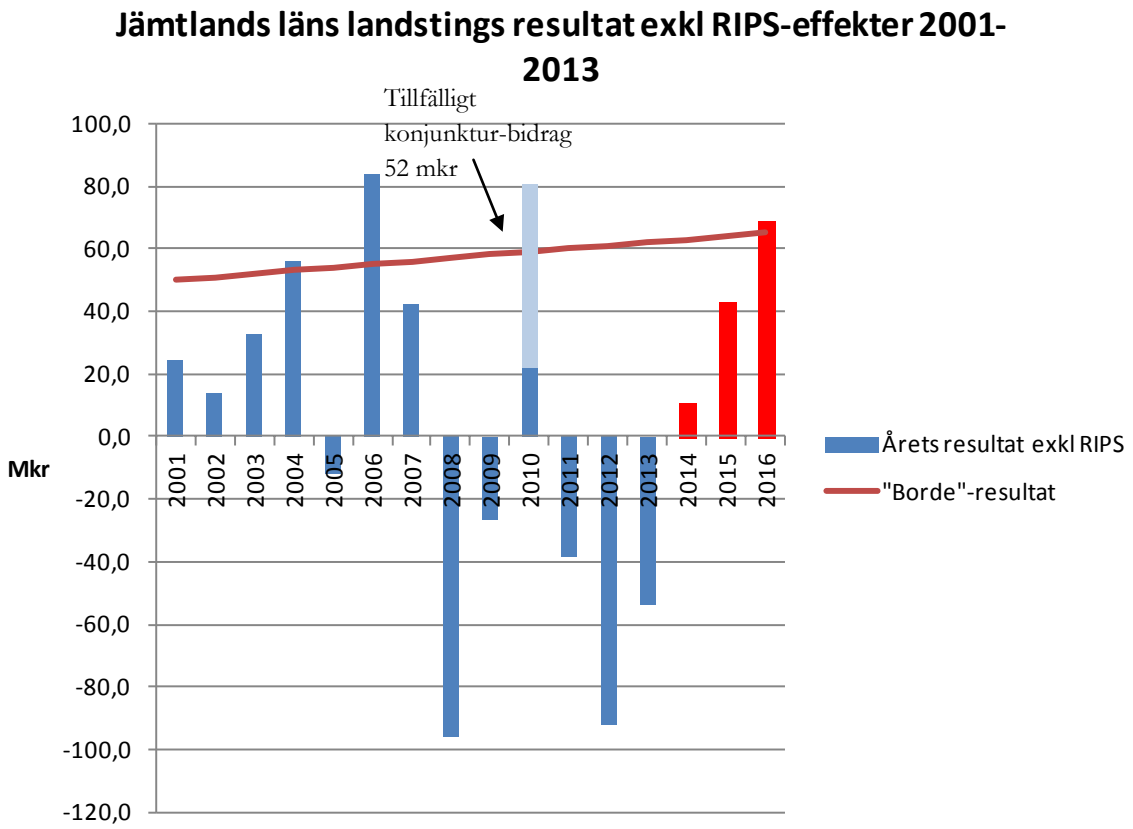
Efter en beräkning av alla uppräknade komponenter förutom sparande för nytt sjukhus, hamnar resultatmålet för god ekonomisk hushållning för Jämtlands läns landsting på cirka 60 miljoner kronor per år, med uppräkning över tiden. Det motsvarar ca 1,8 procent av verksamhetens nettokostnader. Som tumregel för att uppnå god ekonomisk hushållning brukar man använda resultatmålet 2 procent av verksamhetens nettokostnader.

Bild: Jämtlands läns landstings resultatmål för god ekonomisk hushållning

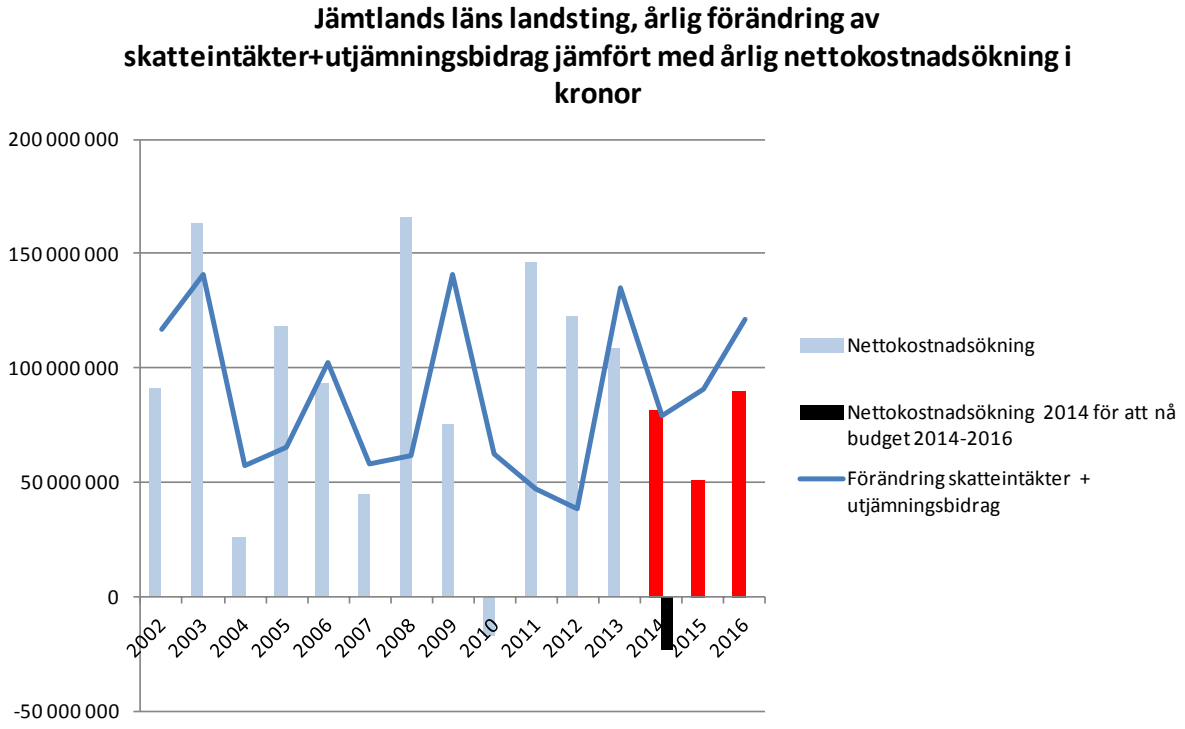


Följande bild visar hur landstingets resultat sett ut åren 2001- 2013, samt landstingets resultatmål för åren 2014 – 2016 enligt landstingsplanen. Landstinget fick ett tillfälligt konjunkturbidrag 2010 på 52,9 miljoner kronor. Utan detta hade resultatet hamnat på endast ca 15 miljoner kronor.

Med undantag för 2010, har landstinget haft negativa resultat hela tiden sedan 2007. Endast under tre år – 2004, 2006 och 2010 - har resultaten varit i nivå med god ekonomisk hushållning. Det kan tilläggas att 2010 var ett av få år då kostnaderna för riks- och regionvård sjönk.



Sammanfattningsvis beror de låga resultaten på att landstinget både haft en svag utveckling av skatteintäkter och kommunala utjämningsbidrag samt en nettokostnadsutveckling som varit för hög i förhållande till intäkterna. Mer detaljer om detta ges under avsnittet *Fördjupning - analys av landstingets intäkter och kostnader*.



1.1 Resultatmål med god ekonomisk hushållning

För att leva upp till målet för god ekonomisk hushållning skulle landstinget behöva ett positivt resultat som ligger på minst ca 60 miljoner kronor 2014 för att därefter stiga i takt med den allmänna uppräkningen av intäkter och kostnader. Det är dock inte förrän 2016 som det budgeterade resultatet kan anses vara i nivå med god ekonomisk hushållning.

Återbetalningen av pengar från AFA-försäkringen 2013 på 46 miljoner kronor var en enstaka händelse. Landstinget kan inte räkna med att få liknande engångsåterbetalningar 2014. Landstingets resultat 2013, rensat för RIPS-räntekostnaden och AFA-pengarna, var minus 100 miljoner kronor. Det var den obalansen som landstinget tog med sig in i 2014. För att nå ett plusresultat på 60 miljoner kronor behöver landstinget därför **förstärka resultatet med 160 miljoner kronor**. Samtidigt behöver landstinget **få ner nettokostnadsökningstakten** för att inte återigen hamna i obalans inom några år.

Det budgeterade resultatet 2014 på10,8 miljoner kronor innebär att landstingets nettokostnader skulle behöva minska med 23,8 miljoner kronor under året. I praktiken krävs dock betydligt större kostnadsminskningar, eftersom alla kostnader ökar till följd av allmän prisuppgång och löneuppräkning, även vid oförändrade volymer.

Om landstingets kostnader ökar i takt med landstingsprisindex (LPIK) kommer enbart personalkostnaderna att öka med 48,5 miljoner kronor 2014. Med hänsyn till den årliga lönerörelsen skulle personalkostnaderna därför behöva minska med motsvarande 140 – 170 tjänster redan i januari, för att åstadkomma en minskning av verksamhetsnettot med 23,8 miljoner kronor samma år. Detta är inte genomförbart, då förhandlingar med de fackliga organisationerna och uppsägningstider innebär att den typen av åtgärder får effekt först med 6 – 12 månaders fördröjning. Effektivisering till följd av produktions- och kapacitetsutveckling och andra lean-inspirerade åtgärder måste i slutänden resultera i att det går åt färre arbetade timmar för att åstadkomma samma hälsa för länets befolkning. För att leda till lägre kostnader måste antalet anställda och/eller inhyrd personal minska, vilket är en process som realistiskt sett kan ske över en treårsperiod, om en fungerande verksamhet samtidigt ska kunna upprätthållas och förbättras. Nedskärningar kan naturligtvis även ske på övriga verksamhetskostnader. Men, det är inte troligt att det skulle vara möjligt att enbart minska dessa kostnader, eftersom de bara utgör 40 procent av totalkostnaderna.

Förutom kostnadsbesparingar finns möjligheten för landstinget att öka verksamhetens intäkter genom att klara målen för de olika prestationsbaserade statsbidragen (kömiljarden m m). Dessa intäkter skulle kunna ökas med minst 25 miljoner kronor.

1.2 Underskott att återställa

Om landstinget till 2016 kan nå budgeterat resultat på 68 miljoner kronor och sedan begränsa kostnadsutvecklingen så att denna resultatnivå kan uppnås, kommer tidigare ackumulerade underskott att kunna betas av. Det är inte realistiskt att sätta upp ett mål att kunna komma tillrätta med tidigare års underskott på snabbare tid. Det är en tillräckligt stor utmaning att klara av att uppnå ett sådant stort överskott redan 2016.

1.3 Kontroll av årlig nettokostnadsökning

Kontroll av årlig nettokostnadsökning

Om landstinget väl lyckas få ner kostnaderna återstår att få till en kontinuerlig kontroll över den årliga nettokostnadsökningen. Annars riskerar kostnaderna växa snabbare än intäkterna och det kommer åter att uppstå en obalans.

Hur stort behovet är av fortlöpande effektiviseringar över tiden, kan uppskattas genom ett scenario baserade på följande uppskattningar:
- Utgångspunkten i exemplet är att landstinget har skurit bort 100 miljoner kronor och därför börjar perioden med en ekonomi i balans.
- Verksamhetens nettokostnader antas de första åren följa det landstingsprisindex (LPIK) som SKL tar fram när det gäller personalkostnader och sociala avgifter, läkemedel inom förmånen samt vissa av övriga omkostnader.
- De första tre åren har skatteintäkterna hämtats från landstingsplan 2014-2016. Skatteintäkterna har antagits växa med i snitt 2,7 procent per år fr o m 2017, vilket motsvarar ökningstakten perioden 2002-2013 om effekten av skattehöjningarna med sammanlagt 1 krona och 30 öre under den perioden räknas bort. Denna period innehöll år med både stark utveckling, i synnerhet före finanskrisen, och svaga år. Det finns få skäl att anta att det närmaste decenniet kommer att se

bättre ut.
- I beräkningarna har riks- och regionvårdskostnaderna antagits stiga med i snitt 5 procent per år, vilket i sig innebär en återhållsamhet. Under perioden 2002-2013 ökade de för Jämtlands läns landsting med i snitt med 6,5 procent per år.
- Pensionskostnaderna har hämtats från en ny 40-årsprognos från KPA.
- Kostnadsökningstakten för övriga läkemedel har antagits följa snittökningen per perioden 2005-2013 på 13,2 procent per år.
- Som utgångspunkt för uppräkningen av verksamhetens intäkter har använts verksamhetens intäkter 2013 exklusive AFA-återbetalningen.
- I exemplet antas inte landstinget få en större andel av de prestationsbaserade statsbidragen än i nuläget.

Denna beräkning, som kallas ”normal” utveckling, jämförs sedan med en kontrollerad utveckling av olika kostnader och något bättre intäkter för verksamheten, där en större andel av de prestationsbaserade statsbidragen erhålls.

I exemplet med kostnadskontroll, som har gjorts enbart för att illustrera en tänkbar variant, ligger tyngdpunkten på en minskning av riks- och regionvårdskostnader, från 5 till 3 procent per år och på läkemedel utanför förmånen, från 13,2 till 4 procent per år. Andra varianter skulle kunna vara att tillåta högre ökningar av dessa kostnadsslag men lägre ökningar av personalkostnader. I exemplet har personalkostnaderna exklusive pensioner antagits öka med i snitt 2,65 procent per år. Även mindre neddragningar av personalkostnadsökningar får stor effekt eftersom personalkostnaderna exklusive pensionskostnader utgör ca 46 procent av landstingets totala kostnader. Vad landstinget väljer att fokusera på är en styrningsfråga.

Årlig ökning/minskning	Kostnader/intäkter i mkr	2014	2015	2016	2017	2018	2019-2025
Normalökning	**Verksamhetens intäkter**	3,9	4,0	4,0	4,0	4,1	4,1
Normalökning + ökning prestationsbaserade statsbidrag		13,9	19,0	4,0	4,0	4,1	4,1
Nödvändig ökning intäkter		**10,0**	**15,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**
Normal SKL	**Lönekostnader**	33,5	38,3	43,5	50,5	43,6	44,9
Utrymme landstinget		30,2	31,0	31,7	32,4	33,2	34,0
Nödvändig kostnadskontroll (- = behov minska)		**-3,2**	**-7,3**	**-11,8**	**-18,1**	**-10,4**	**-10,9**
Normal SKL	**Sociala avgifter**	18,8	2,3	19,3	17,6	15,2	15,7
Utrymme landstinget		10,5	10,8	11,0	11,3	11,6	11,8
Nödvändig kostnadskontroll (- = behov minska)		**-8,3**	**8,5**	**-8,2**	**-6,3**	**-3,6**	**-3,8**
Total kostnadskontroll personalkostnader (-=behov minska)		**-11,5**	**1,1**	**-20,0**	**-24,4**	**-14,0**	**-14,7**
Normal SKL	**Läkemedel inom förmånen**	-5,2	-2,5	-2,3	-1,8	-1,1	-1,1
Utrymme landstinget		-5,2	-2,5	-2,3	-1,8	-1,1	-1,1
Nödvändig kostnadskontroll (- = behov minska)		**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**
Normal landstinget	**Övriga läkemedel inkl vaccin**	11,5	13,0	14,7	16,6	18,8	21,3
Utrymme landstinget		3,5	3,6	3,8	3,9	4,1	4,2
Nödvändig kostnadskontroll (- = behov minska)		**-8,0**	**-9,4**	**-10,9**	**-12,7**	**-14,8**	**-17,1**

Årlig ökning/minskning	Kostnader/intäkter i mkr	2014	2015	2016	2017	2018	2019-2025
Normal SKL	**Riks- och regionvårdskostn**	14,8	15,5	16,3	17,1	18,0	18,8
Utrymme landstinget		3,0	4,5	9,1	9,4	9,6	9,9
Nödvändig kostnadskontroll		**-11,8**	**-11,0**	**-7,2**	**-7,7**	**-8,3**	**-8,9**
Normal KPA	**Pensionskostnader**	49,0	-5,9	22,9	17,9	14,1	30,1
Utrymme landstinget	Svåra att påverka	49,0	-5,9	22,9	17,9	14,1	30,1
Nödvändig kostnadskontroll		**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**
Normal SKL	**Övriga omkostnader**	15,9	21,5	24,1	25,7	22,9	23,4
Utrymme landstinget		10,6	10,7	10,8	10,9	11,0	11,1
Nödvändig kostnadskontroll		**-5,3**	**-10,8**	**-13,3**	**-14,8**	**-11,9**	**-12,2**
Skatteintäkter LT-plan 2014-2016 och normal ökning landstinget 2002-2013 exkl skattehöjningar		51,8	83,5	117,0	71,1	73,0	75,0
Utjämningsbidrag och läkemedelsbidrag LT-plan 2014-2016, därefter normal ökning		31,3	3,2	4,3	5,0	6,0	6,0

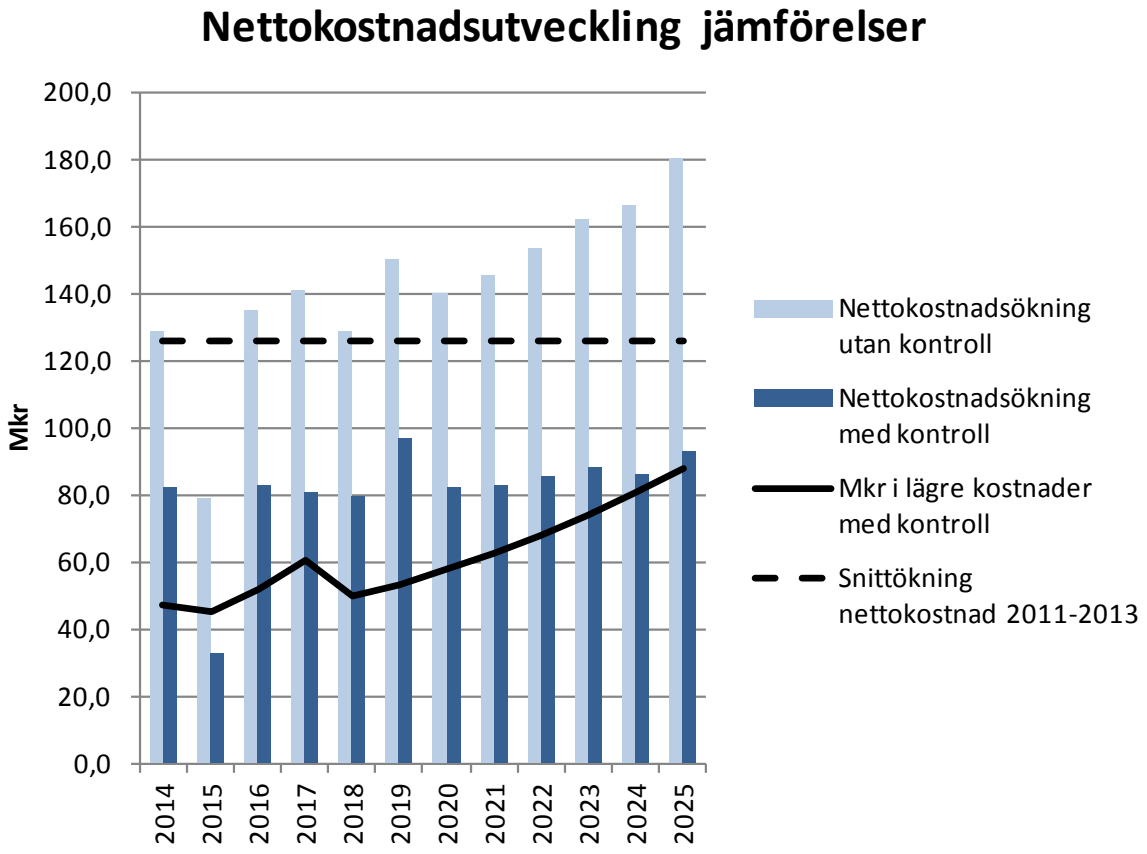
		2014	2015	2016	2017	2018	2019
Årlig skillnad mellan intäkts- och kostnadsökning	**"Normal utveckling"**	-34	2	-20	-70	-39	-68
Årets resultat	**"Normal utveckling"**	-34	-31	-51	-121	-161	-229
Årlig skillnad mellan intäkts- och kostnadsökning	**"Med kostnadskontroll"**	13	48	32	-10	10	-15
Årets resultat normal	**"Med kostnadskontroll"**	13	61	93	83	93	79
Jämfört med normalalternativet motsvarar skillnaden							
- högre intäktsökning varje år med		**10**	**15**	**0**	**0**	**0**	**0**
- lägre kostnadsökning varje år med		**47**	**45**	**52**	**60**	**50**	**54**

Beräkningarna visar att, även om landstinget genom åtgärder lyckas få kostnaderna i balans med intäkterna, finns det behov av en fortlöpande kontroll av nettokostnadsökningen. Annars kommer landstinget snart att åter hamna i en stor obalans mellan intäkter och kostnader. Det kan inflikas att utan de skattehöjningar som gjordes 2003, 2009 och 2013 på sammanlagt 1 krona och 30 öre skulle landstingets obalans vid ingången av 2014 ha varit 385 miljoner kronor istället för hundra. Den obalansen kommer landstinget åter att hamna i år 2022, utan kontroll av kostnadsutvecklingen.

		2014	2015	2016	2017	2018	2019
Nettokostnadsökningstakt	**"Normal"**	3,9%	2,3%	3,9%	3,9%	3,4%	3,9%
Nettokostnadsökningstakt	**"Med kostnadskontroll"**	2,5%	1,0%	2,5%	2,3%	2,2%	2,7%
Lägre årligkostnadsökningstakt för god ekonomisk hushållni		**-1,4%**	**-1,3%**	**-1,4%**	**-1,6%**	**-1,2%**	**-1,2%**
Snittakt 2014-2022 för god ekonomisk hushållning		**2,2%**					

Även kommunerna kommer det kommande decenniet att få ökade kostnader för omsorg om de äldre och kan behöva höja kommunalskattesatsen, varför möjligheten att fortsätta höja landstingsskatten inte är oändlig.

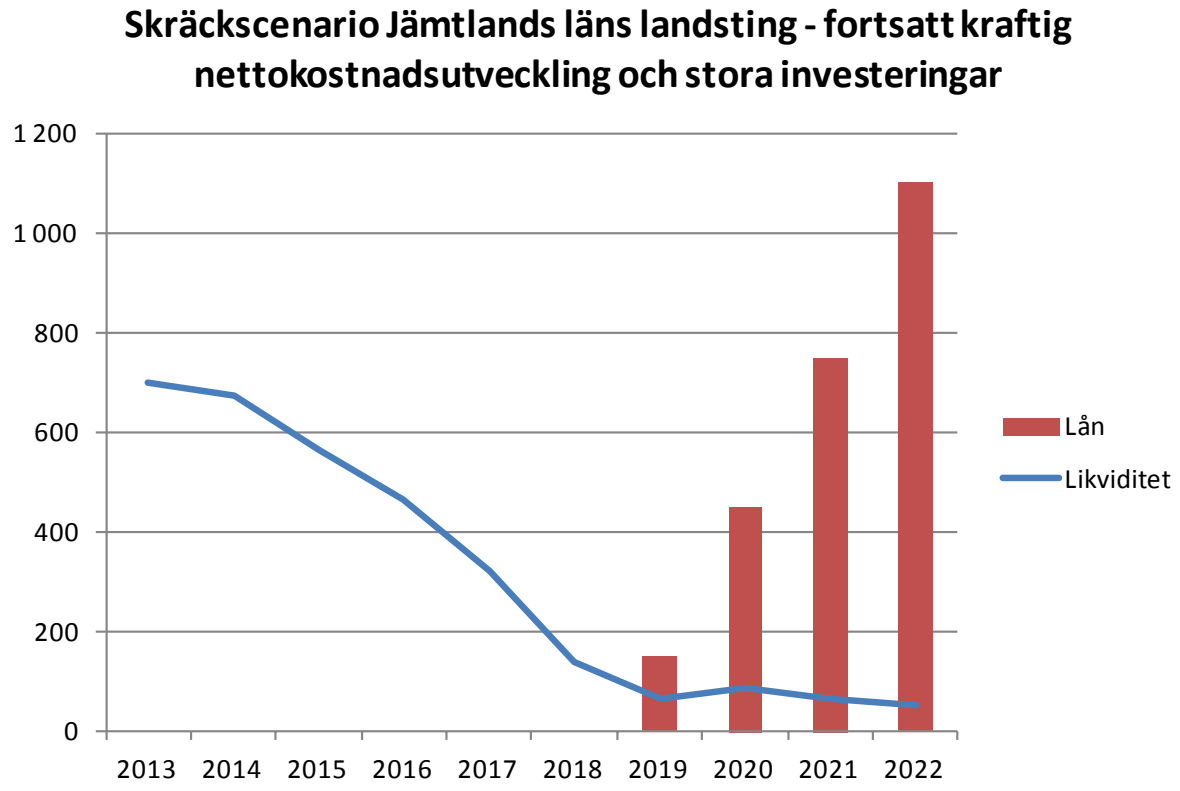
En kontroll av nettokostnadsutvecklingen kräver en minskning av ökningstakten för samtliga kostnadsgrupper, men framför allt de som vuxit allra snabbast under det senaste decenniet såsom riks- och regionvårdskostnader och läkemedel utom förmånen. Dessutom bör landstinget fokusera mer på att få del av de prestationsbaserade statsbidragen som är möjliga att få.



Jämfört med den genomsnittliga nettokostnadsökningstakten de senaste tre åren behöver landstinget komma ner i en ökningstakt som är ca 40 – 60 mkr lägre per år.

2 FRAMTIDEN - SKRÄCKSCENARIOT

Om landstingets nettokostnader fortsätter att öka i samma takt som de senaste åren, d v s med minst 100 miljoner kronor per år och landstinget även återgår till den högre investeringstakt som rådde åren 2008 – 2011 (105 – 125 miljoner kronor per år), kommer landstingets ekonomi att utvecklas som i följande bild.

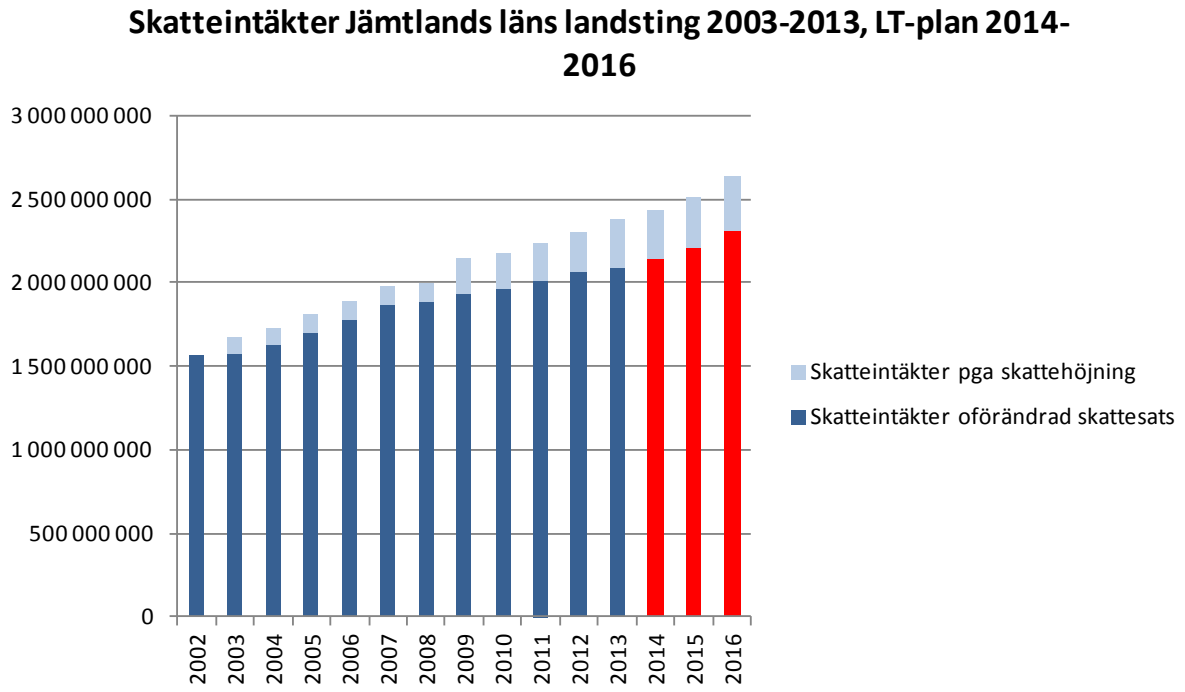


Om fem år skulle landstinget då ha använt upp hela det egna kapitalet och det mesta av likviditeten och tvingas därefter låna pengar för att täcka löpande utgifter. Landsting betraktas generellt som mycket kreditvärdiga låntagare på penningmarknaden, eftersom de har sin beskattningsrätt. Det kan dock bli svårt att få ett bra kreditbetyg för ett landsting som inte kan visa upp att man har kontroll över utvecklingen av sin ekonomi och som dessutom har en minskande befolkning, med en allt större andel äldre att vårda. Det finns en risk för att det blir svårt att hitta placerare som vill låna ut sina pengar till Jämtlands läns landsting.

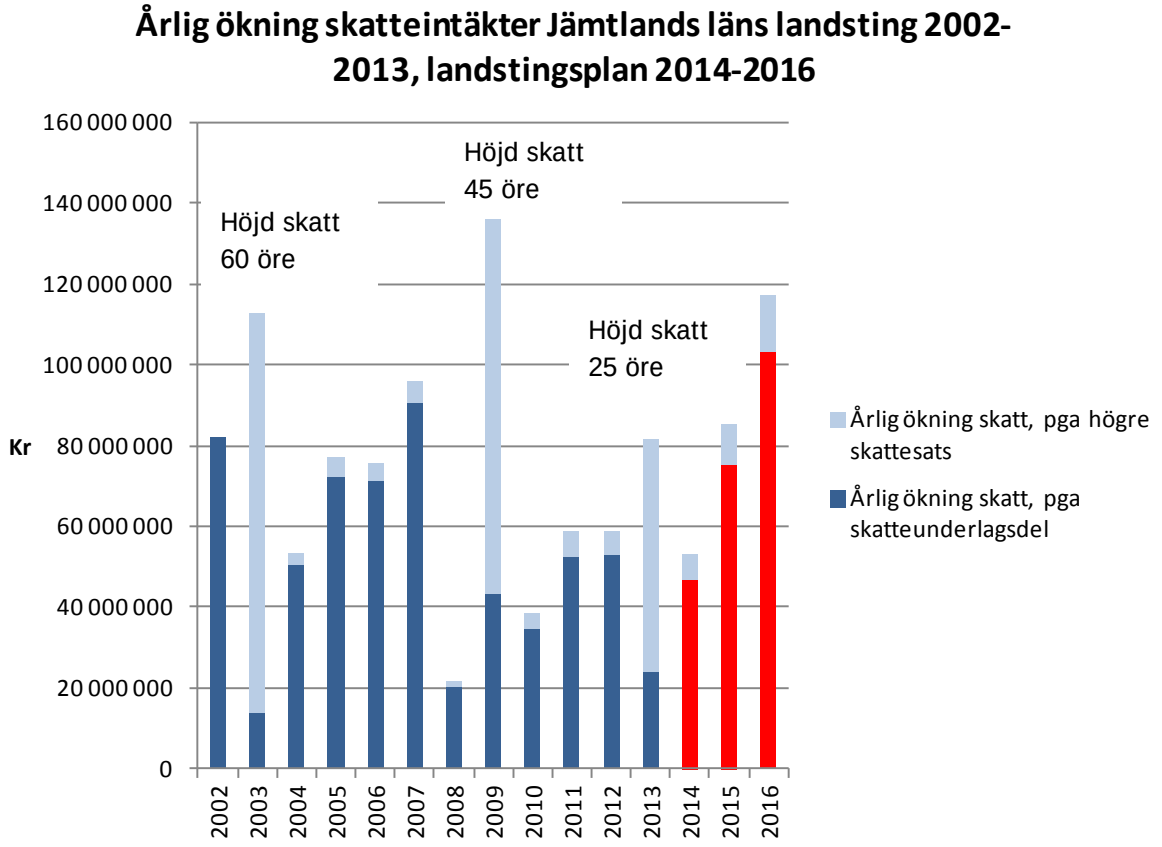
3 FÖRDJUPNING - ANALYS AV LANDSTINGETS INTÄKTER OCH KOSTNADER

3.1 Skatteintäkter

Med undantag för 2014, beräknas skatteintäkterna öka kraftigt de närmaste åren. Prognosen baseras på antagen utveckling av taxerade inkomster, som i sin tur beror på sysselsättning, löneutveckling, pensionsinkomster. Om den ekonomiska utvecklingen blir svagare än prognosen kommer skatteintäkterna att bli lägre. Enligt Konjunkturinstitutets senaste prognos blir BNP 2013, 1 %, 2014, 2,4% och 2015, 3,1 %.



Landstingets skatteintäkter har ökat med i genomsnitt 3,9 procent per år under perioden 2002-2013. En viktig förklaring till den genomsnittliga ökningstakten är att skattesatsen under denna tid höjts med sammanlagt 1 krona och 30 öre.



Ökning skatteintäkter	Perioden 2002 - 2013	Perioden 2002 - 2008	Perioden 2008 - 2013	Landstingsplan 2014 - 2016
Utan skattehöjning	2,7 %	3,1 %	2,1 %	3,5 %
Med skattehöjning (d v s verkligt utfall)	3,9 %	4,2 %	3,5 %	3,5 %

Om man räknar bort effekten av skattehöjningarna, skulle skatteintäkterna ha ökat med endast 2,7 % per år 2002-2013. Utan skattehöjningarna hade landstinget saknat 385 miljoner kronor 2013 för att nå ett nollresultat, istället för 100 miljoner kronor.

Ifall åren 2002-2013 delas in i perioden fram till finanskrisen, respektive perioden efter finanskrisen, ser man att skatteintäkterna ökade betydligt långsammare efter finanskrisen. Intressant att notera är att skatteintäkterna beräknas öka med i genomsnitt 3,5 procent per år perioden 2014-2016, vilket är högre än ökningstakten 3,1 procent under högkonjunkturen 2002-2008, med effekterna av skattehöjningarna exkluderade. SKLs beräkningar av skatteunderlaget under kommande år baseras således på en ganska optimistisk prognos.

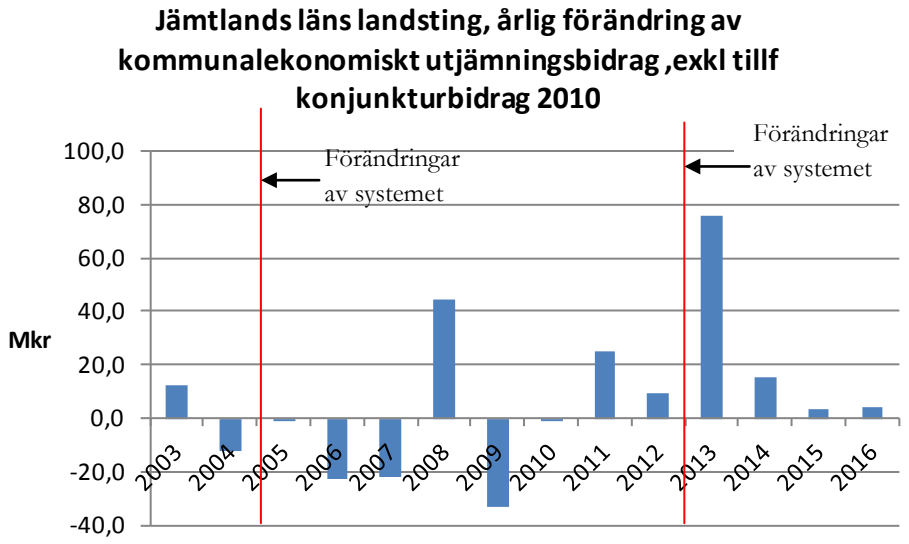
När man studerar enskilda år, är det bara under 2003, 2007 och 2009 som skatteintäkterna ökat mer än de ökningar som anges i landstingsplanen för 2014 – 2016. Ifråga om två av dessa år – 2003 och 2009 – höjdes skattesatsen med 60 respektive 45 öre.

3.2 Kommunalekonomiska utjämningsbidrag

Nettokostnadsnivån per invånare för Jämtlands läns landsting var 2012 på fjärde plats i landet storleksmässigt. För länet finns ett antal omständigheter som leder till högre kostnader för att bedriva hälso- och sjukvård, såsom liten befolkning med stor andel äldre, stora avstånd och gles bebyggelse. Dessa faktorer minskar möjligheten att nå stordriftsfördelar och medför större kostnader för hälsocentraler, sjukresor och kollektivtrafik m m. Syftet med de kommunala utjämningsbidragen är att de ska skapa likvärdiga förutsättningar för att bedriva hälso- och sjukvård oavsett skillnader i strukturella förhållanden.

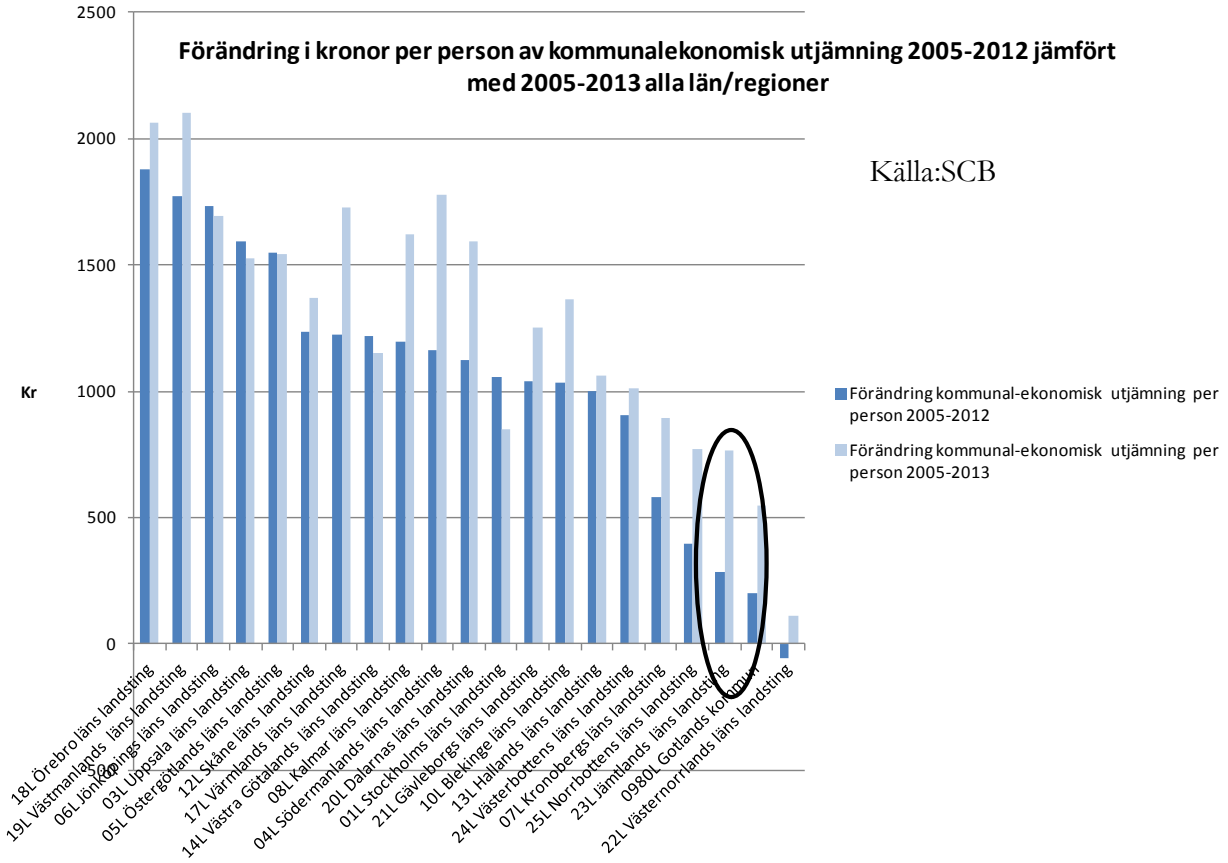
En utvärdering av de förändringar som gjordes av utjämningssystemet 2005, visade att många landsting kunnat öka bidragens storlek genom aktiva satsningar på registrering av bidiagnoser ifråga om ett antal kostnadskrävande diagnosgrupper. Jämtlands läns landsting hörde inte till denna grupp, vilket innebär att förändringen av systemet 2005 starkt missgynnade landstinget. Om man tittar på siffrorna för decenniet före 2013 minskade bidragen till landstinget under 6 år av 10. Nivån 2012 var samma som 2002. Den senaste förändringen av systemet trädde i kraft 2013 och medförde en större engångshöjning med 76 miljoner kronor. De närmaste åren kommer bidragen enligt prognosen att öka marginellt. Det är endast inkomstutjämningsbidragen som i praktiken förutspås öka.

Annika Jonsson

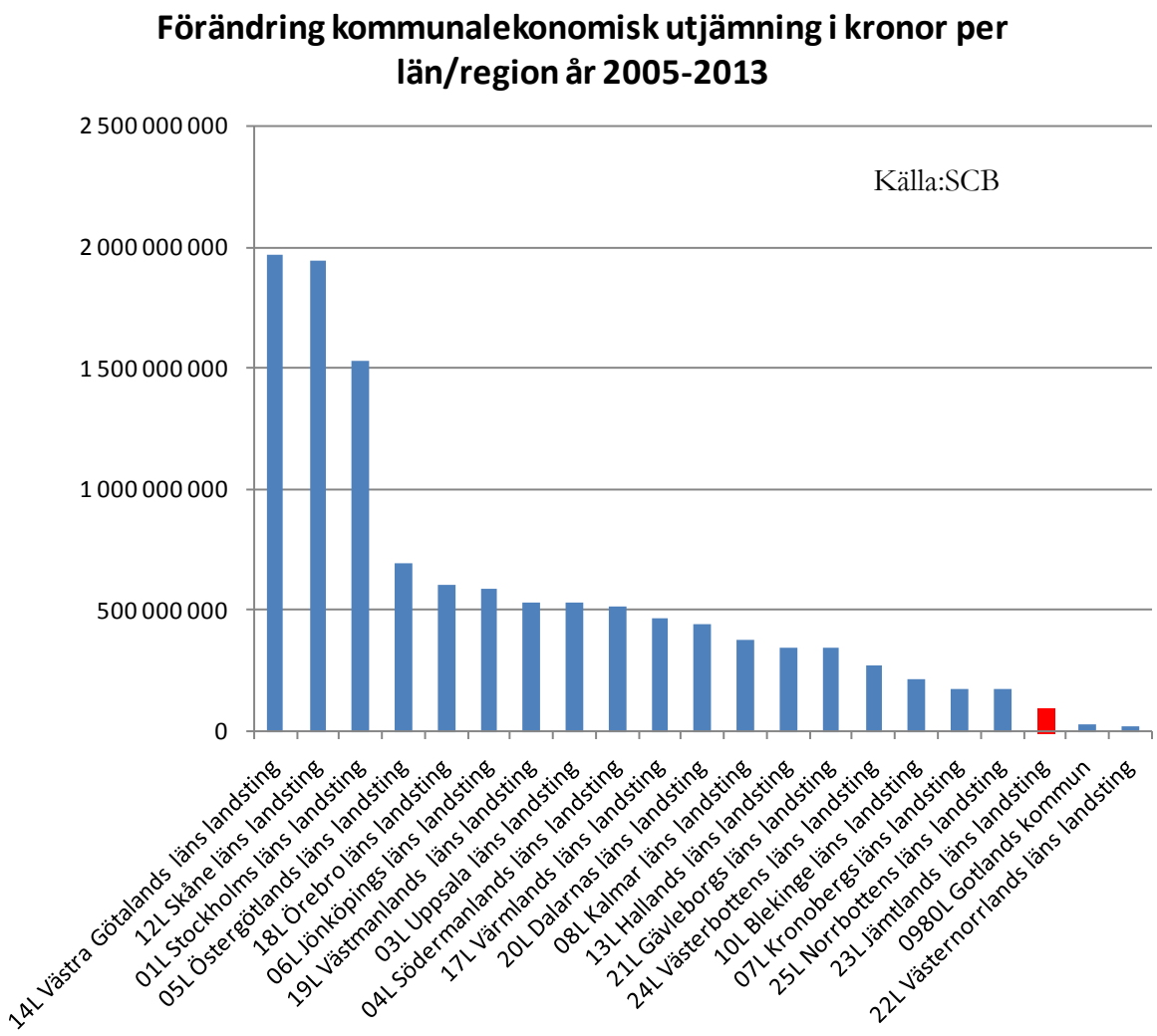


Inkomstutjämningsbidragen är beroende av utvecklingen av den taxerade inkomsten i hela Sverige och därmed av BNP-utveckling, sysselsättning och löneutveckling. Om dessa faktorer utvecklas svagare än enligt prognosen riskerar utjämningsbidragen att bli lägre och vice versa.

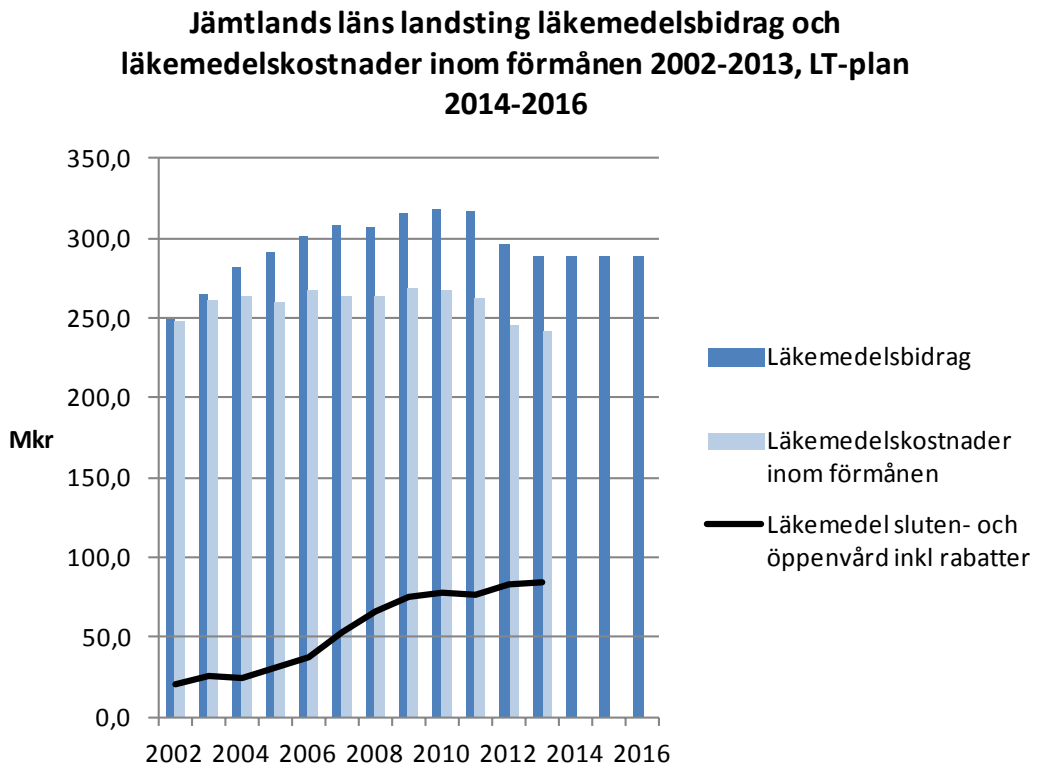
Även när effekten av förändringen 2013 av det kommunalekonomiska utjämningssystemet räknas med, har bidragen sedan den förra förändringen 2005 för Jämtlands läns del medfört bland de minsta ökningarna i landet.



När bidragen beräknas per län tillkommer effekten av att länets befolkning minskat, vilket innebär att bidragen totalt ökat med 92 miljoner kronor sedan 2005. Under perioden 2005-2012 ökade bidragen med endast 32 miljoner kronor, vilket är en viktig del av förklaringen till att landstinget har haft så svårt att uppnå positiva ekonomiska resultat.



3.3 Läkemedelsbidraget

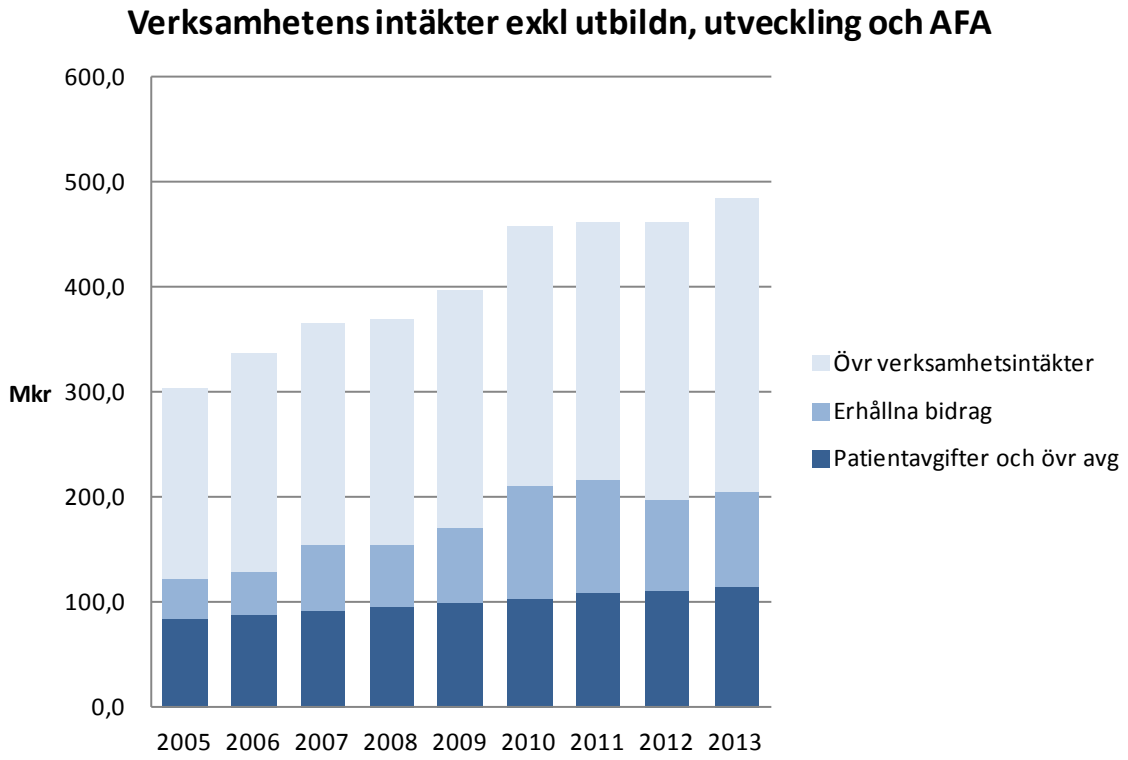


Landstingets läkemedelskostnader inom förmånen har minskat mer än läkemedelsbidraget. Övriga kostnader för läkemedel inom sluten- och öppenvården har dock ökat med mer än det överskott som uppstått mellan läkemedelsbidrag och läkemedelskostnader inom förmånen.

3.4 Verksamhetens intäkter

Med hänsyn till att landstinget överlämnade verksamhet för utbildning, utveckling och kultur till regionförbundet Jämtland under perioden 2011-2013, har verksamhetens intäkter avseende dessa verksamheter rensats bort för att en rättvisande jämförelse över perioden ska kunna göras. Engångsåterbetalningarna från AFA-försäkringen 2012 och 2013 har också exkluderats.

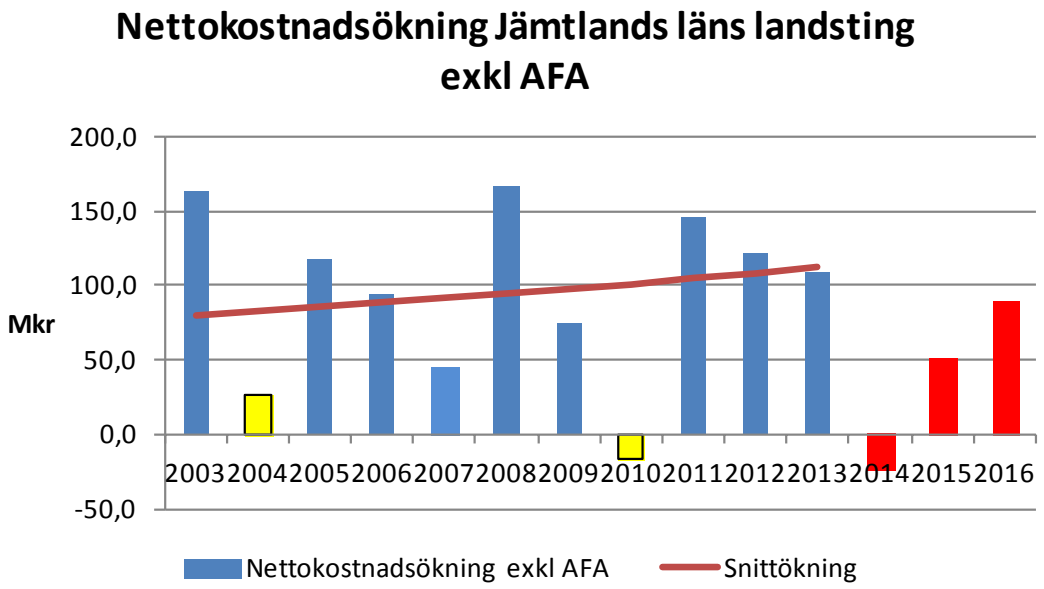
Utvecklingen av verksamhetens intäkter ser därefter ut som i nedanstående bild.



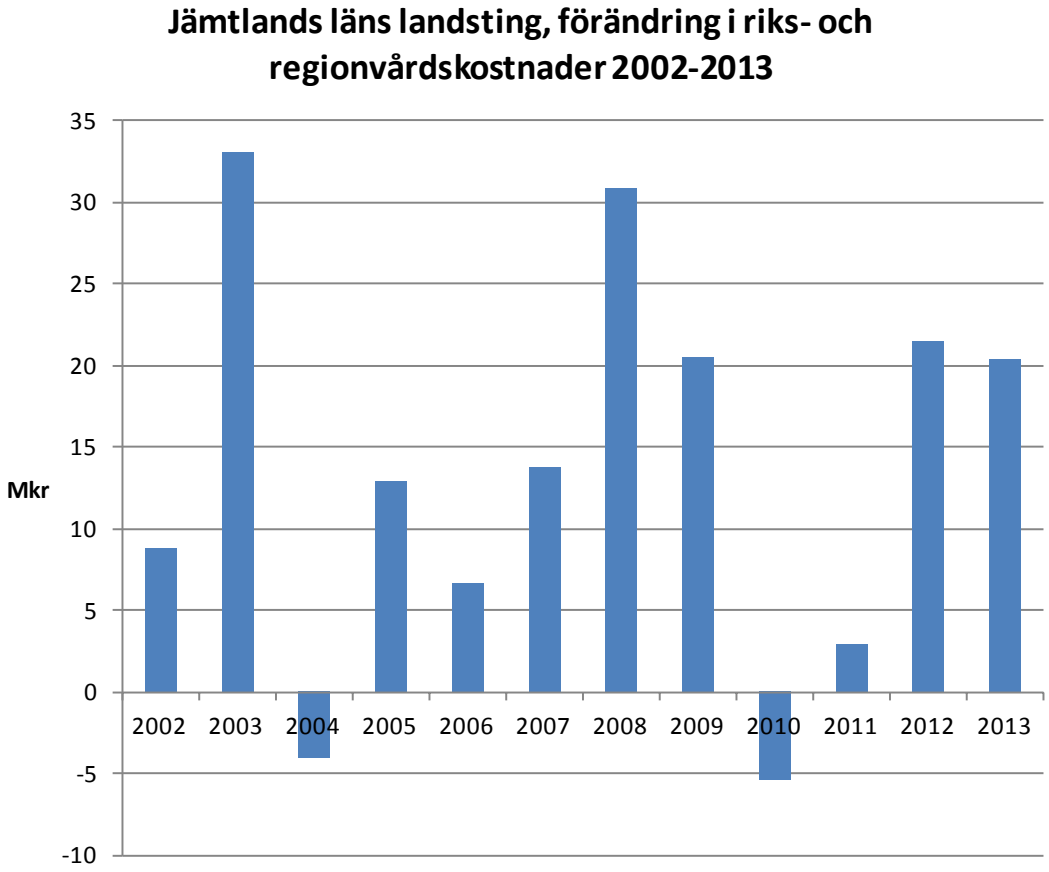
Verksamhetens intäkter exklusive AFA-återbetalningarna 2012 och 2013, ökade under perioden 2005-2013 med 6,1 procent per år i genomsnitt. Den största ökningen skedde under den första delen av perioden. Perioden 2010-2013 bromsade ökningstakten in. Då ökade verksamhetens intäkter med endast 1,9 procent per år i genomsnitt. Inbromsningen hänger framför allt samman med att nivån på de specialdestinerade statsbidragen låg något 20-tal miljoner kronor lägre 2012 och 2013 än 2010 och 2011. Ett av de bidrag som minskade mest var kömiljarden, som uppgick till ca 20 miljoner kronor 2010 och till endast 0,9 miljoner kronor 2013

3.5 Verksamhetens kostnader

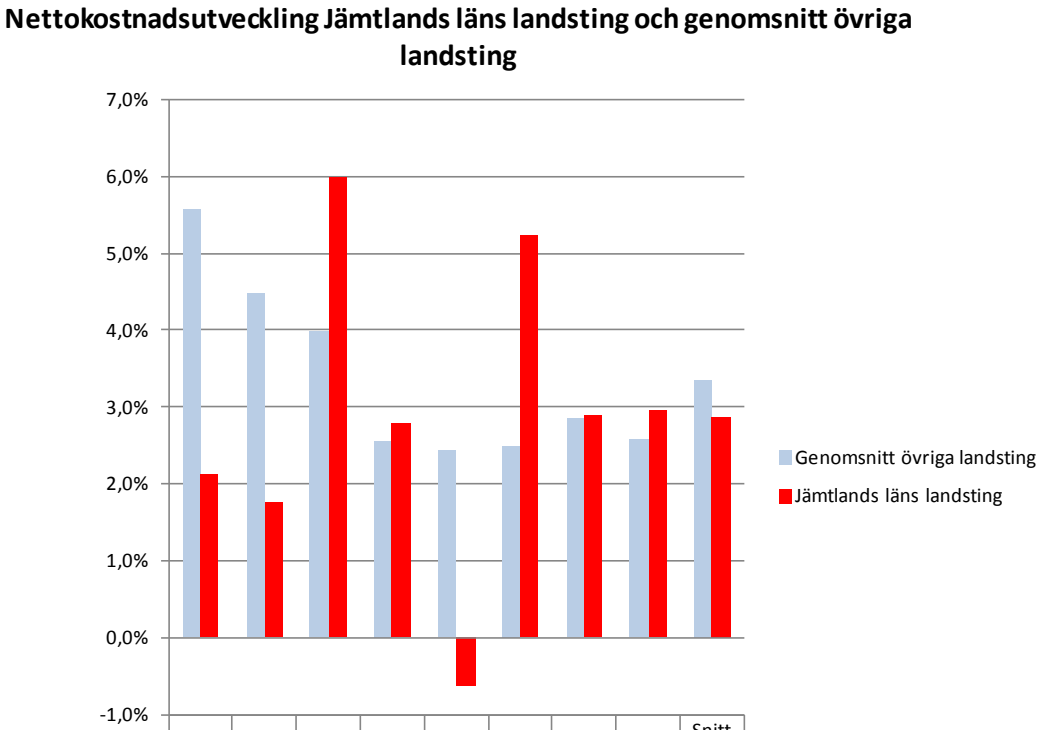
Variationen har varit stor när det gäller ökningen av verksamhetens nettokostnader det senaste decenniet. En av de kostnadsposter som vissa år ökat kraftigt är riks- och regionvårdskostnaderna. Man kan konstatera att de två år då nettokostnaderna ökat minst och till och med minskat (gulmarkerade), har även riks- och regionvårdskostnaderna minskat.



Bilden visar också att det är få tillfällen som nettokostnaderna har ökat i så långsam takt som de enligt landstingsplanen 2014-2016 ska göra. Siffrorna för 2014-2016 har anpassats till verkligt resultat 2013, rensat för AFA-pengar och RIPS-effekt.



Kostnaderna för riks- och regionvård uppgick till ca 300 miljoner kronor 2013. Under perioden 2002 – 2013 har de ökat med i snitt 6,5 procent per år.



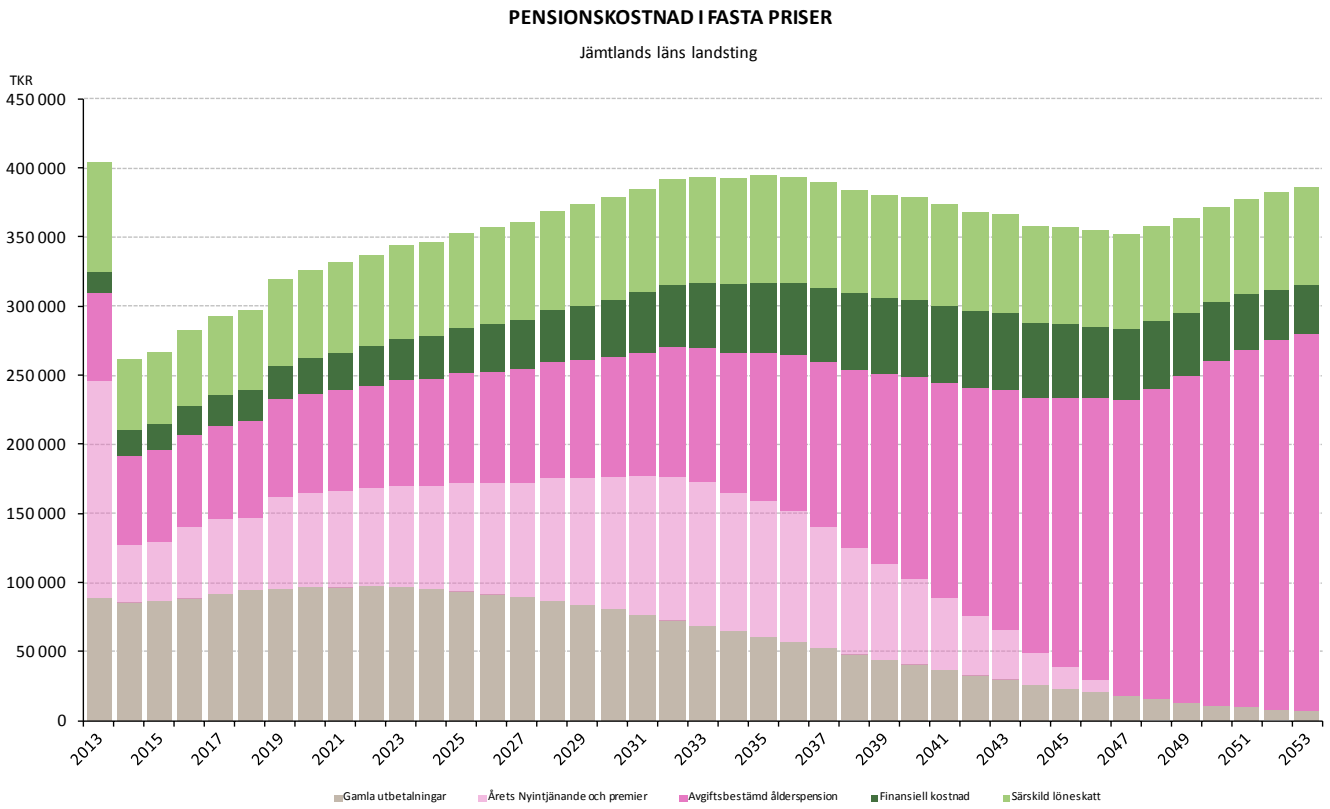
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Snitt period en
Genomsnitt övriga landsting	5,6%	4,5%	4,0%	2,6%	2,4%	2,5%	2,9%	2,6%	3,4%
Jämtlands läns landsting	2,1%	1,8%	6,0%	2,8%	-0,6%	5,2%	2,9%	3,0%	2,9%

I en riksjämförelse har Jämtlands läns landstings nettokostnadsutveckling varit måttlig, men har försämrats de senaste tre åren. Jämförelsen med genomsnittet för samtliga landsting har gjorts från och med 2005 eftersom läkemedelsbidraget före 2005 ingick i verksamhetens nettokostnader. Ökningen mellan 2004 och 2005 blir därmed missvisande stor och förvränger beräkningen av genomsnittsökningen för perioden. I denna sammanställning ingår även engångsåterbetalningarna från AFA-försäkringen 2012 och 2013, vilket trycker ned ökningstakten de sista två åren. Det gäller dock samtliga landsting. Den genomsnittliga nettokostnadsökningen under perioden 2005-2013 var för Jämtlands läns landsting 2,9 procent jämfört med 3,4 procent för övriga landsting. Om landstinget hade haft samma nettokostnadsökningstakt som snittet för övriga landsting, skulle nettokostnadsnivån 2013 ha varit ca 135 miljoner kronor högre än verkligt utfall 2013. Då skulle det följaktligen ha saknats 235 istället för 100 miljoner kronor i slutet av 2013.

3.6 Pensionskostnader

En kostnadsgrupp som kommer att öka kraftigt under kommande år och som landstinget endast till en mindre del kan påverka är pensionskostnaderna. De består både av kostnader för utbetalda pensioner till tidigare anställda, som redan gått i pension och kostnader för nyintjänad pension för de som är anställda på landstinget nu. Det är endast den senare sortens pensionskostnader som går att påverka, genom exempelvis en minskning eller ökning av antalet anställda.

Bild: Pensionskostnader för Jämtlands läns landsting 2013 – 2053 i fasta priser. Källa: KPA prognos från mars 2014/JLL



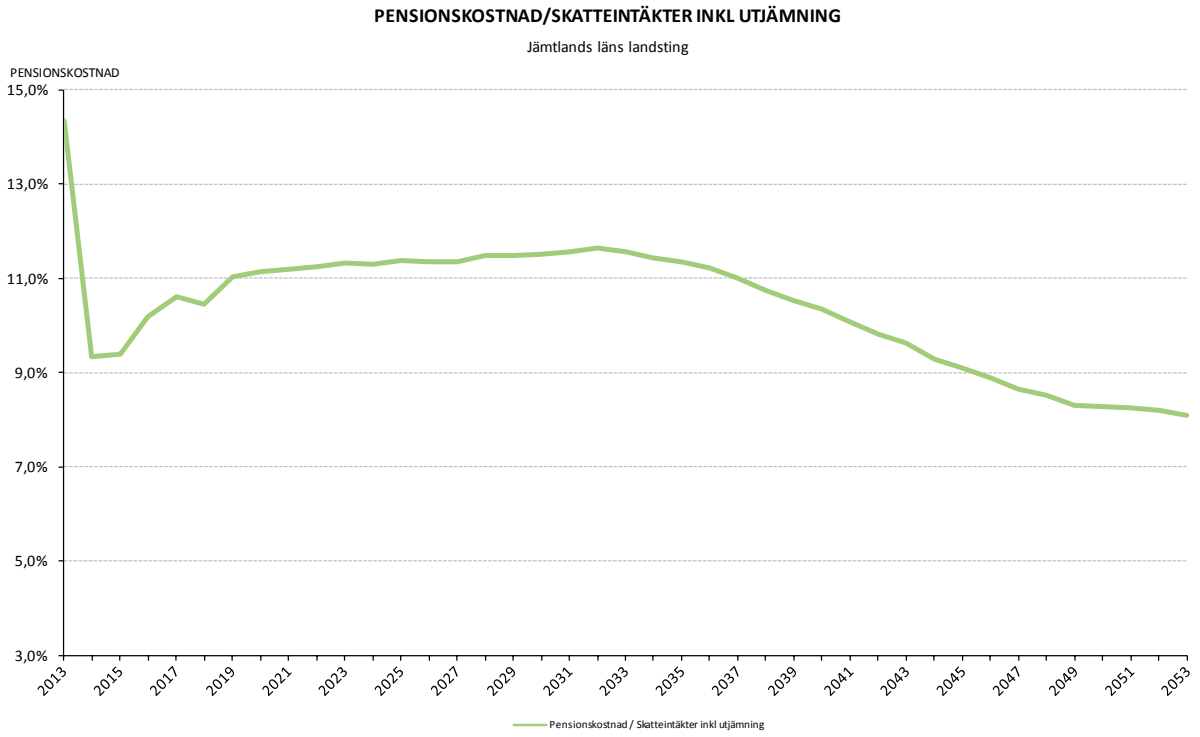
Pensionskostnaderna återfinns både bland verksamhetens kostnader, under personalkostnaderna, samt som finansiella kostnader i finansnettot. De finansiella kostnaderna kommer att öka kraftigt under kommande år. Skatteintäkter och generella statsbidrag behöver därför, förutom att täcka verksamhetens nettokostnader, även täcka den del av de finansiella kostnaderna som inte täcks av finansiella intäkter.

Bilden visar pensionskostnaderna i fasta priser och kan därför direkt jämföras med nuvarande kostnader för personal, övrig verksamhet m m. Pensionskostnaderna kommer de närmaste 20 åren att ta en större andel av intäkterna i anspråk, vilket innebär att de antingen kommer att tränga ut kostnader för annat eller att de kräver en förbättring av intäkterna.

Bilden på nästa sida är ett annat sätt att illustrerar detta på. Den visar pensionskostnadernas andel av skatteintäkter och utjämningsbidrag. Pensionskostnaderna har en viss följsamhet med skatteintäkter och utjämningsbidrag. Till följd av den puckel som orsakas av 40-talisterna och den kraftiga ökningen av antalet anställda som skedde under framför allt 70-talet, kommer emellertid pensionskostnaderna att ta en allt större procentuell andel av landstingets skatteintäkter och utjämningsbidrag i anspråk under åren som kommer.

Den största ökningen av pensionskostnadernas andel sker fram till ungefär 2019, för att nå en maximinivå runt ca 2032.

Bild: Pensionskostnader för Jämtlands läns landsting 2013 – 2053 som andel av skatteintäkter och utjämningsbidrag. Källa: KPA prognos från mars 2014/JLL



4 SLUTSATSER

När det gäller skatteintäkterna har det endast varit under de år som landstingsskattesatsen höjts som skatteintäkterna ökat så kraftigt att det överstigit den ”normala” ökningen av landstingets nettokostnader. Utvägen, att höja skatten, kan förstås inte användas hur många gånger som helst. Landstinget behöver försöka kontrollera ökningstakten på nettokostnadsutvecklingen.

När det gäller utvecklingen av de kommunala utjämningsbidragen, innebar den senaste förändringen en förbättring för landstinget, men fortfarande måste utvecklingen av bidragen för landstingets del anses vara en stor försämring. Många betraktar dessa intäkter som opåverkbara från ett landstingspolitiskt perspektiv. Förr besökte dock grupper av politiker och tjänstemän från landstinget departementet för att med hjälp av fakta och analysunderlag visa på vad som behövdes för att Jämtlands län med våra speciella omständigheter med långa avstånd m m behöver för att våra förutsättningar att bedriva en likvärdig vård ska kunna jämställas med övriga landet. Och man lyckades också få med t ex glesbygdsfaktorn som gjorde systemet på den tiden bättre än vad det annars hade varit. Det finns goda skäl att fundera på om dessa aktiviteter borde återupptas. Frågan är om vi har den statistik om sjukdomar och kostnader som skulle behövas för att kunna göra ett bra underlag för detta syfte.

JÄMTLI

2014-02-14 DNR/ID-nr

Styrelsen för Jämtlands läns landsting
Box 654
831 27 ÖSTERSUND

JÄMTLANDS LÄNS LANDSTING
2014 -02- 17
Dnr LS/...../20.....

Ansökan om ekonomiska medel för etablering av Nationalmuseum Norr på Jamtli

Företrädare för Jamtli har uppvaktat Jämtlands läns landstingsstyrelse med anledning av planerna på och visionen om ett Nationalmuseum Norr på Jamtli. Senast i slutet av januari inbjöds politiker, tjänstemän, näringsliv och media till en träff i seminarieform om Nationalmuseum Norr.

De samlingar Nationalmuseum förvaltar ägs av svenska staten, av oss alla. Det är endast 5% av samlingarna som har kunnat visas i museibyggnaden i Stockholm och museet har ingen fast visningsplats norr om Gävle. Nationalmuseum har ett demokratiskt uppdrag att göra samlingarna tillgängliga för fler människor. Östersund ligger mitt i Sverige och som Nationalmuseums chef Berndt Arell säger är en samverkan med Jamtli självklar eftersom "Jamtli har en väl etablerad och internationellt renommerad verksamhet som kan utvecklas ytterligare med konst". Jamtli är ett etablerat besöksmål som har stor betydelse både för lokalbefolkningen och turismen. Att bibehålla och förnya attraktionskraften hos en sådan anläggning är mycket viktig. Dessutom har Jamtli visat att de är bra på att växla upp investerade medel – varje krona från länet till Jamtli skapar i snitt två nya kronor. Jamtli är en bra investering!

Kvalitetsupplevelser med konst och design stärker Jamtlis, Östersunds och Jämtlands läns attraktionskraft i vid bemärkelse. Med Nationalmuseum Norr får turisterna ytterligare en anledning att besöka, Jamtli, Östersund och Jämtlands län. Nationalmuseum Norr kommer att bli ett "Nationalmuseum med spets", som Nationalmuseum i Stockholm men också annorlunda. De utställningar som visas på NM Norr kommer endast att visas där. Det är en faktor som ytterligare kan locka människor till länet. Nationalmuseum är ett av de starkaste varumärkena i den svenska museivärlden. Att få sätta samman det med Jamtli och Östersund, innebär en förstärkning av Jamtlis varumärke som Norrlands mest angelägna museum och av Östersund som kulturstad.

Bygget och etableringen har kostnadsberäknats till 40 miljoner kronor. Den årliga driftskostnaden beräknas till 9 miljoner kronor. Mer detaljerade kostnadskalkyler framkommer i bilagda handlingar (bilaga 1 och 2).

Med hänvisning till ovanstående äskar Stiftelsen Jamtli ödmjukast om ett bidrag uppgående till 3 200 000 kronor från Jämtlands läns landsting till etableringen av Nationalmuseum Norr. Utifrån tillgänglig information om strukturfonderna under programperioden 2014-2020 menar vi att inbetalning av bidraget kan fördelas över åren 2015-2017.

Stiftelsen Jamtli äskar samtidigt om en permanent årlig ökning av stiftelsens driftanslag om 500 000 kronor årligen från och med 2017.

Henrik Zipsane
Landsantikvarie

JAMTLI
adress Box 709 SE-831 28 Östersund tel +46 63 15 01 00, 15 01 10
fax +46 63 10 61 68 e-post info@jamtli.com www.jamtli.com
plusgiro 3 89 52-8 bankgiro 159-0306 vat.nr SE-802200003031 org.nr 802200-0303

JAMTLI

2014-02-14

Äskan om medel för
Nationalmuseum
Norr
Bilaga 1

Jämtlands läns landstingsstyrelse

Nationalmuseum Norr
Kalkylerade etableringskostnader

– Byggnad (inkl. moms)		32 000 000 SEK
– Magasinsinflyttning		500 000 SEK
– Inredning		2 800 000 SEK
– Utställningsarbete för år 1	800 000 SEK	
– Projektledning (150101 – 170901)	2 300 000 SEK	
– Informationsspridning och marknadsföring	2 400 000 SEK	
– Invigning		100 000 SEK
Totalt		***40 100 000 SEK***

JAMTLI
adress Box 709, SE-831 28 Östersund tel +46 63 15 01 00, 15 01 10
fax +46 63 10 61 68 e-post info@jamtli.com www.jamtli.com
plusgiro 3 89 52-8 bankgiro 159-0306 vat.nr SE-893200030031 org.nr 893200-0303

JÄMTLI

2014-02-14 Äskan om medel
för Nationalmuseum Norr
Bilaga 2

Jämtlands läns landstingsstyrelse

Nationalmuseum Norr
Kalkylerad årlig driftskostnad

	basnivå	**utökad nivå**
– Utställningsverksamhet	495 000 sek	570 000 sek
– Program och marknadsföring	1 675 000 sek	3 375 000 sek
– Lokaldrift och avskrivning	3 300 000 sek	3 300 000 sek
– Personal (inkl. LKP)	3 445 000 sek	4 030 000 sek
Totalt	***8 915 000 sek***	***11 275 000 sek***

JAMTLI
adress Box 709, SE-831 28 Östersund tel +46 63 15 01 00, 15 01 10
fax +46 63 10 61 68 e-post info@jamtli.com www.jamtli.com
plusgiro 3 89 52-8 bankgiro 159-0306 vat.nr SE-893200003031 org.nr 893200-0303

Beslutsunderlag för varumärkesarbete, region 2015

Styrgruppen för regionbildning 2015 beslutade vid mötet 140131 att:

- Namnförslag ska beslutas på kommande styrgrupp (140225) för rekommendation till landstingsfullmäktige.
- En extern konsult anlitas för introduktion om varumärkesarbete.
- I huvudsak ska arbetet med varumärket bedrivas med egna resurser.
- Delprojektet ska till kommande sammanträde ta fram kostnader för arbetet med fördelning på kostnader för år 2014 och 2015 och framåt.
- Beslut om plan och kostnader beslutas på kommande sammanträde.

- **Utgångspunkt:**

Förslaget har som utgångspunkt att på bästa och mest effektiva sätt lägga grunden till ett starkt varumärke för den blivande regionen.
Genom att nyttja landstingets och regionförbundets befintliga kompetenser så långt det är möjligt och att använda externt stöd enbart där intern kompetens saknas, läggs denna grund på det mest kostnadseffektiva sättet.

- **Syfte:**

Ett strategiskt varumärkesarbete har som främsta syfte att få medarbetarna att känna stolthet över sin arbetsplats samt att stärka utvecklingskraften i organisationen. Detta bidrar i sin tur till att attraktionskraften för hela länet ökar.
En stolt organisation med en stark intern utvecklingskraft bygger på en organisation med kompetenta medarbetare som är motiverade och engagerade och som kan driva utveckling inom det egna ofta högt specialiserade området.
För att säkra framtida rekrytering - och samtidigt få kompetenta medarbetare att vilja arbeta kvar - är det av avgörande betydelse att organisationen upplevs som välkänd, omtyckt och intressant ur såväl ett förtroendeperspektiv som ett kompetensperspektiv.
Utvecklingen av organisationens egen kompetens - och stoltheten över densamma - går på så sätt hand i hand med både regionens attraktionskraft och samhällsnytta och kan bidra till att visionen om regionens framtida position blir framgångsrik:
"En synligare region, en samlad region som vill tänka nytt, kan ta mer plats och bli mer synlig och definierad i omvärlden, både nationellt och internationellt. Självförtroende och självbild stärks."

(ur projektplanen för regionbildning, antagen av landstingsstyrelse och regionstyrelse)

- **Varumärkesarbete i praktiken:**

Ett varumärke innehåller väldigt mycket mer än det visuella varumärket, logotypen.
Varumärkesarbete i en stor organisation är ofta en process som tar tid. Varumärkesarbete i praktiken kan beskrivas som en lärandeprocess indelat i fyra faser.

1. **Analysfas**

Planering
Informationsinsamling och nulägesanalys (SWOT-analys, målgruppsanalys, konkurrentanalys)

2. **Strategi**

Verksamhetsidé och vision
Grafisk profil
Värdegrund
Positionering

3. **Aktivitetsfas**

Förankring
Organisering internt
Kommunikation

4. **Utvärdering**

- **Integrering med befintliga strategier:**

Ett varumärkesarbete enligt det här förslaget har stora möjligheter att systematiskt och kostnadseffektivt ta vara på och pussla ihop redan befintliga strategier, visioner, kärnvärden, pågående lean-arbete med mera. Regionens budskap förstärks och återkommer på så sätt i flera och centrala sammanhang för såväl medarbetare och medborgare.

Förslag till plan för varumärkesarbete

Vad?	**Genomförs**	**Budgetår**	**Kostnad, alt 1:** (se nedan, Behov av inköpa tjänster)	**Kostnad, alt 2:**
Ny grafisk profil inkl. logotype	2014	2014-15	Arbetskostnad medarbetare 500 000 kr	Från byrå: 1,5 milj
Projektledning varumärkes-arbete	2014- 2015	2015	Arbetskostnad medarbetare 900 000 kr	Från byrå: 1,5 milj
Extern webbplats	2014-2015	2015	Arbetskostnad medarbetare 500 000 kr	Från byrå: 1,0 milj
Intern webbplats	Våren 2015	2015	Arbetskostnad medarbetare 200 000 kr	Från byrå: 0,5 milj
Intern kommunikation	Hösten 2014	2014-15	Arbetskostnad medarbetare 200 000 kr	Från byrå: 0,5 milj
Strategi marknadsföring + kostnad	2015	2015	Arbetskostnad medarbetare 150 000 kr + 0,5 milj	Från byrå: 0,5 milj + 0,5 milj
Introduktion varumärkesnytta	Vår 2014	2014	Från byrå: 30 000	Från byrå: 30 000 kr
Strategi - vision, värdegrund, positionering mm	2014-2015	2015	Från byrå: 1,0 milj kr	Från byrå: 1,0 milj kr
SUMMA:			**3 980 000 kr**	**8 030 000 kr**

ÖVRIGT				
Byte av skyltar	2014-15	2015?	1,5-4 milj	Fastighetsenheten

- **Kostnad:**

Kostnaden för varumärkesarbetet enligt det här förslaget, beräknas till minst 4 miljoner kronor. I den summan ingår lönekostnaden för det varumärkesarbete befintlig personal utför.
Kostnad för byte av skyltar är inte medräknad.
Tillkommer gör även en marknadsföringskostnad som kan variera stort beroende på ambitionsnivå. I det här förslaget är den beräknad till 0,5 miljoner kronor under 2015, en lågbudgetvariant beräknad på begränsad marknadsföring i länets dagstidningar, i länets annonsblad, affischering, webbannonsering samt annonsering i sociala medier.

Kostnadsfördelning årsvis:
Budgetår 2014: 530 000 kr (grafisk profil, projektledning, introduktion)
Budgetår 2015: 3 450 000 kr

- **Internt arbete:**

I förslaget anlitas befintlig intern kompetens på mest kostnadseffektiva sätt och till cirka 75% av hela kostnaden för 2014-15 – det handlar bland annat om projektledning av varumärkesarbetet, färdigställande av grafisk profil inklusive ny logotype, färdigställande av nya webbplatser, internkommunikation, marknadsföringsstrategi mm.
Kostnader för det interna arbetet avser enbart lönekostnad, inte OH-kostnader.

Det löpande och dagliga kommunikationsarbete som i och med varumärkesarbetet berörs, prioriteras om eller köps in i samråd mellan kommunikationschef och respektive direktör.

- **Behov av inköpta tjänster**

från byråer/frilansande journalister mm motsvarar runt 3 milj kr under 2014 och 2015:

- Löpande kommunikationsstöd till verksamheterna (kommunikations- och aktivitetsplanering vid projekt, stabsarbete, införande av nya system mm)
- Löpande grafiskt kommunikationsstöd till verksamheterna (formgivning av annonser, affischer, infoblad, internt material…)
- Löpande patientinformation
- Stöd i mediafrågor
- Utveckling och administration av sociala medier
- Löpande textproduktion till webbar, affischer, infomatierial
- Löpande redigering och korrektur av informationstexter
- Mallproduktion till nya webbar
- Överflyttning och uppdatering av information till nya webbar
- Produktion och utveckling av löpande webb-enkäter

- **Externt arbete:**

Extern kompetens för varumärkesarbetet anlitas enbart där spetskompetens inte finns att tillgå internt. Den beräknas till 25% av kostnaden och omfattar delar inom varumärkesarbetet som

processledning kring regionens vision och kärnvärden, önskad framtida positionering, undersökningar och analys av nuläge med mera.
Att anlita extern kompetens inom ovanstående områden innefattar även omfattande lärande och kompetensutveckling för samtliga involverade medarbetare.

Styrgruppen för regionbildning antar förslaget till plan för varumärkesarbete vid styrgruppsmötet i mars efter att föreläsningen ”Nyttan av ett varumärkesarbete” ägt rum.

Förslag till beslut:

Inriktning på beslutet är:

1. Intern kompetens används på mest kostnadseffektiva sätt och till cirka 75% av kostnaden.
2. Extern kompetens anlitas enbart där spetskompetens inte finns att tillgå internt. Den beräknas till drygt 25% av kostnaden.
3. För att frigöra den interna kompetens behöver minst 4 miljoner kr avsättas för externa köp. En summa som nyttjas i samråd med direktörerna.
4. Av kostnaderna avsätts ca 500 tkr 2014 och 3500 tkr 2015
5. Byte av skyltar ska prioriteras till kostnaden 2 mkr 2015.

Styrgruppen godkänner förslaget och föreslår landstingsstyrelse och regionstyrelse antar planen för varumärkesarbetet och avsätter 250 tkr varder under 2014.

Vidare föreslår styrgruppen att landstingsstyrelsen beaktar behovet att avsätta 5500 tkr 2015 i anslutning till fastställande av landstings(region)plan för 2015.

Regionförbundet Jämtlands län

2014-04-08

Styrgrupp frö Region 2015

PROTOKOLLSUTDRAG

§ 23. Förlag till beslut om Regionala kollektivtrafikens tillhörighet, länstrafikens finansiering och organisation

Ruth Eriksson informerar om hur styrgruppen för delprojekt arbetat och vilka förslag som kommit fram. Uppdraget har varit att ta fram förslag på var den regionala kollektivtrafik-myndigheten ska placeras och konsekvenser av detta.
Arbetsgruppen som haft regionförbundets beredning för infrastruktur och kommunikationer kompletterad med ej representerade partier som politisk ledningsgrupp har lämnat ett förslag på att regionen ska överta ansvaret för kollektivtrafiken och att kostnaden för denna ska skatteväxlas.
Den kommunala referensgruppen har vid sitt sammanträde den 7 april 2014 informerats om förslaget.
Beslutsunderlag
Kollektivtrafik Region 2015 – 20140331

Ledningsgruppens förslag

1. Regionala kollektivtrafikmyndigheten i Jämtlands län organiseras inom Region Jämtland Härjedalen.
2. Region Jämtland Härjedalen övertar hela kostnadsansvaret för kollektivtrafiken genom en skatteväxling från kommunerna till landstinget.
3. Nivån på skatteväxlingen beräknas utifrån nu kända förhållanden i SKL:s prognoser i cirkulär 14:02, Landstingets ekonominytt 17/13 och en uppräkning av Länstrafikens budget 2014. Den preliminära beräkningen innebär att skatteväxling ska göras på 34 öre.
4. Samråd mellan kommunerna och regionen om kollektivtrafik sker genom Regionens samverkansråd.

Besluten gäller under förutsättning att riksdagen beslutar att Jämtlands läns landsting ska få överta det regionala utvecklingsansvaret enligt lagen om regionalt utvecklingsansvar i vissa län.

YRKANDE
Robert Uitto yrkar ”Delprojektet Kollektivtrafik uppdras att till kommande styrgrupp återkomma med en analys och beskrivning kring avveckling av Länstrafiken som bolag för överföring till förvaltning. Rapporten ska vara klar senast den 15 maj 2014.”.

Utdragsbestyrkande

PROPOSITION
Ordförande ställer proposition på R Uittos yrkande och finner det antaget.
Ordförande ställer proposition på Ledningsgruppens förslag och finner det antaget.

Styrgruppens beslut

1. Delprojektet Kollektivtrafik uppdras att till kommande styrgrupp återkomma med en analys och beskrivning kring avveckling av Länstrafiken som bolag för överföring till förvaltning. Rapporten ska vara klar senast den 15 maj 2014

2. Styrgruppen för projekt Region 2015 rekommenderar landstinget och kommunerna att besluta

    1. Regionala kollektivtrafikmyndigheten i Jämtlands län organiseras inom Region Jämtland Härjedalen.
    2. Region Jämtland Härjedalen övertar hela kostnadsansvaret för kollektivtrafiken genom en skatteväxling från kommunerna till landstinget.
    3. Nivån på skatteväxlingen beräknas utifrån nu kända förhållanden i SKL:s prognoser i cirkulär 14:02, Landstingets ekonominytt 17/13 och en uppräkning av Länstrafikens budget 2014. Den preliminära beräkningen innebär att skatteväxling ska göras på 34 öre.
    4. Samråd mellan kommunerna och regionen om kollektivtrafik sker genom Regionens samverkansråd.

    Besluten gäller under förutsättning att riksdagen beslutar att Jämtlands läns landsting ska få överta det regionala utvecklingsansvaret enligt lagen om regionalt utvecklingsansvar i vissa län.

Mats El Kott lämnar en protokollskrivelse enligt bilaga.

Utdragsbestyrkande

Regionförbundet Jämtlands län

Ruth Ericsson
Regional kollektivtrafikmyndighet
Tfn 063-146561
ruth.ericsson@regionjamtland.se
Marianne Ottersgård
Jämtlands läns landsting
Tel 063-147676
marianne.ottersgard@jll.se

PM 2014-03-31
Dnr RS: 2013/467
LS 973/2013

Projekt Region 2015

DELRAPPORT
REGION 2015 – KOLLEKTIVTRAFIK

Innehåll

Region 2015 – kollektivtrafik 1
Förslag 2
Inledning 2
Nuläge 3
Uppdrag 4
Hur ska RKM organiseras och finansieras 5
Ägar- och intressentinflytande 8
Driftsorganisation, analys för- och nackdelar med att ha verksamheten i ett bolag eller i förvaltning 9
Om parterna inte kan enas 11
Bilaga 1 Kommunalekonomisk utjämning 14
Bilaga 2 Kartor 20

Förslag

- RKM organiseras inom Region Jämtland Härjedalen och finansieras genom en skatteväxling
- Region Jämtland Härjedalen övertar hela kostnadsansvaret för kollektivtrafiken genom en skatteväxling från kommunerna till landstinget
- Nivån på skatteväxlingen beräknas utifrån nu kända förhållanden SKL:s prognoser i cirkulär 14:02, Landstingets ekonominytt 17/13 och en uppräkning av Länstrafikens budget 2014. Den preliminära beräkningen innebär att skatteväxling ska göras på 34 öre.
- Ansvar för infrastruktur kopplad till kollektivtrafiken väntsalar, väderskydd och hållplatser på kommunala gator och vägar ska fortsatt vara en kommunal angelägenhet
- Tilläggsöverenskommelser kan träffas om en kommun vill ha en högre standard i trafiken eller rabatterade priser för sina kommuninvånare
- Kommunerna ska kunna lämna över uppdrag om färdtjänst och skolskjuts till myndigheten genom särskild överenskommelse, på samma sätt som i dag.
- Samråd mellan kommunerna och regionen om kollektivtrafik formaliseras på olika nivåer Regionens samverkansråd (RSR), årliga trafiksamråd och kontinuerlig dialog
- Former för driftsorganisation redovisas i denna PM och styrgruppen för projekt Region 2015 får i tilläggsdirektiv ange fortsatt inriktning av utredningen i den frågan
- Den slutliga överenskommelsen ska regleras i ett avtal.

Inledning

Jämtlands län förbereder sig för regionbildning. Det innebär att verksamheterna i Jämtlands läns landsting och Regionförbundet Jämtlands län bildar Region. Det kan även tillkomma övergripande uppgifter från länsstyrelsen. Syftet är att frågor om länets utveckling ska hanteras effektivare och med kompetens samlade i en organisation.

Förberedelserna inför regionbildningen pågår i ett projekt Region 2015. Frågan om hur kollektivtrafiken ska organiseras utreds i ett delprojekt, Kollektivtrafik. I delprojektet är uppdraget att lämna förslag till hur regional kollektivtrafik myndighet (RKM) ska organiseras, hur den ska finansieras, hur intressentsamråd kan organiseras och slutligen analysera för- och nackdelar med att Länstrafikbolaget är kvar eller att verksamheten inlemmas i förvaltningsorganisationen för regionkommunen.

Delprojektet har genomfört två seminarier med representanter från alla kommuner, projektets styrgrupp har haft fyra möten 2013-12-02, 2014-01-20, 2014-03-05 och 2014-03-24.

Nuläge

En ny lag om hur kollektivtrafiken skall organiseras i landet trädde i kraft 2012, lag (SFS 2010:1065 om kollektivtrafik). Den föreskriver att det i varje län/region ska finnas en regional kollektivtrafikmyndighet (RKM) som ska ansvara för de strategiska besluten om kollektivtrafiken. Lagstiftningen betonar att kollektivtrafiken är en regional verksamhet, som ska vara trafikslagsövergripande.

Inför 2012, då lagen om kollektivtrafik ändrades, beslöt länets kommuner och landstinget att RKM skulle inrättas inom Regionförbundet Jämtlands län. Myndighetens uppgift framgår av förbundsordningen § 6

- fatta strategiska beslut om kollektivtrafiken i länet
- upprätta och fastställa ett trafikförsörjningsprogram för kollektivtrafiken
- fatta beslut om allmän trafikplikt enligt kollektivtrafikförordningens bestämmelse
- ansvara för färdtjänst enligt lag 1997:736 och riksfärdtjänst enligt lag 1997:735 i de fall kommuner överlåtit uppgiften till myndigheten.

Kollektivtrafiken i ett län har sedan lagen om trafikhuvudman tillkom 1978 varit en angelägenhet för kommunerna och landstinget. I Jämtlands län har kostnaden delats mellan kommunerna och landstinget. Kostnadsfördelningen har varierat över tiden.
Finansieringen regleras i en bilaga till förbundsordningen och reviderades fr o m 2014, grundprincipen är att parterna, kommunerna och landstinget, betalar för trafiken utifrån hur trafikens definieras. Landstinget har kostnadsansvar för interregional trafik (inkl tågtrafik) och stomlinjer, kommunerna för de lokala (inomkommunala) linjerna. OH-kostnaden (personalkostnad, trafikomkostnad, övriga omkostnader och avskrivningar) fördelas mellan kommunerna och landstinget i förhållande till km-produktionen som respektive part har kostnadsansvar för.

De operativa uppgifterna har uppdragits åt Länstrafiken i Jämtlands län AB (Länstrafiken) att utföra. Uppdragsavtalet mellan regionförbundet Jämtlands län och Länstrafiken reglerar bolagets uppdrag.

Länstrafiken i Jämtlands län AB ägs sedan 2012 av Regionförbundet Jämtlands län.
Norrtåg AB bildades 2008 av dåvarande trafikhuvudmännen i Västernorrland, Västerbotten, Norrbotten och Jämtland. Norrtågs uppdrag är att bedriva tågtrafik, genom avtal med trafikföretag eller i egen regi, inom region Norrland och därmed förenlig verksamhet. I Jämtlands län är Länstrafiken f n ägare av Norrtåg AB.
AB Transitio är ett samriskföretag som ägs av landets RKM, i Jämtlands län Regionförbundet. Bolaget har till uppgift att stödja sina aktieägare i frågor om upphandling, finansiering förvaltning m m av spårfordon.

Särskild kollektivtrafik

Särskild kollektivtrafik är ett samlingsnamn på kollektivtrafik för en viss kategori resenärer ex vis sjukresor, färdtjänst och skolskjutsar. Det krävs särskilt tillstånd att åka med denna trafik. I länet finns ett samarbete om särskild kollektivtrafik. Landstinget/kommunerna kan överlåta ansvaret för dessa uppgifter till RKM. Detta regleras i särskilt avtal. Avtal om samordning av samhällsbetalda resor i Jämtlands län påverkas inte av regionbildningen. Region Jämtland Härjedalen blir avtalspart i stället för Regionförbundet Jämtlands län.

För att en verksamhet ska kunna skatteväxlas förutsättas att alla kommuner överlåtit ansvaret till RKM. Alla kommuner har inte anslutit sig till samordningen.

Infrastruktur

För att kollektivtrafiken ska bli attraktiv för resenärerna krävs vissa kollektivtrafikanordningar i from av väntsalar, gatumöbler, belysning, hållplatser och anordningar på kommunala gator och vägar. Kommunerna har ansvar för infrastruktur kopplad till kollektivtrafiken. Länstrafiken har ansvar för drift och underhåll av trafikantinformation på hållplatsers, väntsalar och terminaler (tidtabeller/topptavlor/monitorer).

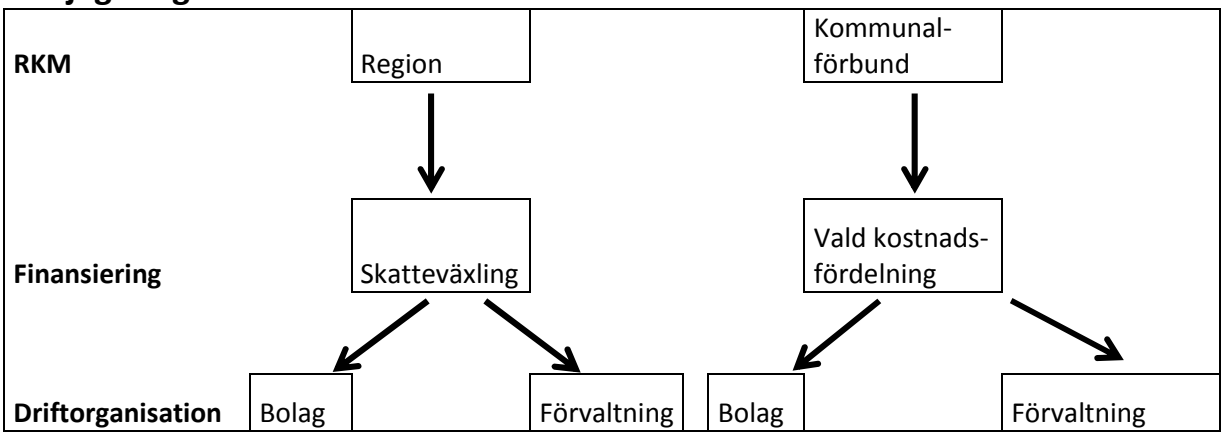
Uppdrag

Det uppdrag som delprojekt Region 2015 – kollektivtrafik har att utreda är hur kollektivtrafiken ska organiseras. Frågan har delas upp i några delfrågor:

- Hur ska RKM organiseras
- Hur ska verksamheten finansieras
- Hur ska ägar- och intressentsamråd organiseras
- Driftsorganisation, analys av för- och nackdelar med ett bolag alt verksamheten organiseras i förvaltningsform.

För varje punkt finns olika alternativ till lösning, men när organisation för RKM beslutas så begränsar det alternativen i de följande punkterna, se skiss nedan.

Möjliga organisationsformer av kollektivtrafiken



Hur ska RKM organiseras och finansieras

RKM:s uppgift är att, i förvaltningsform, vara den som ansvarar för den regionala kollektivtrafiken. RKM ska fatta de strategiska besluten om trafikutbud, tillgänglighet, miljöprestanda, prissättning et c. Besluten får då en politisk förankring och kan överklagas. Regional kollektivtrafik är all allmän trafik som är offentligfinansierad. De formella uppgifterna är att

- Ta fram och fastställa ett regionalt trafikförsörjningsprogam
- Besluta om allmän trafikplikt inför varje trafikupphandling
- Besluta om färdtjänst/riksfärdtjänst om uppgiften överlåtits till RKM
- Besluta i principiella frågor om kollektivtrafiken ex vis taxeförändringar
- Ta emot anmälningar om kommersiell trafik.

I propositionen framgår att kollektivtrafik ska betraktas som en regional angelägenhet. Kollektivtrafikens verkar i en komplex omgivning där strategiska beslut behöver samverka med andra beslut som bebyggelseplanering, regional utveckling, miljöförbättrande åtgärder, transportinfrastrukturinvesteringar och åtgärder som minskar utanförskap. I propositionen framhålls vikten av att det finns ett samband mellan kollektivtrafikplaneringen och den regionala utvecklingsplaneringen. En fungerande regional kollektivtrafik är en förutsättning för en hållbar tillväxt i regionerna. Detta talar för att de politiska besluten bör fattas i ett sammanhang där andra politiska beslut fattas. Åtgärder kan därmed vägas mot varandra för att uppnå politiska mål i regionens utveckling.
Under de två år som lagstiftningen verkat har utvecklingen av kommersiell kollektivtrafik varit mycket begränsad i Jämtland men även övriga landet.

I processen med att utarbeta trafikförsörjningsprogram betonas samrådet. Intressenterna ska i största möjliga utsträckning enas kring ett förslag. Trafikförsörjningsprogrammet ska vara det viktigaste styrinstrumentet för kollektivtrafikens utveckling. Det ska uppdateras ”vid behov” vilket kan tolkas som en gång per mandatperiod.

Finansiering

Sedan 2012 har RKM det ekonomiska ansvaret för all regional kollektivtrafik i länet. Läggs RKM i den nya regionorganisationen ska en skatteväxling göras. Skatteväxling innebär att den organisation (landstinget) som får ett utökat ansvar ges möjlighet att höja sin skattesats samtidigt som den organisation (kommunerna) som får ett minskat ansvar sänker sin skattesats i motsvarande grad. Den mottagande organisationen får på detta sätt det finansiella utrymme som motsvarar kostnaden för den övertagna verksamheten. För den enskilde länsinvånaren (skattebetalaren) blir det ingen ekonomisk effekt då den totala utdebiteringen blir oförändrad.

Grundprincipen är att kostnaden för eventuella framtida ambitionsförändringar faller på den som tar på sig ansvaret för en verksamhet (landstinget/regionen).

Bilaga 1 redovisning av skatteväxling.

I beräkningen för skatteväxling ingår kostnaden för den verksamhet som Länstrafiken i Jämtlands län AB bedriver. De uppgifter som kommunerna f n har ansvar för infrastruktur kopplad till kollektivtrafiken väntsalar, väderskydd och hållplatser på kommunala gator och vägar ingår inte i skatteväxlingen.

Förslag - RKM organiseras inom Region Jämtland Härjedalen och finansieras genom en skatteväxling

Av propositionen framgår att regeringen anser att regionen (samverkansorganet) kan vara lämpligt för uppgiften att vara RKM. En region är i juridiskt avseende ett landsting – alla kommuner och landstinget måste vara överens om att regionen ensam ska vara ansvarig. Syftet med att bilda region är att frågor om länets utveckling ska hanteras effektivare och med kompetens samlad i en organisation. RKM bör därför placeras inom Region Jämtland Härjedalen.

- Region Jämtland Härjedalen är ett direktvalt organ som får ansvaret för kollektivtrafiken därmed underlättas även ansvarsutkrävande.
- Region Jämtland Härjedalen är en länsarena där en myndighet som RKM naturligt kan placeras.
- Region Jämtland Härjedalen ansvarar för utvecklings-, miljö- och infrastrukturfrågor.
- Region Jämtland Härjedalen har ansvar för utvecklingsplanering, där kollektivtrafiken utgör en del.

- Kollektivtrafik bidrar till regional utveckling och sträcker sig ibland över länsgränsen.
- Det blir färre ”led” från finansiär till utförare.
- Tilläggsöverenskommelser kan träffas för att finansiera satsningar som inte har ingått i skatteväxlingen.
- Kommunerna har inget formellt inflytande eller ekonomiskt ansvar. Kommunernas engagemang i trafikfrågor måste formaliseras i intressentsamråd.

Kommentar
I de län som bildat region Västra Götaland, Halland och Skåne är RKM organiserad inom regionen.
Län som är aktuella för regionbildning 2015, förutom Jämtlands län, är Jönköping, Gävleborg, Östergötland, Örebro och Kronobergs län. I Jönköping, Gävleborg, Östergötland och Örebro organiserades RKM inom landstinget och en skatteväxling gjordes från 2012 när ny lag om kollektivtrafik trädde i kraft. Det kan ses som en förberedelse för regionbildningen. I Kronobergs län är RKM f n organiserat i regionförbundet, en skatteväxling planeras till 2015.

Tilläggsöverenskommelse

Kollektivtrafikens utveckling ska i första hand ske genom gemensamma processer. Det ska råda en samsyn mellan kommunerna och Region Jämtland Härjedalen om vilka förändringar i trafikutbudet och produkter som kan/bör förändras. Det innebär att en kommuns önskemål om förändringar i kollektivtrafiksystemet gällande exempelvis trafikutbud och priser diskuteras inom ramen för intressentinflytande.

Om en kommun har önskemål om åtgärder som inte är prioriterade enligt trafikförsörjningsprogrammet och inte ingår i den verksamhet som skatteväxlades kan kommunen göra tilläggsköp förutsatt att dessa är förenliga med målen i trafikförsörjningsprogrammet och inte är systempåverkande. Tilläggsköpen måste självfallet också ligga inom den kommunala kompetensen och beakta likställighetsprincipen. Exempel på vad en tilläggsöverenskommelse kan innehålla är om trafiken ska bedrivas med andra fordon än vad RKM bedömer som tillräckligt bra, turtäthet på en befintlig linje eller ytterligare linjer. Tilläggsöverenskommelser kan också komma i fråga när en kommen anser att kollektivtrafiktjänsterna ska vara billigare för alla eller vissa resenärsgrupper.

Det är viktigt att tillköpen hanteras ansvarsfullt så att inte administrativa gränser förstärks samt att enkelhet gentemot resenärerna värnas. Det kan därför vara lämpligt att Region Jämtland Härjedalen och kommunerna avtalar om ett tilläggsköp med tydliga villkor. Principen för tillköp är att Region Jämtland Härjedalen fullt ut ska kompenseras för den ökade nettokostnaden. Här ingår också bedömt intäktsbortfall. Tilläggsköp bör gälla för bestämd tidsperiod och utvärderas innan eventuell ny överenskommelse träffas.

Kommentar
Gävleborg skatteväxlade 2012 med 26 öre. Skatteväxlingen omfattade trafikkostnader och terminalkostnader, men inga tjänster från kommunerna. Länstrafikbolaget ombildades till en förvaltning inom landstinget. Där finns fyra tilläggsöverenskommelser, ett tillägg avser ett färdbevis ”65 + Gävle” som gäller inom Gävle kommun, två tillägg som avser ungdomskort i Söderhamns och Hudiksvalls kommuner, det fjärde avse utökat trafikutbud.

Västmanland har organiserat RKM inom landstinget, och har genomfört en begränsad skatteväxling 4 öre, samtliga trafikkostnader betraktas som tilläggsköp. Skatteväxlingen avser endast länstrafikens administration.

Ägar- och intressentinflytande

I propositionen betonas vikten av kommunal delaktighet i planering och utveckling av kollektivtrafiken. Samverkan mellan regionen och kommunerna är nödvändig för att skapa en attraktiv kollektivtrafik utifrån resenärernas behov. Samverkan krävs på såväl strategisk nivå som i operativa frågor.

I Gävleborgs utredning om ny regional kollektivtrafikmyndighet konstateras att ”den nya lagstiftningen ställer ökade krav på ett regionalt planeringsperspektiv vilket innebär att kommunerna och landstinget tillsammans måste anlägga ett helhetsperspektiv för länet”.

Förslag till samrådsorganisation

Samrådsorganisationen ska formaliseras och finnas på flera nivåer

- I förslag till organisation, för den nya regionkommunen fr o m 2015, föreslås att i ”Jämtlands län inrättas ett organ kallat Regionens samverkansråd (RSR). Det ska bestå av ett råd från varje kommun och tre råd från Region Jämtland Härjedalen. Dess uppgift är bl a att vara forum för att diskutera för Regionen och kommunerna gemensamma frågor.” Områden som särskilt pekas ut är samhällsbyggnadsfrågor inklusive infrastruktur och kollektivtrafik.
- Trafiksamråd – ett årligt informations- och diskussionssamråd med samtliga kommuner behålls. Här deltar representanter för respektive kommun och RKM. Kommunen utser vilka som ska delta
- Kontinuerlig dialog inrättas utifrån de behov som finns vid varje tillfälle ex vis frågor om hållplatser, trafikförändringar och upphandlingar.

Kommentar
I regionens samverkansråd ska frågor som rör myndighetsbeslut, regionalt trafikförsörjningsprogram, allmän trafikplikt m m behandlas. Samrådsgruppen ska också

löpande följa kollektivtrafikens utveckling, måluppfyllelse, ekonomiska resultat och information om tilläggsöverenskommelser.

För att den dagliga driften av kollektivtrafiken ska fungera på bästa sätt är det viktigt att det finns effektiva och etablerade former för samverkan mellan RKM och kommunerna. Kommunerna bör därför även i fortsättningen ha en tjänsteman som är ansvarig kontaktperson gentemot RKM. Dessa utsedda personer får tillsammans med RKM ett stort ansvar för att hantera alla praktiska frågor kring driften av kollektivtrafiken, men också för att fånga upp och kanalisera frågor som kan bidra till att kollektivtrafiken utvecklas positivt.
Huvudsakliga frågeområden är

- Trafikplanering (tidtabeller, linjesträckning)
- Drift (trafikstörningar, hållplatser, terminaler)
- Övrigt (information, attitydarbete m m)

Driftsorganisation, analys för- och nackdelar med att ha verksamheten i ett bolag eller i förvaltning

Kollektivtrafiken i ett län har sedan lagen om trafikhuvudman tillkom 1978 varit en angelägenhet för kommunerna och landstinget. Möjliga organisationsformer har då varit kommunalförbund, gemensam nämnd eller aktiebolag. Aktiebolag har varit den vanligaste organisationsformen. Aktiebolaget är en organisationsform som hanterar det delade ansvaret med fler ägare.

Den nuvarande kollektivtrafiklagen fr o m 2012 (SFS 2010:1065 om kollektivtrafik) föreskriver att det i varje län/region ska finnas en RKM som ansvarar för de strategiska besluten om kollektivtrafiken. Förslaget här är att RKM ska organiseras inom Region Jämtland Härjedalen och finansieras genom skatteväxling. Regionförbundet Jämtlands län är f n ensam ägare till Länstrafiken i Jämtlands län AB. Motivet för aktiebolag p g a ansvarsfördelning mellan fler ägare finns därmed inte längre.

När RKM inrättas 2012 behölls bolaget. Det fanns då en idé ett om ett ökat formaliserat samarbete mellan norrlandslänen Norrbotten, Västerbotten Västernorrland och Jämtland. Tanken var att varje län skulle inrätta en RKM men bilda en gemensam driftorganisation. I det perspektivet ansågs då enklast att behålla bolaget. Av olika skäl genomfördes inte idén om ett ökat formaliserat samarbete. Ett annat skäl för att behålla bolaget var att regionförbundet då var en strategisk organisation med litet inslag av driftverksamhet. Detta ändras i o m regionbildningen då verksamheten blir en del av landstinget.

Länstrafiken i Jämtlands län AB har till uppgift att operativt svara för de uppgifter som RKM beslutar om i trafikförsörjningsprogram och allmän trafikplikt. Det är uppgifter som

upphandling, avtalsuppföljning, framtagning av tidtabeller, hantering av biljettintäkter, biljettmaskiner, hållplatser, marknadsföring, statistik och bussgods m m. All allmän trafik i länet är upphandlad och bedrivs av ett antal trafikutövare.
Den operativa verksamheten kan organiseras

- i bolag eller
- i förvaltningsform.

Organisation av driftorganisation i landet varierar och det oberoende av hur RKM är organiserad.

Förvaltning	**Aktiebolag**
Fördelar	**Fördelar**
Tydlig politisk styrning av verksamheten	Tydlig uppdelning mellan politiskt strategiska beslut och operativ verksamhet
Ingår i den reguljära revisionen och övriga kontrollapparaten inom landstinget, viss samordning av administrativa rutiner och tillgång till specialkompetens som jurist, upphandlare m m	Avgränsad ekonomi
Inarbetat varumärke kan behållas	Inarbetat varumärke kan behållas
Enklare hantering av myndighetsutövning för färdtjänst/riksfärdtjänst	Affärsmässighet är grundläggande i ett aktiebolag
Ökad insyn	Korta beslutsvägar inom bolaget
Nackdelar	**Nackdelar**
Mindre tydlig uppdelning mellan politiskt strategiska beslut och operativ verksamhet	Aktiebolagslagen ställer krav på revision m m utöver landstingets ordinarie
Sämre avgränsning av kollektivtrafiken från övrig verksamhet vad gäller finansiering, ekonomiadministration och system.	Helägda bolag för reguljär drift strider mot landstingets/regionens praxis
Kräver anpassning av landstingets ekonomimodell och system	Den begränsade resurs som finns för kollektivtrafik splittras upp på två, förhållandevis, små organisationer.
Kortsiktiga omställningskostnader	

Kommentar
I Region Skåne är kollektivtrafiken organiserad i förvaltningsform sedan regionen bildades. Erfarenheterna är goda. Flera län skatteväxlade och omvandlade sina aktiebolag till förvaltning fr o m 2012 när lagen om RKM infördes, ex vis Gävleborg, Uppsala, Jönköping och Kalmar

län. Östergötland, Halland och Västra Götaland har också skatteväxlat men valt att behålla sina bolag.

Förslag

Styrgruppen för delprojekt kollektivtrafik lämnar ovanstående analys till Projekt region 2015 för utvärdering och ställningstagande om hur framtida organisation ska se ut.

Om parterna inte kan enas

Organisation

Om den regionala kollektivtrafikmyndigheten inte läggs hos ett samverkansorgan kan det gemensamma ansvaret för kollektivtrafik i stället handhas av ett kommunalförbund eller av en gemensam nämnd. En gemensam nämnd kan organiseras av kommunerna utan landstingets medverkan.

Kan parterna inte komma överens om annat ska verksamheten organiseras som ett kommunalförbund. Om RKM organiseras i ett kommunalförbund blir RKM en egenjuridisk person, utan direkt koppling till annan samhällsplanering och regionalutveckling. Ett kommunalförbund är indirekt valt. Medlemmarna måste varje år godkänna budgeten, förändringar i kommunalförbundets uppdrag måste godkännas av alla medlemmar. Det innebär i princip att varje kommun har veto. Ett kommunalförbund har en förhållandevis tungrodd organisation.
Ex RKM i Västernorrland, i kommunalförbundet i Västernorrland med 7 kommuner består direktionen av 22 ledamöter och 22 ersättare, i arbetsutskottet finns 7 ledamöter och lika många ersättare. Direktion eller förbundsfullmäktige är det högsta beslutande organet.

Finansiering

I ett kommunalförbund kan verksamheten finansieras efter en överenskommelse som parterna träffar. En sådan kostnadsfördelning kan vara den nuvarande kostandfördelningsmodellen.
Kan parterna inte komma överens ska landstinget täcka hälften av underskottet och kommunerna i länet tillsammans resten. Varje kommuns skyldighet att tillhandahålla medel ska bestämmas i förhållande till det trafikarbete som har lagt ned i kommunen under verksamhetsåret.
I budget 2014 står kommunerna för 56% (95,6 Mkr) och landstinget för 43 % (74,2 Mkr) av kostnaden för Länstrafiken i Jämtlands län AB.

BILAGA 2

Jämtlands Läns Landsting

Utkast
Skatteväxling kollektivtrafik
PM 2014 – 02

Version: 2

Ansvarig: Marianne Ottersgård

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 inledning 14
2 Kommunalekonomisk utjämning 14
3 länets Trafikkostnader 16
4 utfall på skatter och utjämning vid en skatteväxling 17
4.1 Underlag och effekter 17
4.2 Jämförelse trafikkostnad och förändring skatt/utjämning 19
5 Mellankommunal utjämning 19

INLEDNING

Jämtlands län förbereder sig för regionbildning. Det innebär att verksamheterna i Jämtlands läns landsting och Regionförbundet Jämtlands län kommer att bilda Region. Det kan även tillkomma övergripande uppgifter från länsstyrelsen.
Sedan 2012 har RKM (Regionala kollektivtrafikmyndigheten) det ekonomiska ansvaret för all kollektivtrafik i länet. Jämtlands läns landsting och länets kommuner, tidigare ägare till Länstrafiken i Jämtlands län AB, har sedan 2005 finansierat trafiken enligt den modell som då fastställdes i konsortialavtal. Från 2014 har kostnadsfördelningsmodellen mellan kommunerna och landstinget justerats något, bland annat fördelas OH-kostnader, som landstinget tidigare finansierat, utifrån km-produktion i respektive trafikbeställning.
När Regionförbundet Jämtlands län även blev ansvarig för RKM i länet kompletteras förbundets förbundsordning med en modell om hur trafikkostnaderna ska fördelas. Om RKM kommer att ingå i den nya regionorganisationen ska en skatteväxling ske.
Skatteväxlingen innebär att den organisation (landstinget) som får ett utökat ansvar ges möjlighet att höja sin skattesats samtidigt som den organisation (kommunerna) som får ett minskat ansvar sänker sin skattesats i motsvarande grad. Den mottagande organisationen får på detta sätt det finansiella utrymme som motsvarar kostnaden för den övertagna verksamheten. En skatteväxling påverkar även det statliga utjämningssystemet. För den enskilde länsinvånaren blir det ingen ekonomisk effekt då den totala utdebiteringen blir oförändrad.

KOMMUNALEKONOMISK UTJÄMNING

Syftet med systemet är att skapa likvärdiga ekonomiska förutsättningar för alla kommuner och landsting i landet att kunna tillhandahålla sina invånare likvärdig service oberoende av kommuninvånarnas inkomster och andra strukturella förhållanden.
Utjämningssystemet kan delas upp i fem olika delar: inkomstutjämning, kostnadsutjämning, strukturbidrag, införandebidrag och regleringsbidrag/avgift.

Inkomstutjämning

Genom inkomstutjämning sker en utjämning av skatteinkomster mellan kommuner och landsting. Bidraget beräknas utifrån skillnaden mellan det egna skatteunderlaget och ett skatteutjämningsbidrag. Från och med 2014 är beräknat skatteutjämningsunderlag 115 procent av den genomsnittliga skattekraften i riket både för kommuner och landsting. Före 2014 var landstingens procent 110. Förändringen för landstingen har gjorts för att eliminera de oönskade omfördelningseffekter som uppstår vid skatteväxling om det är olika garantinivåer i inkomstutjämning för kommuner respektive landsting. När lagen om kollektivtrafik (2010:1065) började gälla 1 januari 2012 var det många län som skatteväxlade.
Kommuner och landsting vars beskattningsbara inkomster överstiger dessa nivåer får i stället betala en inkomstutjämningsavgift till staten.

Kostnadsutjämning

I kostnadsutjämningssystemet utjämnas för strukturella kostnadsskillnader. Dessa kan vara av två slag. Behovet av kommunal verksamhet är olika beroende på hur många gamla invånare som finns eller hur många skolelever som finns i olika åldersgrupper. Det andra är att kostnaden för att producera en viss service varierar. Kostnadsutjämningen bygger på ett antal delmodeller. Delmodellen för kollektivtrafik är den enda delmodellen i kostnadsutjämningen som är gemensam för både kommuner och landsting.

Länets standardkostnad för trafik fördelas med hälften till kommunerna och hälften till landstinget (Stockholm 40/60). Kommunkollektivets andel fördelas sedan på kommunernas efter den faktiska kostnadens andel avseende 2009 (tidigare 2001). Inför trafikavtalet som började gälla 2005 fick vårt län göra en speciell fördelning mellan kommunerna, den gäller fortfarande. I de län där landstinget är huvudman erhåller alla kommuner i länet samma standardkostnad.

Standardkostnaden beräknas per län och baseras på tre variabler som avser att fånga upp glesbygdsproblem, trängselproblem i storstadsregionen samt att behovet av kollektivtrafik i tätorter uppkommer först i större samhällen. De valda variablerna på länsnivå är:

- Antal utpendlare över kommungräns som andel befolkningen
- Andel av länets befolkning som bor i tätorter med mer än 11 000 invånare)
- Gleshet (det genomsnittliga avståndet mellan personer i länet).

För att beräkna om kommuner eller landsting ska få tillägg för kollektivtrafik jämförs den egna standardkostnaden med standardkostnaden i riket.

Standardkostnaden är den kostnad som kommunen/landstinget skulle ha om verksamheten bedrevs utifrån genomsnittliga ambitions, effektivitets- och avgiftsnivå med hänsyn tagen till kommunens strukturella förutsättningar.

Eftersom Stockholms läns kostnader gör att standardkostnaden i riket, för kollektivtrafik, är väldigt hög blir effekten att dom flesta får betala till systemet för kollektivtrafik. Av landstingen är det idag endast Stockholms läns landsting som får tillägg för kollektivtrafik, år 2014 är detta 956 kronor per invånare, 2 miljarder kronor.

I tabellen nedan redovisas hur det ser ut i Jämtlands län 2014 avseende delmodellen kollektivtrafik i kostnadsutjämningssystemet.

Kommun/landsting (avser 2014 (kr/inv)	Standardkostnad riket	Standardkostnad kommun/landsting	Avgift (-) Tillskott (+)	
Kollektivtrafik	**886**		**kr/inv**	**mkr**
Berg		788	- 98	- 0,7
Bräcke		789	- 97	- 0,6
Härjedalen		955	+ 69	+ 0,7
Krokom		468	- 418	- 6,1
Ragunda		1320	+ 434	+ 2,4
Strömsund		705	- 181	- 2,2
Åre		756	- 130	- 1,4
Östersund		647	- 239	- 14,3
Landsting/kollektivtr	**1033**			
Jämtlands läns landsting		712	- 207	- 26,1

Tabell 1 Standardkostnad Kollektivtrafik 2014 (Källa SCB)
Antal invånare 31/12 2012

I tabellen ovan ser man att alla kommuner i länet utom Härjedalen och Ragunda betalar en avgift till kostnadsutjämningssystemet för kollektivtrafik. Krokoms kommun betalar 6 miljoner kronor och Östersund 14 miljoner kronor.

LÄNETS TRAFIKKOSTNADER

Kostnad per kommun, budget 2014, framgår av nedanstående tabell.

Kommun	Linjetrafik	A- och När-trafik	Övr trafik-kostn	För-stärk-ning	OH-kost-nad	Intäkter	Netto kostnad
Berg	5134	957	185	30	708	1501	5513
Bräcke	8354	100	210	210	599	1331	8142
Härjedalen	6262	570	165	100	681	1101	6677
Krokom	11017	635	185	310	1094	5335	7906
Ragunda	5130	85	70	35	489	1456	4353
Strömsund	7121	1080	160	45	723	1226	7903
Åre	11890	395	555	850	1080	5435	9335
Ösd landsbygd	26941	1150	690	345	2626	14509	17243
tätort	66500					38000	28500
Summa	**145595**	**4972**	**2220**	**1925**	**8000**	**69894**	**95572**

Tabell 2

A- och närtrafik: avser allmän kollektivtrafik som är anropsstyrd.
Övrig trafikkostnad: avser service underhåll biljettmaskiner, tidtabeller, kortämnen, trafikupplysning, trafikundersökningar, godsdistribution och ombud.
Förstärkningstrafik: avser extra fordon.
OH-kostnader: avser personal, avskrivningar, räntor, övriga (t ex marknadsföring, dataprogram och tjänster, telefon, data, hyror och serviceavgifter).

Inför 2015 har budget 2014 för trafikkostnader räknats upp med 3 procent.

	2015
Berg	**5,7**
Bräcke	**8,4**
Härjedalen	**6,9**
Krokom	**8,1**
Ragunda	**4,5**
Strömsund	**8,1**
Åre	**9,6**
Östersund	**47,1**
Totalt kommuner	**98,4**

Tabell 3 kollektivtrafikkostnaden i länet 2014. Uppgift från länstrafiken

UTFALL PÅ SKATTER OCH UTJÄMNING VID EN SKATTEVÄXLING

Förutom kommuners och landstingets skatteintäkter påverkas inkomstutjämningen som även den beräknas efter skattesats. Kostnadsutjämningen för kollektivtrafik påverkas eftersom kommunerna alla får samma standardkostnad i kronor per invånare. Kommunerna kommer alltså att även fortsättningsvis erhålla en standardkostnad utifrån principen att 50 procent av länets kollektivtrafik ligger på kommunerna fastän de inte har några kostnader för kollektivtrafik.

Underlag och effekter

I nedanstående tabell redogörs för hur skatteintäkter, inkomstutjämnings- och kostnadsutjämningssystem förändras vid en skatteväxling på 34 öre. Redovisningen är en prognos för 2015.
Skatteväxlingen är beräknad utifrån Sveriges Kommuner och landstings (SKL) prognoser i kommunernas cirkulär 14:02 och för landstinget ekonominytt 17/13.

Komm/tl	Skatteintäkter (A)		Förändr	Inkomstutjämning		För-ändr	Totalt (E)=		Kost-nads utjämn		För-ändring		Summa	
skattevx	kr/inv		(B)	C		(D)	B+D		(F)kr/inv		(G)		förändr	
0,34	**Före**	**Efter**	**kr/inv**	**Före**	**Efter**	**kr/inv**	**kr/inv**	**Mkr**	**Före**	**Efter**	**Kr/inv**	**Mkr**	**kr/inv**	**mkr**
													totalt	
Berg	39582	38993	-588	12464	12258	-206	**-794**	**-5,6**	788	709	-79	**-0,6**	-874	**-6,1**
Bräcke	42484	41875	-608	11258	11071	-187	**-795**	**-5,1**	789	709	-80	**-0,5**	-876	**-5,7**
H-dalen	41256	40641	-615	10881	10701	-180	**-795**	**-8,0**	955	709	-246	**-2,5**	-1041	**-10,5**
Krokom	39909	39307	-603	11614	11422	-192	**-795**	**-11,9**	468	709	241	**3,6**	-554	**-8,3**
Ragunda	42036	41430	-606	11382	11194	-188	**-794**	**-4,2**	1320	709	-611	**-3,3**	-1406	**-7,5**
Ström	42108	41488	-621	10525	10351	-174	**-795**	**-9,1**	705	709	4	**0,0**	-791	**-9,0**
Åre	38002	37429	-572	13429	13206	-223	**-795**	**-8,7**	756	709	-47	**-0,5**	-843	**-9,2**
Ösd	43618	42955	-663	7969	7837	-132	**-795**	**-47,7**	647	709	62	**3,7**	-733	**-44,0**
Totalt kommun								100,2				0,0		**-100,2**
Landsting														
vx 0,34	19949	20575	**626**	4276	4445	**169**	795	**100,2**			0			

Tabell 4

Skatteintäkter (A): I denna kolumn redovisas respektive kommuns och landstingets skatteintäkter i kronor/invånare före och efter skatteväxling. Skatteunderlaget är beräknat enligt 2013 års taxering, som uppräknat skatteunderlag har det som SKL redovisar i cirkulär 14:02 och Ekonominytt 17/13 använts. Det invånarantal som använts vid beräkning prognos 2015 är det som Demografen i Lund presenterade 2013.

Förändring (B): I denna kolumn redovisas skillnaden i skatteintäkter i kronor per invånare. En förändring av skattesats förändrar skatteintäkter per invånare olika mycket beroende på kommunens skattekraft.

Inkomstutjämning (C): I denna kolumn redovisas respektive kommuns och landstingets utfall i inkomstutjämningen (kronor per invånare) före och efter justering av den länsvisa skattesatsen

Förändring (D): I denna kolumn redovisas skillnaden i inkomstutjämning (kronor per invånare). En förändrad länsvis skattesats förändrar inkomstutjämningen per invånare olika mycket beroende på kommunens skattekraft.

Kostnadsutjämning (F): I denna kolumn redovisas utfallet i delmodellen kollektivtrafik inom ramen för kostnadsutjämningen före och efter förändring föranledd av skatteväxlingen.

Förändring (G): I denna kolumn redovisas kostnadsutjämning – kollektivtrafik- före och efter skatteväxling. Stora skillnader mellan kommunerna eftersom kronor per invånare blir lika mycket för alla efter skatteväxling. I nuvarande kostnadsutjämning är det stora skillnader mellan kommunerna avseende kollektivtrafik

Jämförelse trafikkostnad och förändring skatt/utjämning

Kommun	Trafikkostn. Prognos 2015 enligt tabell 3	Förändring enligt tabell 4 Skatt och utjämningssystem	Jmf trafikkostnad förändr skatt/utj förändring skatt mm
Berg	5,7	- 6,1	-0,4
Bräcke	8,4	-5,7	+ 2,7
Härjedalen	6,9	-10,5	- 3,6
Krokom	8,1	- 8,3	- 0,2
Ragunda	4,5	- 7,5	- 3,0
Strömsund	8,1	- 9,0	- 0,9
Åre	9,6	- 9,2	+ 0,4
Östersund	47,1	- 44,0	+3,1
Totalt	**98,4**	**- 100,3**	**- 1,9**

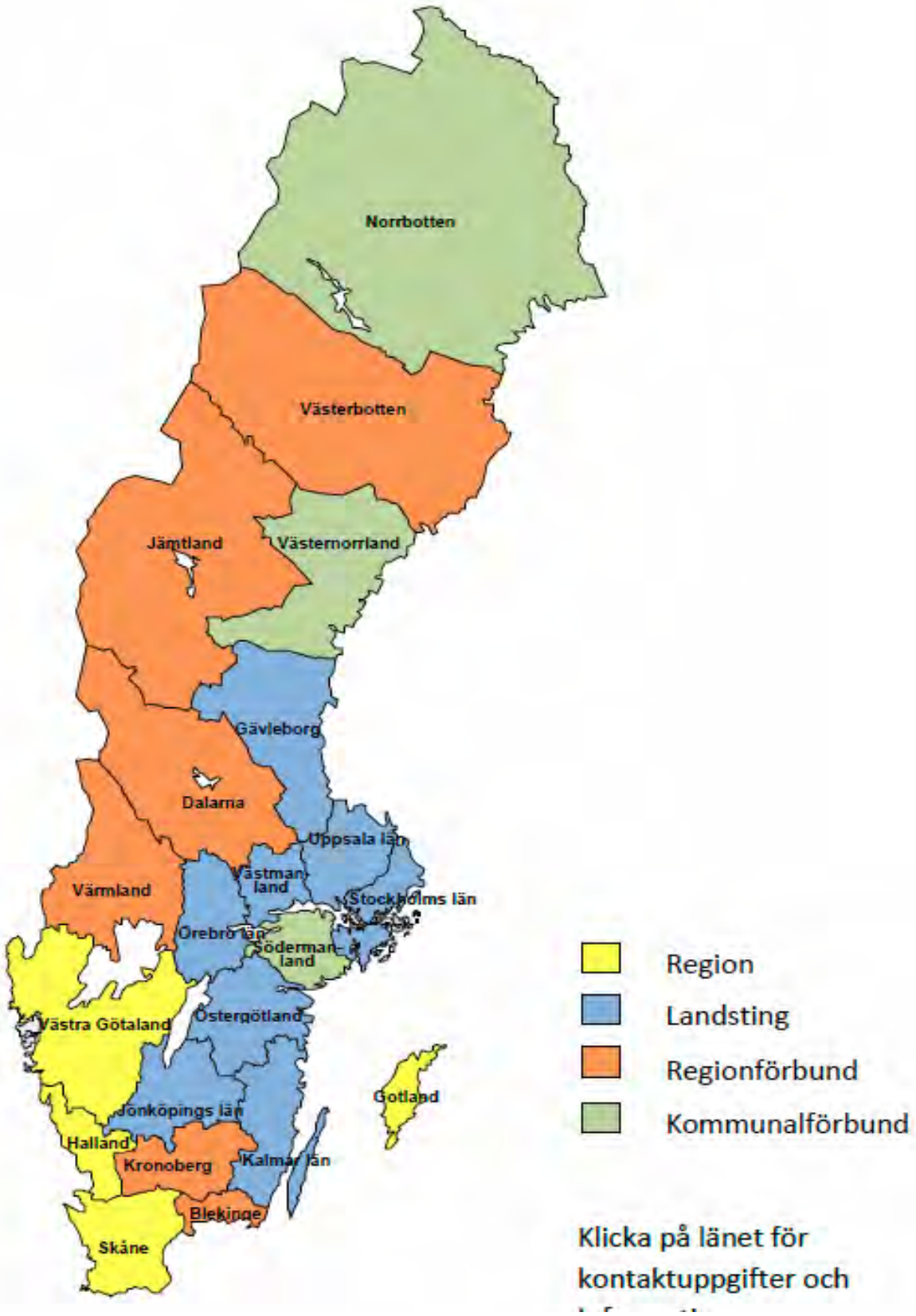
Tabell 5 Jmf trafik och justering skatt/utjämning

MELLANKOMMUNAL UTJÄMNING

Lagen om kollektivtrafik (2010:1065) har kompletterats med en möjlighet för kommuner att lämna bidrag till varandra. Detta syftar till att begränsa oönskade omfördelningseffekter som kan uppstå vid skatteväxlingar mellan kommuner och landsting. Kommunerna i länet ges möjlighet att komma överens om att lämna bidrag till varandra om det behövs för kostnadsutjämning dem emellan, s.k. mellankommunal utjämning. Bidrag föreslås få lämnas under en övergångsperiod på högst fem år.

BILAGA 2

Organisation av RKM i landet 2012



Driftsorganisation av kollektivtrafiken i landet 2012

2014-04-02

Kollektivtrafikmyndigheterna i Jämtland,
Västernorrland, Västerbotten och Norrbotten

Norrtågstrafiken – långsiktigt utvecklings- och finansieringsbeslut inför operatörsupphandling

Ärende
Norrtåg avser att under 2014 starta en operatörsupphandling avseende Norrtågstrafiken för perioden 2016-08-19 till minst 2021-06-30. Norrtåg AB behöver ett trafikpliktsbeslut från de fyra kollektivtrafikmyndigheterna för att kunna genomföra denna upphandling. Styrelsen för Norrtåg AB överlämnar därför detta underlag för beredning och som grund för ett långsiktigt utvecklings- och finansieringsbeslut. Norrtåg emotser ett beslut senast i augusti 2014 för att kunna inleda upphandlingen i anslutning till sommaren.

Bakgrund
Riksdagen fattade 2006 beslut om genomförandet av ett tioårigt utvecklingsprojekt avseende persontågstrafik i de fyra nordligaste länen, Norrtåg. Överenskommelsen med staten utgår från Botniabaneavtalet och omfattar ett Norrtågsavtal inklusive flera finansieringsöverenskommelser. Trafikhuvudmännen bildade för genomförandet ett aktiebolag, Norrtåg AB, för att samordna, planera och genomföra Norrtågstrafiken. Norrtågstrafiken har nu pågått i snart fyra år (2010-2014) med en trafik i successiv utveckling och i full trafik sedan december 2012.

Överenskommelsen om Norrtågstrafiken mellan de fyra nordliga länen bygger på ett solidariskt åtagande om ett sammanhållet trafiksystem. Finansieringsmodellen mellan länen är definierad i ett gemensamt konsortialavtal som bygger på att man delar på den gemensamma kostnadsmassan. Ändringar i trafikutbud påverkar kostnaderna för de övriga finansiärerna.

Gentemot staten utgör Huvudavtalet för Botniabanan samt det 10-åriga avtalet om Norrtågstrafiken grunden för samarbetet. Därutöver finns ett långsiktigt borgensåtagande avseende fordonsfinansiering.

Landstingen fattade 2008 ett långsiktigt utvecklings- och finansieringsbeslut i form av en trafikbeställning. Detta beslut låg till grund för Norrtåg AB att inleda upphandlingsprocesser avseende fordon, trafik och verkstad. Det inriktningsbeslut med tillhörande trafikpliktsbeslut som nu ska fattas är en avstämning av länens långsiktiga viljeinriktning inför den kommande operatörsupphandlingen, vilket effektueras i formella trafikpliktsbeslut.

Finansieriug av trafik
Årligen lägger Kollektivtrafikmyndigheterna en beställning till Norrtåg AB för att i detalj definiera trafikbeställningen för den kommande 12-månadersperioden. Det är i denna process parterna styr det finansiella

Norrtåg AB
Skolgatan 76
903 30 Umeå
Telefon: 0950-103 30
Fax: 0950-141 34
E-post: info@norrtag.se
Webb: www.norrtag.se
Organisationsnr: 556758-3496

åtagande varje län tar på sig årligen. Norrtåg AB justerar uppdraget till operatören utifrån respektive läns trafikbeställning.

Trafiken är idag upphandlad som tjänstekoncession vilket innebär att operatören tar affärsrisken och får biljettintäkterna. Staten och regionen finansierar den nettokostnad som återstår. Finansieringsmodellen för trafiken inom Norrtåg är reglerad i avtalet mellan staten och de fyra norrlandslänen. Hittills har hälften av de offentliga kostnaderna finansierats av staten och den andra hälften av de fyra norrlandstingen. Det finns fyra statliga finansieringsformer:

- Finansiering fram till 2025 av trafik på Botniabanan, enligt Huvudavtalet mellan stat och region, motsvarande som mest sex dubbelturer dock frånräknat kommersiell trafik. Idag finansierar staten därför tre dubbelturer för ca 20 mkr/år.
- Övertagande av befintlig statligt finansierad trafik Sundsvall-Storlien och Luleå-Kiruna, finansierat med ca 15 mkr/år fram till 2021
- Finansiering av ny tillkommande trafik, benämnd Utvecklad trafik, enligt principen "en regional krona, en statlig krona" dock maximalt 30 mkr/år fram till augusti 2016. En politisk process pågår för förlängning av denna finansiering men någon överenskommelse finns idag inte.
- Under avtalsperioden har det funnits ett statligt fordonsinvesteringsstöd till regionala spårfordon men detta försvinner 2016 ca 19 mkr/år.

Förslag till beslut
Kollektivtrafikmyndigheten i Jämtlands län beslutar att föreslå Jämtlands läns landsting att beställa trafik utifrån ett långsiktigt utvecklings- och finansieringsperspektiv kring den framtida Norrtågstrafiken. Kollektivtrafikmyndigheten har därefter att fatta nödvändiga trafikpliktsbeslut enligt den inriktning som beskrivs i dokumentet.

Inriktningen är att trafiken ska motsvara de aktuella trafikvolymerna i Tågplan 15 med återställning av trafik som berörts av de temporära infrastrukturbegränsningarna vid Storlien respektive Boden-Bastuträsk. Norrtåg ska, om politiska beslut senare fattas, möjliggöra för utökad kapacitet och utbud på befintliga linjer samt för trafik genom upphandlingsoptioner avseende följande linjer:

- Luleå-Haparanda (Oulu Finland)
- Kiruna-Narvik
- Nya pendlingslinjer Sundsvall-Sollefteå/Långsele, Älvsbyn-Boden-Luleå och Gällivare-Kiruna
- Sammanbindning mellan Norrtågs trafik i Ånge och X-trafiks i Ljusdal
- Direkttrafik från Storlien till Trondheim när infrastrukturen så medger

Norrtågstrafiken

Norrtågstrafiken går allt bättre. Resandet och intäkterna ökar kraftigt samtidigt som fordonsfel och andra störningar minskar. Trafiken omfattar idag sex linjer i fyra trafikområden med 80 avgångar dagligen, måndag till fredag, eller cirka 2 000 avgångar per månad. Norrtåg trafikerar totalt 1500 km järnvägsspår i Norrland. Verksamheten sysselsätter cirka 200 personer direkt och ett stort antal indirekt kring infrastruktur och försäljning. Miljöeffekterna är betydande och den regionala utvecklingen har fått en stor effekt i flera stråk. Den positiva resandeutvecklingen håller i sig. I oktober 2013 gjordes 140 000 resor och på helåret 2013 gjordes 1 300 000 resor, en ökning med 31 % för perioden september-december jämfört med samma period 2012.

Suudsvall-Östersund-Duved-Storlien-Trondheim

Trafiken på sträckan är idag nio dubbelturer per vardag på huvudsträckan Sundsvall-Östersund, fem på Östersund-Åre/Duved samt två på Åre/Duved-Storlien (alla dagar). Utbudet på Sundsvall-Östersund under B-period (sommar, jul och nyår) är sju (tre Östersund-Åre/Duved) och under helger fem dubbelturer (tre Östersund-Åre/Duved). Trafikverket har som krav att det ska finnas två direktförbindelser dagligen Sundsvall-Trondheim. Sträckan trafikeras med fyra fordon. Viss parallell kommersiell trafik förekommer.

På norska sidan planeras en elektrifiering av banan kring 2018 vilket ytterligare kan förändra förutsättningarna för trafiken positivt. Trafiken är stabil och körs normalt utan problem men är nu drabbad av en störning då banan från Storlien är avstängd, oklart hur länge och hur omfattande.

Hösten 2013 var antalet resenärer i snitt 38 000 per månad, totalt under året 390 000. Ökningen för tiden september-december jämfört med 2012 har varit 31 %. En fortsatt tillväxt på 10-15 % per år ger 480 000-600 000 resor per år under kommande femårsperiod.

Norrtågs sammanvägda bedömning inför den kommande avtalsperioden är:

- Resandeökningen, främst mellan Sundsvall-Östersund, kan motivera att förtäta trafiken
- Elektrifieringen av Meråkersbanan kommer att leda till direkttåg Sverige-Norge, ännu oklart om Norrtåg eller annan part ska köra denna trafik. Flera turer mot Trondheim är en långsiktig ambition.
- Sammanbindning mellan Norrtågstrafiken i Ånge och regiontågtrafiken i Gävleborg i Ljusdal

Suudsvall-Umeå

I det gällande Botniabaneavtalet mellan staten och regionen förbinder sig parterna att ha som målsättning att köra 12 dubbelturer på sträckan, regionen har åtagit sig att sex av dessa dubbelturer. Idag trafikerar Norrtåg nio dubbelturer vardagar parallellt med tre kommersiella dubbelturer. Utbudet under B-period är sex och under helger fem dubbelturer. Viss parallell trafik förekommer på linjen och kan komma att öka. Sträckan trafikeras med fem fordon.

Trafikverket har som krav att samtliga turer ska gå heldragna mellan Sundsvall-Umeå. En komplexitet är att avtalet mellan staten och regionen bygger på att den statliga finansieringen är kopplat till det kommersiella utbudet på sträckan. Statens andel kan därför vara flexibel med allt från 0 till 6 statligt beställda Norrtågsturer beroende på hur många turer SJ eller annan

kommersiell aktör kör på sträckan. Om statens andel blir mindre riskerar de regionala pendlingsmöjligheterna att försämras varför en regional beredskap måste finnas för att säkerställa en grundläggande trafiknivå.

Resandet är över 55 000 resor/månad på sträckan. I jämförelse med perioden september-december 2012 har resandet ökat 17 %. Totalt 2013 har 540 000 resor genomförts på linjen. Detta utöver resandet med kommersiell trafik. En fortsatt tillväxt med 10-20 % per år ger 950 000-1 300 000 resor per år under kommande femårsperiod.

Norrtågs sammanvägda bedömning inför den kommande avtalsperioden är:

- Resandeökningen kan motivera både mer kapacitet och ett större utbud speciellt avseende sträckan Örnsköldsvik-Umeå där det kan finnas olika tekniska lösningar för att åstadkomma detta
- Ny pendlingslinje Sundsvall-Sollefteå/Långsele kan bli aktuell

Umeå-Vännäs-Lycksele

Trafiken Umeå-Vännäs-Lycksele omfattar två linjer, Umeå-Vännäs samt dieselsträckan Umeå-Lycksele. Pendellinjen Umeå-Vännäs fungerar bra och det finns inga omedelbara förändringsbehov.

Trafiken på sträckan Umeå-Vännäs är idag nio dubbelturer vardagar, ingen helgtrafik, på sträckan Umeå-Lycksele fyra dubbelturer vardagar, varav en som trafikerar Lycksele-Vännäs samt 2,5 dubbeltur lördag och söndag. Sträckorna trafikeras med två fordon, varav ett dieseltåg.

Resandeökningen på pendelsträckan Umeå-Vännäs har från och med augusti varit kraftig. Antalet resenärer är 15 000 per månad, totalt under året genomfördes 122 000 resor. Ökningen sett till helår jämfört med 2012 är 38 % och för perioden september-december hela 45 %. En fortsatt tillväxt för Umeå-Vännäs med 10-20 % per år ger 200 000-290 000 resor per år inom de kommande fem åren.

Resandet Umeå-Lycksele har varit stabilt runt 6 000 per månad, ökningen för 2013 var 13 %. Totalt under året har 65 000 resor genomförts på linjen. En fortsatt tillväxt för Umeå-Lycksele med 10-20 % per år ger 100 000-140 000 resor per år inom de kommande fem åren.

Norrtågs sammanvägda bedömning inför avtalsperioden är att:

- Resandeökningen Umeå-Vännäs kan motivera att trafiken förtätas
- Det bör finnas öppningar för alternativa trafiklösningar på Tvärbanan för att skapa största möjliga flexibilitet för den framtida trafikeringen

Umeå-Luleå-Kiruna-Narvik

Trafiken norr om Umeå ska ses som ett sammanhängande trafiksystem. På sträckan Luleå-Kiruna är de dimensionerande förutsättningarna att det ska finnas förbindelser i vardera riktningen morgon och sen eftermiddag. Totalt tre dubbelturer alla dagar. Angeläget är att minst en dubbeltur i vardera riktningen har en koppling mellan Kiruna-Umeå, gärna som direkttåg eller med snabb omstigning i Boden.

Sträckan Umeå-Luleå har samma grundkrav på trafikering, förbindelser i vardera riktningen morgon och sen eftermiddag. Totalt tre dubbelturer vardagar. Utbudet under B-period och helger är två dubbelturer. Under 2014-

2016 har sträckan Boden-Bastuträsk drabbats av stora störningar i infrastrukturen. Trafikutbudet måste anpassas till dessa nya förhållanden.

Hela trafikområdet har parallell nattågstrafik som kan komplettera och också konkurrera. Norrtågstrafiken trafikeras med tre till fyra fordon. Totalt uppgår resandet Luleå-Kiruna till 93 000 resenärer, i snitt reser 8 000 per månad. En ökning med 17 % jämfört med 2012. En fortsatt tillväxt med 10-15 % per år ger 150 000-180 000 resor per år under kommande femårsperiod.

Umeå-Luleå har 5 000 resor per månad, totalt 47 000 under 2013. Resandeökningen under oktober-december 2013 var 21 %. En tillväxt med 10 % per år ger 75 000-100 000 resor per år under kommande femårsperiod.

Norrtågs sammanvägda bedömning inför avtalsperioden är att följande trafik kan bli aktuell:

- Trafik Luleå-Haparanda och en koppling till den finska nationella persontågstrafiken mot Oulu
- Ny pendlingstrafik Älvsbyn-Boden-Luleå samt Gällivare-Kiruna
- En återetablering av trafik Kiruna-Narvik

För kännedom
Jämtlands läns landsting
Landstinget Västernorrland
Västerbottens läns landsting
Norrbottens läns landsting

Jämtlands Läns Landsting

Reglemente för Vårdvalsnämnd 2015 - 2018

Version: 3

Ansvarig: Regionfullmäktige

Samordningskansliet
Helge Jonsson

2014-05-12 Dnr:LS/185/2014

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.	2013-10-23	Nyutgåva	Landstingsfullmäktige	2013-10-23 § 184
2.	2014-04-16	Revidering med anledning av övertagande av det regionala utvecklingsansvaret	Landstingsfullmäktige	2014-04-16 § 78
3.	2014-06-18	Revidering, antalet vice ordförande	Landstingsfullmäktige	2014-06-18 § xx

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 LEDAMÖTER OCH PRESIDIUM 4
2 UPPGIFTER 4
2.1 Verksamhet 4
2.2 Kontroll och uppföljning 4
2.3 Personal 5
2.4 Personuppgiftsansvar 5
2.5 Övrigt 5
3 DELEGERING FRÅN FULLMÄKTIGE 5
4 SAMMANTRÄDE 6
4.1 Ersättare 6
4.2 Sekreterare 6
4.3 Sammanträdesplan 6
4.4 Kallelse och handlingar 6
4.5 Föredragande 7
4.6 Yttranderätt 7
4.7 Särskilt tillkallade 7
4.8 Hur ärendena avgörs 7
4.9 Justering av protokoll 7
4.10 Delgivning av protokoll 7
5 UTSKOTT 8
6 ÖVRIGT 8
6.1 Underskrifter 8
6.2 Delgivning 8
6.3 Ikraftträdande 8

1 LEDAMÖTER OCH PRESIDIUM

Vårdvalsnämnden har 9 ledamöter och 9 ersättare, som väljs för fyra år, räknat från och med den 1 januari året efter det år då val av fullmäktige har skett i hela landet (6 kap 13 § kommunallagen).

Vårdvalsnämnden har en ordförande och en vice ordförande (presidiet), som väljs av fullmäktige för den tid de valts som ledamöter i nämnden.

Om ordföranden är hindrad att fullgöra uppdraget, fullgör vice ordföranden det.

Vid samtidigt hinder för ordföranden och vice ordföranden samt vid längre hinder för ordföranden under tjänstgöringsperioden (>30 dagar) utser vårdvalsnämnden annan ledamot att för tillfället föra ordet. Till dess valen har gjorts utövas ordförandeskapet av den som varit ledamot längst tid. Om två eller flera har varit ledamöter lika länge har den äldste av dem företräde.

2 UPPGIFTER

2.1 Verksamhet

Vårdvalsnämnden ska

- leda hälso- och sjukvården inom regionen enligt 10 § hälso- och sjukvårdslagen vad avser beställning av hälso- och sjukvård enligt valfrihetssystem för primärvård eller annan vård och frågor som rör lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik,
- leda folktandvården inom regionen enligt 11 § tandvårdslagen vad avser beställning av barn- och ungdomstandvård enligt valfrihetssystem för barn- och ungdomstandvård och tandvård enligt 8a § tandvårdslagen,
- bereda ärenden som ska handläggas av fullmäktige inom sitt verksamhetsområde såvida beredning inte gjorts av fullmäktigeberedning samt yttra sig över ärenden som ska handläggas av fullmäktige och som beretts av fullmäktigeberedning med de begränsningar som framgår av 5 kap 29-32 §§ KL,
- verkställa fullmäktiges beslut inom nämndens ansvarsområde,
- i övrigt fullgöra de uppdrag som fullmäktige har lämnat över till nämnden.

2.2 Kontroll och uppföljning

Vårdvalsnämnden ska

- se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Nämnden ska årligen fastställa och följa upp en plan för den interna kontrollen.
- vid varje fullmäktigesammanträde redovisa uppdrag som fullgjorts enligt fullmäktiges delegationsordning

- informera från verksamheten om ärenden som har betydelse för fullmäktiges utövning av sin verksamhetsstyrning (vårdvalsnämndens rapport).

2.3 Personal

Vårdvalsnämnden har ingen egen personal. Förvaltning och verkställighet av nämndens verksamhet ombesörjs av regionstyrelsens förvaltning.

2.4 Personuppgiftsansvar

Vårdvalsnämnden har ansvar för de behandlingar av personuppgifter som sker inom nämndens verksamhetsområde.

2.5 Övrigt

Vårdvalsnämnden ska följa de regler och riktlinjer som regionstyrelsen fastställer för den ekonomiska förvaltningen och förvaltningen av fastigheter samt för stöd- och servicefunktioner.

Nämnden ska använda sig av de stöd- och servicefunktioner och de administrativa system som regionstyrelsen har ansvar för.

3 DELEGERING FRÅN FULLMÄKTIGE

Vårdvalsnämnden beslutar enligt kommunallagen 3 kap 13 § i frågor som rör förvaltningen och i frågor som den enligt lag eller annan författning ska handha.

Vårdvalsnämnden ska besluta i följande grupper av ärenden. Är ett enskilt ärende som omfattas av dessa bestämmelser av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt för regionen ska det avgöras av fullmäktige.

- Besluta i ärenden som rör beställning av hälso- och sjukvård enligt valfrihetssystem i primärvården eller annan vård,
- besluta i ärenden enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik,
- besluta i ärenden som rör beställning av tandvård enligt valfrihetssystem för barn- och ungdomstandvård och
- besluta i ärenden som rör tandvård enligt 8a § tandvårdslagen

4 SAMMANTRÄDE

4.1 Ersättare

Kan ledamot inte delta i sammanträde med vårdvalsnämnden ska denne utan dröjsmål underrätta styrelsens sekreterare, som inkallar den ersättare till tjänstgöring vid sammanträdet, som står närmast i tur.

Reglerna i 5 kap 13-14 §§ KL om ersättares tjänstgöringsrätt ska gälla för ersättare i nämnden.

Infinner sig ordinarie ledamot under pågående sammanträde, till vilket han förut anmält förhinder, upphör ersättarens tjänstgöringsrätt i regel när beslut fattats i det ärende som behandlades när den ordinarie ledamoten kom till sammanträdeslokalen.

Ersättare som är närvarande vid nämndens sammanträde utan att tjänstgöra har rätt att delta i överläggningarna samt att få sin mening antecknad till protokollet.

4.2 Sekreterare

Sekreterare åt vårdvalsnämnden utses av regiondirektören.

Sekreteraren för nämndens protokoll, ombesörjer expedieringen av nämndens beslut och fullgör i övrigt de uppgifter som framgår av detta reglemente eller särskilt beslutas av nämnden.

4.3 Sammanträdesplan

Vårdvalsnämnden ska för varje kalenderår upprätta en plan över sina sammanträden.

4.4 Kallelse och handlingar

Kallelse och en preliminär föredragningslista över de ärenden, som avses bli behandlade vid sammanträdet ska göras tillgänglig för nämndens ledamöter och ersättare i god tid (minst 7 dagar) före varje sammanträde med vårdvalsnämnden.

Slutlig föredragningslista fastställes vid varje sammanträdes början.

Fullständiga handlingar i de ärenden som har satts upp på föredragningslistan ska före sammanträdet göras tillgängliga för varje ledamot och tjänstgörande ersättare samt för regionens revisorer. Handlingarna ska också göras tillgängliga på regionens webbplats.

4.5 Föredragande

Regiondirektören eller den som direktören utser är föredragande vid vårdvalsnämndens sammanträden och har rätt att delta i överläggningarna.

4.6 Yttranderätt

Vårdvalsnämndens sekreterare får yttra sig i formella frågor som uppkommer under sammanträde med nämnden och lämna upplysningar med anknytning till sammanträdeshandlingarna.

4.7 Särskilt tillkallade

Förtroendevald eller tjänsteman hos regionen eller särskilt sakkunnig som avses i 6 kap 19 § andra stycket kommunallagen tillkallas av vårdvalsnämndens ordförande. Den som tillkallats får meddela de upplysningar som begärs och har i övrigt endast yttranderätt som direkt avser upplysningarna.

4.8 Hur ärendena avgörs

Regler om omröstning finns i 6 kap 28-29 §§ och 5 kap 41-44 §§ kommunallagen.

4.9 Justering av protokoll

Regler om protokoll och reservation till protokollet finns i 6 kap 30 § och 5 kap 57-62 §§ kommunallagen. Beträffande särskilt yttrande till protokollet gäller i tillämpliga delar vad som föreskrivs om reservation i avsnitt 7.10 i regionfullmäktiges arbetsordning.

Vårdvalsnämnden utser för varje sammanträde en ledamot eller tjänstgörande ersättare att tillsammans med ordföranden justera regionstyrelsens protokoll.

Har flera ordföranden fungerat vid sammanträdet, justerar varje ordförande de paragrafer i protokollet som avser de delar av sammanträdet som denne lett förhandlingarna.

Justering sker, förutom genom namnteckning på därför avsedd plats, genom signering på varje sida av protokollet.

4.10 Delgivning av protokoll

Vårdvalsnämndens sekreterare ska se till att utdrag ur nämndens protokoll lämnas till dem som är berörda av i protokollet intagna beslut, såvida vederbörande inte får ett fullständigt protokoll.

5 UTSKOTT

Vårdvalsnämnden ska inte ha utskott.

6 ÖVRIGT

6.1 Underskrifter

Avtal, andra handlingar och liknande samt skrivelser i vårdvalsnämndens namn skrivs under av ordföranden eller vid förfall för denne, av vice ordföranden, i båda fallen med kontrasignation av regiondirektören eller den han sätter i sitt ställe.

Avtal, andra handlingar samt skrivelser i ärenden som beslutas av delegat skrivs under av delegaten.

Skrivelser till följd av verkställighet av beslut undertecknas av tjänsteman som verkställer beslut. Vårdvalsnämnden får besluta att underskrift i vissa fall ska ske i annan ordning.

6.2 Delgivning

Delgivning med vårdvalsnämnden sker med ordföranden, dess sekreterare eller den som enligt särskilt beslut är behörig att ta emot delgivning.

6.3 Ikraftträdande

Detta reglemente träder i kraft den 1 januari 2015.

Reglementet är fastställt av landstingsfullmäktige den 23 oktober 2013, § 184, den 16 april 2014 § 78 och den 18 juni 2014, § xx.

Jämtlands Läns Landsting

Arvodesregler för förtroendevalda i Region Jämtland Härjedalen

Version: 2

Ansvarig: Landstingsfullmäktige

Samordningskansliet
Helge Jonsson

2014-03-10 Dnr:LS/386/2014

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.	2013-10-23	Nyutgåva	Landstingsfullmäktige	2013-10-23 § 184
2.	2014-06-18	Revidering med anledning av övertagande av det regionala utvecklingsansvaret	Landstingsfullmäktige	2014-06-18 § xx

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 ALLMÄNT 4

2 ÅRSARVODE 4

2.1 Årsarvode 4

2.2 Särskilda bestämmelser för regionstyrelsens ledamöter samt ordförande och vice ordföranden i nämnder 4

2.3 Särskilda bestämmelser för heltidsarvoderade förtroendemän 5

2.4 Avdrag från arvode 5

3 SAMMANTRÄDESARVODE 5

4 PENSIONSFÖRMÅNER 6

5 ERSÄTTNING FÖR FÖRLORAD ARBETSFÖRTJÄNST MED MERA 6

5.1 Ersättning för förlorad arbetsförtjänst 6

5.2 Ersättning för förlorad semesterförmån 6

5.3 Ersättning för förlorad pensionsförmån 7

6 ANDRA ERSÄTTNINGAR 7

6.1 Ersättning för kostnad för barntillsyn 7

6.2 Ersättning för kostnader för person med funktionshinder 7

6.3 Ersättning till förtroendevald med funktionshinder 7

7 RESE- OCH TRAKTAMENTSBESTÄMMELSER 7

8 ÖVRIGA BESTÄMMELSER 8

8.1 Egna dagar 8

8.2 Gruppledare 8

8.3 Planering av sammanträden med mera 9

8.4 Regionens revisorer 9

8.5 Intyg mm 9

9 TOLKNING AV BESTÄMMELSERNA 9

10 TABELL ÖVER ÅRSARVODEN 10

11 IKRAFTTRÄDANDE 11

1 ALLMÄNT

Ersättning utgår till förtroendevalda i Region Jämtland Härjedalen enligt dessa regler för uppdrag i regionens organ i form av bland annat årsarvoden, förrättningsarvoden, kostnadsersättningar (restids-, traktaments- och reseersättning) eller ersättning för förlorad arbetsförtjänst.

I vissa fall har förtroendevald rätt till omställningsstöd eller pension baserad på sina uppdrag, enligt bestämmelser om pension och avgångsersättning för förtroendevald, PBF, bestämmelser om omställningsstöd och pension för förtroendevalda (OPF-KL) eller rätt till särskild ersättning i de fall tjänstepensionen i anställning konstateras ha minskat på grund av uppdraget som förtroendevald.

Uppräkning av arvodena sker genom en årlig uppräkning av arvodet till regionstyrelsens ordförande med den genomsnittliga löneökningen för alla anställda i regionen.

Ordföranden och vice ordförande i regionala utvecklingsnämnden bör också vara representerade i regionstyrelsen.

2 ÅRSARVODE

2.1 Årsarvode

Årsarvode utgår dels till förtroendevald med heltidsuppdrag dels till förtroendevald med deltidsuppdrag i regionstyrelsen eller som ordförande och vice ordförande i andra politiska organ i regionen. Årsarvode utgår med den % -sats av arvodet till regionstyrelsens förste vice ordförande som anges i tabell över årsarvoden. Årsarvodet utbetalas med 1/12 varje månad.

Årsarvodet inkluderar ersättning för deltagande i sammanträde med respektive organ samt övriga åtaganden/uppgifter, som är förenade med uppdraget, t ex ledning och organisation av organet, protokollsjustering och liknande.

Heltidsuppdrag har ordföranden, förste vice ordförande och andre vice ordföranden i regionstyrelsen.

2.2 Särskilda bestämmelser för regionstyrelsens ledamöter samt ordförande och vice ordföranden i nämnder

Arvodet till ledamöter i regionstyrelsen med deltidsuppdrag och ordföranden och vice ordföranden i regionala utvecklingsnämnden och vårdvalsnämnden avser alla uppdrag inom regionstyrelsen, regionala utvecklingsnämnden respektive vårdvalsnämnden.

Regionstyrelsen kan, vid sjukdom eller andra ändrade förutsättningar som begränsar möjligheten att fullfölja uppdraget helt eller delvis, göra tillfälliga omfördelningar av arvoderingen av regionstyrelsens ledamöter och ordföranden i upp till ett år.

2.3 Särskilda bestämmelser för heltidsarvoderade förtroendemän

Arvodet till förtroendevald med heltidsuppdrag inkluderar samtliga regionuppdrag samt Egna dagar och gruppdagar.

Förtroendevald med heltidsuppdrag ska inte i något fall uppbära arvode för sådana uppdrag, till vilka regionen utsett denne och där regionen normalt utger arvode.

Förtroendevald med heltidsuppdrag får utan minskning av arvodet från regionen ha offentliga uppdrag inom Sveriges Kommuner och Landsting. För innehav av andra tidskrävande uppdrag ska regionstyrelsens medgivande inhämtas.

2.4 Avdrag från arvode

Förtroendevald med årsarvode som är förhindrad att fullgöra sitt uppdrag ska anmäla detta till politisk sekreterare eller gruppledare som samråder med kanslichefen om avdrag från årsarvodet ska ske.

Avdrag ska inte göras för frånvaroperioder som är kortare än 14 dagar i följd eller vid semester.

3 SAMMANTRÄDESARVODE

Förrättningsarvode utgår till ordinarie förtroendevald och till tjänstgörande ersättare per sammanträde med 1 % eller 1,55 % av 1/12 del av arvodet till regionstyrelsens förste vice ordförande. Den lägre ersättningen utbetalas då sammanträdets längd uppgår till högst 4 timmar. För längre tid utbetalas den högre ersättningen.

Med sammanträde jämställs förrättningar såsom kongress (inte partiernas årliga kongresser), konferens, informationsmöte, kursverksamhet, studiebesök och förrättningar under förutsättning att deltagandet har beslutats av respektive organ eller dess ordförande.

Sammanträde eller förrättning som försiggår samma dag berättigar endast till ett förrättningsarvode.

Förrättningsarvode utgår till förtroendevald i organ som inte finns med i tabell och som beslutats av fullmäktige, styrelse eller nämnd.

4 PENSIONSFÖRMÅNER

Förtroendevald med årsarvode på minst 40 % av heltid ersätts enligt bestämmelser om pension och avgångsersättning för förtroendevald, PBF eller bestämmelser om omställningsstöd och pension för förtroendevalda (OPF-KL). Regleringen av ersättningen bestäms när den förtroendevalde slutar sitt uppdrag inom regionen.

5 ERSÄTTNING FÖR FÖRLORAD ARBETSFÖRTJÄNST MED MERA

5.1 Ersättning för förlorad arbetsförtjänst

Rätt till ersättning för förlorad arbetsförtjänst har förtroendevald som får inkomstbortfall från sitt ordinarie arbete vid fullgörande av sina uppdrag. Ersättning utgår för inkomstbortfall för den tid som den förtroendevalde har ledighet från arbetet. Ledigheten kan infalla på annan tid än sammanträdestiden eller tiden för resa till och från sammanträdet om det behövs för att den förtroendevalde ska kunna fullgöra uppdraget på ett bra sätt. Till exempel om den förtroendevalde har nattarbete kan ledigheten infalla natten före eller efter den dag sammanträdet infaller.

Ersättning för förlorad arbetsförtjänst utgår när inte tjänstgörande ersättare är närvarande vid sammanträde.

Ersättning för förlorad arbetsförtjänst utgår inte till förtroendevald som har årsarvode som sammanlagt uppgår till mer än 40 % av heltid.

Ersättningen utgår per förlorad timme. Timersättningen utgår med högst 70 % av timarvodet till regionstyrelsen ordförande. I beräkningen används schablonen om att varje månad har i genomsnitt 165 timmars heltidsarbete.

För de fall arbetsförtjänsten baseras på flera olika inkomstkällor får förtroendevald dock inte uppbära högre ersättning för förlorad arbetsförtjänst än den som motsvarar den verkliga inkomstförlusten.

5.2 Ersättning för förlorad semesterförmån

Förtroendevald med rätt till ersättning för förlorad arbetsförtjänst ersätts för förlorad semesterförmån med ett belopp som motsvarar 12 % av ersättningen för förlorad arbetsförtjänst.

5.3 Ersättning för förlorad pensionsförmån

Förtroendevald med rätt till ersättning för förlorad arbetsförtjänst ersätts för förlorad pensionsförmån med en uppräkning av ersättningen för förlorad arbetsförtjänst och semesterförmån med den normala pensionsavgiften för anställdas tjänstepensioner i regionen.

6 ANDRA ERSÄTTNINGAR

6.1 Ersättning för kostnad för barntillsyn

Ersättning utgår för skäliga kostnader som föranletts av uppdraget vid vård och tillsyn av barn som vårdas i den förtroendevaldes familj och som under kalenderåret inte fyllt tolv år.

Om särskilda skäl föreligger, kan ersättning utgå även för äldre barn.

Ersättning utgår inte för tillsyn som utförs av egen familjemedlem eller av sammanboende och inte heller för tid då barnet är inskriven i barnomsorg.

6.2 Ersättning för kostnader för person med funktionshinder

Ersättning utgår för skäliga kostnader som föranletts av uppdraget vid vård och tillsyn av person med funktionshinder, som vistas i den förtroendevaldes bostad.

Ersättning utgår inte för tillsyn som utförs av egen familjemedlem eller av sammanboende.

6.3 Ersättning till förtroendevald med funktionshinder

Ersättning utgår till förtroendevald med funktionshinder för de särskilda kostnader som föranletts av uppdraget. Häri ingår utgifter för resor, ledsagare, tolk, hjälp med inläsning av handlingar och liknande. Ersättning ska, för att utgå, anses skälig med hänsyn till omständigheterna i det enskilda fallet.

7 RESE- OCH TRAKTAMENTSBESTÄMMELSER

Till förtroendevalda utgår rese- och traktamentsersättning enligt regiongemensamma regler för resor - regler för förtroendevalda och anställda i Region Jämtland Härjedalen.

För heltidsarvoderad förtroendevald utgår ersättning för faktiska resor mellan bostaden och arbetsplatsen. Reguljära färdmedel ska användas när så är möjligt.

Vid behov av övernattning utgår ersättning motsvarande nattraktamente enligt regiongemensamma regler för resor - regler för förtroendevalda och anställda i Region Jämtland Härjedalen. Därför kan nattraktamente utgå om ledamot har lång väg mellan hemmet och

förrättningsstället och ska ha förrättning antingen sent på dagen eller tidigt på morgonen dagen efter.

Till förtroendevald - utom heltidsarvoderad förtroendevald - utgår restidsersättning i samband med sammanträden, förrättningar, kurser och konferenser inom länet om restiden till och från förrättningsstället sammanlagt uppgår till minst en timme. Ersättningen utgår med samma ersättning som gäller vid färdtid för regionens anställda.

Färdtidersättning utgår inte för tid mellan kl 08.00-17.00 måndag-fredag, såvida tiden inte infaller under helgdag, midsommar-, jul- eller nyårsafton.

8 ÖVRIGA BESTÄMMELSER

8.1 Egna dagar

Förutom för planerade sammanträden, kongresser, konferenser, informationsmöten, kursverksamhet och studiebesök där deltagandet har beslutats av respektive organ eller dess ordförande, har ordinarie förtroendevald i fullmäktige, ordinarie ledamöter i patientnämnden och regionens revisorer rätt till förrättningsarvode, ersättning för förlorad arbetsförtjänst, restids-, traktaments- och reseersättning för ytterligare 16 dagar under mandatperioden för dels att av den förtroendevalde fritt disponeras för fullgörandet av förtroendeuppdraget och dels för deltagande i partigruppsammanträden med fullmäktigegrupp. Kostnader för konferenser omfattas inte av detta reglemente.

Högst fyra av dessa tillfällen får förläggas utanför länet. Rese- och traktamentsersättning för resor utanför Sverige, Norge, Finland och Danmark utgår inte. Partigruppsammanträden med fullmäktigegrupp bör hållas inom länet.

Politiska sekreteraren och respektive gruppledare ansvarar för att uttaget av egna dagar och deltagande i partigruppsammanträden inte överstiger det tillåtna. Politiska sekreterarna ansvarar för attest av ersättningar för dessa dagar. För patientnämnden ansvarar kanslichefen och för regionens revisorer ansvarar revisionsdirektören.

8.2 Gruppledare

Gruppledare för de olika partierna i fullmäktige har rätt till ersättning för dagar för sin roll som gruppledare. Dessa dagar ska användas till att förbereda möten och aktiviteter med respektive partis grupp i regionfullmäktige, samordna och förbereda politiska frågor i regionen, samordna frågor som berör både nämnderna och regionstyrelsen, tillsammans med fullmäktiges presidium samordna frågor kring hot och våld mot förtroendevalda, ansvara för information till sin politiska regiongrupp samt leda gruppens arbete. Varje gruppledare har rätt ersättning för fem dagar per år samt 0,48 dagar per mandat och år.

8.3 Planering av sammanträden med mera

För att underlätta arbetssituationen för förtroendevalda bör planering av sammanträden och sammankomster av olika slag ske så att spridning till flera dagar än absolut nödvändigt undviks. Regionstyrelsen, beredningar, nämnder och utskott uppmanas att utnyttja tid som står till förfogande i anslutning till sammanträden för till exempel utbildning, information och studiebesök.

8.4 Regionens revisorer

Revisorernas ordförande och vice ordförande har rätt till förrättningsarvode för deltagande i förrättningar som har samband med revisorsuppdraget men inte har samband med revisorernas förvaltning.

För revisorer som fullgör uppdrag efter mandatperiodens slut utgår förrättningsarvode, ersättning för förlorad arbetsförtjänst, restids-, traktaments- och reseersättning för sammanträden fram till och med att revisionsberättelse är behandlad av fullmäktige.

8.5 Intyg mm

Den förtroendevalde ska med intyg, till exempel från arbetsgivare, eller på annat godtagbart sätt kunna visa att förutsättningar för att rätt till ersättning enligt dessa regler föreligger.

9 TOLKNING AV BESTÄMMELSERNA

Om tveksamhet uppkommer om tolkningen av dessa bestämmelser ska frågan hänskjutas till regionfullmäktiges ordförande för avgörande efter samråd med vice ordförandena.

10 TABELL ÖVER ÅRSARVODEN

Arvoden för förtroendevald är den procentsats som anges nedan av arvodet till regionstyrelsens förste vice ordförande förutom för regionstyrelsens förste och andre vice ordförande.

Uppdrag	**Arvode**
Regionfullmäktige	
Ordförande	15 %
1:e vice och 2:e vice ordförande	10 %
Särskilda budgetberedningen	Inget arvode utgår eftersom ledamöterna också är fullmäktiges presidium.
Tillfälliga fullmäktigeberedningar	
Ordförande	7,5 %. Arvode utgår från den särskilda beredningens första till dess sista sammanträde.
Vice ordförande	5 %. Arvode utgår från den särskilda beredningens första till dess sista sammanträde.
Revisorer	
Ordförande	15 %
Vice ordförande	10 %
Patientnämnd	
Ordförande	10 %
Vice ordförande	6,6 %
Vårdvalsnämnd	
Ordförande	20 %
Vice ordförande	13,3 %

Gemensam nämnd för Närvård i Frostviken

Ordförande	25 %
Vice ordförande	16,6 %

Regional utvecklingsnämnd

Ordförande	75 %
Vice ordförande	50 %

Regionstyrelse

Ordförande	Årsarvodet fastställs genom särskilt beslut
1:e och 2:e vice ordförande	95 % av arvodet till regionstyrelsens ordförande
Ledamot	25 %

Styrelseutskott

Ordförande	15 %
Vice ordförande	10 %

Till ordförande och vice ordförande i styrelseutskott som också är ordförande, 1:e eller 2:e vice ordförande i regionstyrelsen utgår inget arvode.

11 IKRAFTTRÄDANDE

Dessa regler träder i kraft den 1 januari 2015.

Reglerna är fastställda av landstingsfullmäktige den 23 oktober 2013, § 184 och landstingsfullmäktige den 18 juni 2014, § xx

Fullmäktiges presidium

§ 40 Fråga angående förlorad arbetsförtjänst vid inställda konferenser (LS/43/2014)

Ärendebeskrivning

Beredningen för demokrati och folkhälsa lämnade i januari 2014 en förfrågan till fullmäktiges presidium om varför förlorad arbetsförtjänst inte utgår till ledamöter för inställda konferenser.

Enligt fullmäktiges presidiums svar kan förlorad arbetsförtjänst enligt nuvarande arvodesregler generellt sett inte utgå eftersom förlorad arbetsförtjänst enbart utges tillsammans med förrättningsarvodet. I svaret står även att situationen som beskrivits inte uppstår ofta eller regelbundet och därför inte föranleder behov av ändringar i arvodesreglerna.

Beredningen önskar nu att frågan omprövas och att en översyn av arvodesreglerna görs så att de möjliggör för fritidspolitiker att ta på sig uppdrag utan att riskera att stå utan arvode om en konferens eller ett möte hastigt ställs in.

Med anledning av bildandet av Region Jämtland Härjedalen pågår en översyn av arvodesreglerna som beräknas vara klar till fullmäktige i juni 2014. Beredningens önskan om omprövning och översyn av reglerna föreslås därför tas med i denna översyn.

Beslutsunderlag

Brev daterat 2014-03-18 från beredningen för demokrati och folkhälsa med fråga om omprövning av svar gällande förlorad arbetsinkomst vid inställda konferenser
Svar daterat 2014-01-28 från fullmäktiges presidium på brev från beredningen för demokrati och folkhälsa
Brev daterat 2014-01-08 från beredningen för demokrati och folkhälsa med fråga angående förlorad arbetsförtjänst vid inställda konferenser.

Tjänstemannaförslag

Frågan om förlorad arbetsförtjänst vid inställda konferenser tas med i pågående översyn av arvodesreglerna för Region Jämtland Härjedalen.

FULLMÄKTIGES PRESIDIUMS BESLUT

Frågan om förlorad arbetsförtjänst vid inställda konferenser tas med i pågående översyn av arvodesreglerna för Region Jämtland Härjedalen.

Jämtlands Läns Landsting

Planerings- och beställarstaben
Monica Byvald
Tfn: 063-147637
E-post: monica.byvald@jll.se

2014-03-18

Dnr LS/43/2014

Till landstingsfullmäktiges presidium

Brev två angående förlorad arbetsförtjänst vid inställda konferenser (LS/43/2014)

Beredningen för demokrati och folkhälsa har lämnat en förfrågan till fullmäktiges presidium om varför förlorad arbetsförtjänst inte utgår till ledamöter för inställda konferenser. Frågan har aktualiserats då det i ledamöters frånvaro på arbetsplatser tagits in vikarier vars tillsättning varit för sena att avboka.

Enligt fullmäktiges presidiums svar kan förlorad arbetsförtjänst enligt nuvarande arvodesregler generellt sett inte utgå eftersom förlorad arbetsförtjänst enbart utges tillsammans med förrättningsarvodet. I svaret står även att situationen som beskriv inte uppstår ofta eller regelbundet och därför inte föranleder behov av ändringar i arvodesreglerna.

Beredningen har svårt att se att svaret på vår fråga angående arvoden är tillfredställande. Ytterst handlar det om att möjliggöra för förtroendevalda att fullfölja sina uppdrag, dvs en demokratifråga. Detta är reglerat i kommunallagen och bör därför vara överordnat våra arvodesregler som visar sig vara otillräckliga när förtroendevalda t.ex. har 6-veckorsschema eller så kallad tvättstugescheman. I detta fall är det är inte meningen att man som förtroendevald ska stå utan ersättning eller bli tvungen att ta ut en semesterdag.

Beredningen önskar därför att ni omprövar frågan och ser över våra arvodesregler så att de möjliggör för fritidspolitiker att ta på sig uppdrag utan att riskera att stå utan arvode om en konferens eller ett möte hastigt ställs in.

Beredningen ber om svar på ovanstående innan nästa beredningssammanträde 3 juni.

Monica Hallquist

Ordförande
Beredningen för demokrati och folkhälsa.

Förslag till bestämmelser om omställningsstöd och pension för förtroendevalda (OPF-KL) – 2013-10-20

Bestämmelser om omställningsstöd för förtroendevalda

§ 1 Tillämpningsområde

Bestämmelser om omställningsstöd gäller för förtroendevald som avses i 4 kap. 1 § kommunallagen och som fullgör uppdrag hos kommunen eller landstinget/regionen på heltid eller betydande del av heltid, med sammanlagt minst 40 procent av heltid.

Bestämmelserna tillämpas på förtroendevald som väljs för första gången i samband med valet 2014 eller senare, eller som i tidigare uppdrag inte omfattats av PBF, PRF eller andra omställnings- och pensionsbestämmelser för förtroendevalda.

En *pensionsmyndighet* ska finnas. Med pensionsmyndighet avses den nämnd som enligt fullmäktiges beslut har i uppdrag att tolka och tillämpa dessa bestämmelser.

§ 2 Stöd för återgång till arbete

Ett omställningsstöd bör i första hand ses som ett tidbegränsat omställningsstöd och kunna kombineras med aktiva omställningsinsatser för förtroendevald som så önskar, i syfte att underlätta övergången till arbetslivet när en förtroendevald lämnat sitt (sina) uppdrag.

Omställningsstöden ska stödja och hjälpa en förtroendevald i hans eller hennes omställning till ett nytt arbete. Det förutsätts att den förtroendevalde själv aktivt verkar för att få ett nytt arbete.

Omställningsstöd för förtroendevalda

§ 3 Aktiva omställningsinsatser

Rätt till aktiva omställningsinsatser har förtroendevald som innehaft ett eller flera uppdrag med sammanlagt minst 40 procent av heltid och som lämnat sitt (sina) uppdrag efter minst fyra års sammanhängande uppdragstid och som inte fyllt 65 år när han eller hon lämnar sitt uppdrag.

Respektive kommun och landsting/region har att utifrån den förtroendevaldes förutsättningar ta ställning till lämpliga aktiva omställningsinsatser samt vilken kostnadsram som ska gälla. De åtgärder som erbjuds kan exempelvis, som på

arbetsmarknaden i övrigt, bestå av rådgivningsinsatser och kompletterande utbildning.

Det innebär att omställningsinsatsernas omfattning och innehåll skiljer sig åt mellan olika individer.

§ 4 Ekonomiskt omställningsstöd

Ekonomiskt omställningsstöd gäller för förtroendevald som innehaft ett eller flera uppdrag med sammanlagt minst 40 procent av heltid och som lämnat sitt (sina) uppdrag efter minst ett års sammanhängande uppdragstid.

För varje år i uppdraget utges ett ekonomiskt omställningsstöd på 3 månader. Ekonomiskt omställningsstöd utges i högst tre år.

Det ekonomiska omställningsstödet utges med 85 procent under de två första åren och med 60 procent under år tre. Det ekonomiska omställningsstödet beräknas på den förtroendevaldes årsarvode året före avgångstidpunkten.

Ekonomiskt omställningsstöd utges av kommunen eller landstinget/regionen som längst till och med kalendermånaden innan den förtroendevalde fyller 65 år.

För att uppbära ekonomiskt omställningsstöd krävs egen aktivitet från den förtroendevalde i syfte att hitta annan försörjning.

Det första årets utbetalning av ekonomiskt omställningsstöd samordnas inte med förvärvsinkomster. De två följande åren undantas årligen ett prisbasbelopp från samordning.

Rätten att erhålla ekonomiskt omställningsstöd upphör om den förtroendevalde på nytt blir innehavare av uppdrag med sammanlagt minst 40 procent av heltid hos kommunen eller landstinget/regionen, eller får uppdrag i Riksdagen eller regeringen.

§ 5 Förlängt ekonomiskt omställningsstöd

Förlängt ekonomiskt omställningsstöd gäller för förtroendevald som innehaft ett eller flera uppdrag med sammanlagt minst 40 procent av heltid och som lämnat sitt uppdrag efter minst åtta års sammanhängande uppdragstid.

Förlängt ekonomiskt omställningsstöd kan utges till förtroendevald tidigast från 61 års ålder och endast i omedelbar anslutning till att ekonomiskt omställningsstöd enligt § 4 upphört. Förlängt ekonomiskt omställningsstöd kan

utges för ett år i taget och som längst till och med kalendermånaden innan den förtroendevalde fyller 65 år.

Förlängt ekonomiskt omställningsstöd utges av kommunen eller landstinget/regionen efter årsvis ansökan från den förtroendevalde. Förlängt ekonomiskt omställningsstöd motsvarar 60 procent av den förtroendevaldes årsarvode året innan avgångstidpunkten.

För att uppbära förlängt ekonomiskt omställningsstöd krävs egen aktivitet från den förtroendevalde i syfte att hitta annan försörjning. Förlängt ekonomiskt omställningsstöd ska samordnas med förvärvsinkomster.

Rätten att erhålla förlängt ekonomiskt omställningsstöd upphör om den förtroendevalde på nytt blir innehavare av uppdrag med sammanlagt minst 40 procent av heltid hos kommunen eller landstinget/regionen, eller får uppdrag i Riksdagen eller regeringen.

§ 6 Ändringar av och tillägg till bestämmelserna

Förtroendevald är skyldig att underkasta sig de ändringar av och de tillägg till dessa bestämmelser som fullmäktige beslutar.

§ 7 Samordning

Omställningsersättningarna enligt §§ 4 och 5 ska samordnas/minskas med andra förvärvsinkomster om inte annat anges.

8 Ansökan om omställningsstöd

Ansökan om omställningsstöd enligt §§ 3-5 ska göras skriftligt enligt de anvisningar som pensionsmyndigheten utfärdar. Den förtroendevalde bör få omställningsstöd utbetalad tre månader efter det att pensionsmyndigheten tagit emot sådan ansökan.

§ 9 Uppgiftsskyldighet och återbetalning av omställningsstöd

En förtroendevald är skyldig att lämna de uppgifter som pensionsmyndigheten begär för att kunna fastställa rätten till och beräkna omställningsstöd, ekonomiskt omställningsstöd och förlängt ekonomiskt omställningsstöd.

Har förtroendevald erhållit omställningsstöd, ekonomiskt omställningsstöd eller förlängt ekonomiskt omställningsstöd obehörigen eller med för högt belopp genom oriktiga uppgifter, underlåtenhet att fullgöra anmälningsskyldighet eller på annat sätt eller har förtroendevald i annat fall bort inse att utbetalningen var oriktig, ska det för mycket utbetalda beloppet återbetalas.

Pensionsmyndigheten kan – om särskilda skäl föreligger – besluta att helt eller delvis avstå från efterkrav.

Pensionsbestämmelser

§ 1 Tillämpningsområde m.m.

Bestämmelser om pension gäller för förtroendevald som avses i 4 kap. 1 § kommunallagen och som fullgör uppdrag hos kommunen eller landstinget/regionen.

Pensionsbestämmelserna tillämpas på förtroendevald som väljs för första gången i samband med valet 2014 eller senare, eller som i tidigare uppdrag inte omfattats av PBF, PRF-KL eller andra pensionsbestämmelser för förtroendevalda.

Pensionsbestämmelserna tillämpas på förtroendevald, oavsett uppdragets omfattning, om inte annat anges.

Pensionsbestämmelserna gäller inte för förtroendevald som vid tillträdet av uppdrag har rätt till egenpension på grund av anställning, har rätt till egenpensionsförmåner enligt PBF, PRF-KL eller annat uppdrag eller uppnått 67 års ålder. Med ”rätt till egenpension” inbegrips att den förtroendevalde skulle kunnat få rätt till egenpension om ansökan härom ingivits.

Fullmäktige kan för särskilt fall besluta att pensionsbestämmelserna ska gälla och fastställa de villkor i fråga om pensionsrättens omfattning m.m. som kan finnas motiverade.

En *pensionsmyndighet* ska finnas. Med pensionsmyndighet avses den nämnd som enligt fullmäktiges beslut har i uppdrag att tolka och tillämpa pensionsbestämmelserna.

§ 2 Pensionsförmånernas omfattning

Pensionsförmåner enligt dessa bestämmelser är:

a. avgiftsbestämd ålderspension

b. sjukpension

c. efterlevandeskydd

d. familjeskydd

§ 3 Avgiftsbestämd ålderspension

En förtroendevald har rätt till avgiftsbestämd ålderspension enligt §§ 4 – 9 i pensionsbestämmelserna.

§ 4 Pensionsgrundande inkomst

En förtroendevalds pensionsgrundande inkomst beräknas per kalenderår och begränsas till högst 30 inkomstbasbelopp.

Den pensionsgrundande inkomsten beräknas per kalenderår och utgörs av den förtroendevaldes årsarvode, sammanträdesersättningar samt andra i det pensionsgrundande uppdraget (uppdragen) utgivna kontanta ersättningar.

För förtroendevald med uppdrag på heltid eller betydande del av heltid och som under ledighet till följd av sjukdom, olycksfall, arbetskada eller ledighet enligt föräldraledighetslagen (FörL), och på grund av sådan ledighet fått avdrag från sitt arvode, ska den pensionsgrundande inkomsten räknas om (höjas) med vad som avdragits.

I den pensionsgrundande inkomsten ska inte ingå ersättning som betalas ut till förtroendevald enligt 4 kap 12 § kommunallagen för förlorad arbetsinkomst, semesterförmån eller tjänstepensionsförmån eller ersättning som utgör traktamente eller kostnadsersättning.

§ 5 Pensionsavgifter

Pensionsavgiften beräknas i procent på den förtroendevaldes pensionsgrundande inkomst enligt § 4.

Pensionsavgiften är 4,5 procent på den pensionsgrundande inkomsten upp till och med 7,5 inkomstbasbelopp.

Pensionsavgiften är 30 procent på de delar av den pensionsgrundande inkomsten som överstiger 7,5 inkomstbasbelopp, intill dess den förtroendevalde har fyllt i 32 a § LAS angiven ålder. Därefter är pensionsavgiften 4,5 procent på hela den pensionsgrundande inkomsten.

För förtroendevald med uppdrag på heltid eller betydande del av heltid, och som får rätt till sjuk- eller aktivitetsersättning enligt socialförsäkringsbalken (SFB) och som en följd härav med stöd av 4 kap. 9 § kommunallagen befrias från sitt uppdrag före mandatperiodens utgång, ska pensionsavgift tillgodoräknas under

tid då den förtroendevalde har rätt till sjuk- eller aktivitetsersättning enligt socialförsäkringsbalken (SFB).

Anmärkning

Pensionsavgift ska avsättas i förhållande till nedsatt arbetsförmåga i uppdraget (uppdragen). Pensionsavgiften beräknas på den pensionsgrundande inkomsten året före den förtroendevalde beviljas sjuk- eller aktivitetsersättning. Pensionsavgiften avsätts till den förtroendevaldes pensionsbehållning.

Förtroendevald tillgodoräknas pensionsavgift från kommunen, landstinget/regionen endast om den för kalenderåret är högre än 1,5 procent av samma års inkomstbasbelopp. Då förtroendevald inte tillgodoräknas pensionsavgift betalar kommunen och landstinget/regionen ut motsvarande belopp direkt till den förtroendevalde i form av ersättning som inte är pensionsgrundande.

§ 6 Pensionsbehållning

Pensionsavgiften för ett kalenderår avsätts senast den 31 mars följande år till en pensionsbehållning hos respektive kommun eller landsting/region, där den förtroendevalde har innehaft uppdrag. Med pensionsbehållning avses summan av de årliga pensionsavgifter som intjänats hos respektive kommun eller landsting/region.

Pensionsbehållningen innehåller ett obligatoriskt efterlevandeskydd enligt § 11.

§ 7 Information

Pensionsmyndigheten ska lämna information till den förtroendevalde om hans eller hennes avgiftsbestämda pension, pensionsgrundande inkomst och avsättning av pensionsavgift.

§ 8 Utbetalning av avgiftsbestämd ålderspension

Utbetalning av avgiftsbestämd ålderspension, dvs pensionsbehållningen enligt § 6, sker månadsvis och tidigast från den tidpunkt den förtroendevalde kan få allmän pension utbetalad, och i övrigt enligt överenskommelse mellan den förtroendevalde och fullmäktige.

Ansökan om avgiftsbestämd ålderspension ska göras enligt de anvisningar som pensionsmyndigheten fastställt. Den förtroendevalde bör få pension utbetalad inom tre månader efter det att pensionsmyndigheten tagit emot sådan ansökan.

Avgiftsbestämd ålderspension kan utbetalas som engångsersättning till förtroendevald om värdet av pensionsbehållningen är högst 150 % av inkomstbasbeloppet året innan utbetalning av förmånen börjar.

§ 9 Uppgiftsskyldighet

Förtroendevald är skyldig att lämna de uppgifter som pensionsmyndigheten begär för att kunna fastställa rätten till och beräkna avsättning av pensionsavgift. Lämnas inte sådana uppgifter kan pensionsmyndigheten besluta att avsättningen ska minskas i skälig omfattning.

Om förtroendevald genom att lämna oriktiga uppgifter inte fullgör sin uppgiftsskyldighet eller på annat sätt orsakar att för hög pensionsavgift avsätts, kan detta belopp avräknas på kommande avsättningar av pensionsavgift.

Pensionsmyndigheten kan besluta att helt eller delvis efterge beloppet.

§ 10 Sjukpension

Sjukpension betalas ut till förtroendevald med uppdrag på heltid eller betydande del av heltid och som får rätt till sjuk- eller aktivitetsersättning enligt socialförsäkringsbalken och som en följd härav med stöd av 4 kap. 9 § kommunallagen befrias från sitt uppdrag före mandatperiodens utgång.

Sjukpensionen grundas och beräknas på den pensionsgrundande inkomsten enligt § 4 som den förtroendevalde hade året före den tidpunkt då sjuk- eller aktivitetsersättning beviljades.

Sjukpensionen motsvarar den månadsersättning som utgår till anställda enligt AGS-KL.

Sjukpension betalas ut under tid som den förtroendevalde har rätt till sjuk- eller aktivitetsersättning enligt SFB. Upphör rätten till sjuk- eller aktivitetsersättning upphör också rätten till sjukpension.

Fullmäktige kan för särskilt fall besluta att sjukpension ska fortsätta att betalas ut, dock inte för längre tid än då sjuk- och aktivitetsersättning enligt socialförsäkringsbalken kan lämnas.

Anmärkningar

1. Sjukpensionen utges i förhållande till nedsatt arbetsförmåga i uppdraget (uppdragen).

2. Sjukpensionen ska värdesäkras enligt de bestämmelser som gäller för utbetalning av månadsersättning enligt AGS-KL.

§ 11 Efterlevandeskydd

Efterlevandeskydd för avgiftsbestämd ålderspension, enligt § 6, innebär att pension betalas till efterlevande make/maka, registrerad partner, sambo eller barn vid förtroendevalds dödsfall.

Vid dödsfall innan avgiftsbestämd ålderspensionen börjat utbetalas till förtroendevald utbetalas värdet av pensionsbehållningen, enligt § 6, till förmånsberättigad efterlevande under fem år.

Vid dödsfall efter det att livsvarig avgiftsbestämd ålderspension har börjat utbetalas till den förtroendevalde fortsätter utbetalningarna som ett efterlevandeskydd till efterlevande under maximalt 20 år efter det att ålderspensionen börjat utbetalas.

Efterlevandeskydd betalas i första hand till efterlevande make/maka, registrerad partner och sambo. I andra hand betalas efterlevandeskydd till efterlevande barn eller adoptivbarn, dock som längst till och med månaden innan barnet fyller 20 år.

Om det finns flera barn med rätt till efterlevandeskydd ska pensionsbehållningen delas lika mellan förmånsberättigade barn.

Efterlevandeskydd kan utbetalas som en engångsersättning till efterlevande om värdet av pensionsbehållningen är högst 150 % av inkomstbasbeloppet året före utbetalning av förmånen börjar.

§ 12 Familjeskydd vid förtroendevalds dödsfall

Familjeskydd betalas ut till förtroendevald med uppdrag på heltid eller betydande del av heltid. (Bestämmelser om familjeskydd utarbetas senare efter det att pågående avtalsförhandlingar om AKAP-KL avslutats.)

§ 13 Vissa inskränkningar i rätten till pensionsförmån

Angående påföljd i pensionsförmånshänseende för den som uppsåtligen framkallat förtroendevalds arbetsoförmåga eller död ska gälla vad som anges i 18, 19, 20 a och 100 a §§ lagen om försäkringsavtal.

§ 14 Ändringar av och tillägg till bestämmelserna

Förtroendevald är skyldig att underkasta sig de ändringar av och de tillägg till pensionsbestämmelserna som fullmäktige beslutar.

§ 15 Finansiering

För utfästelser enligt dessa bestämmelser svarar kommun och landsting/region.

§ 16 Ansökan om och utbetalning av sjukpension, efterlevandeskydd och familjeskydd

Utbetalning av sjukpension, efterlevandeskydd och familjeskydd sker månadsvis.

Ansökan om sjukpension, efterlevandeskydd och familjeskydd ska göras enligt de anvisningar som pensionsmyndigheten utfärdar. Den förtroendevalde eller förmånsberättigade bör få pension utbetalad tre månader efter det att pensionsmyndigheten tagit emot sådan ansökan.

§ 17 Uppgiftsskyldighet m.m.

Förtroendevald eller hans eller hennes efterlevande är skyldig att lämna de uppgifter som pensionsmyndigheten begär för att fastställa rätten till sjukpension, efterlevandeskydd och familjeskydd. Förtroendevald eller efterlevande som inte fullgör de skyldigheter pensionsmyndigheten fastställt förverkar rätten till förmåner och kan inte genom att senare fullgöra skyldigheten återfå rätten till förverkat belopp mer än sex månader tillbaka. Pensionsmyndigheten kan dock medge undantag.

Bilaga - Vissa Förtydliganden till OPF-KL

1. Definition av förtroendevald enligt 4 kap 1 § kommunallagen

Med förtroendevalda avses i denna lag (kommunallagen) ledamöter och ersättare i fullmäktige, nämnder och fullmäktigeberedningar samt revisorer.

Med förtroendevalda avses också ledamöter och ersättare i den beslutande församlingen, förbundsstyrelsen eller annan nämnd, de beslutande församlingarnas beredningar samt revisorer i ett kommunalförbund. Lag (2006:369).

2. Heltid och betydande del av heltid

Förtroendevald som fullgör uppdrag *på heltid eller på betydande del av heltid*. Vad som menas med betydande del av heltid är en tolkning av kommunallagen.

Kommunaldemokratiska kommittén ansåg i sitt betänkande (SOU 1982:5) att 40 %, motsvarande vad som gäller inom arbetslivet för sociala förmåner, borde vara en lägsta gräns, vilket också remissinstanserna ansåg. (I prop. 1982/83:97 tar departementschefen upp 40 % - gränsen endast i fråga om utfästelse om visstidspension).

3. Efterskydd

Förtroendevald som befrias/frånträder sitt uppdrag p g a sjukdom har rätt till efterskydd under 270 kalenderdagar. Efterskyddet innebär att rätt till sjukpension föreligger om förtroendevald under efterskyddstid beviljas sjuk- eller aktivitetsersättning.
Den förtroendevaldes rätt till efterskydd upphör om den förtroendevalde tillträder en anställning eller annat uppdrag, förenat med pensionsrätt.

4. Pensionsbehållning

Pensionsbehållning enligt OPF-KL ska årligen omräknas med förändringen av inkomstbasbeloppet (IBB).

Om riksdagen eller regeringen beslutar om särskilda ekonomiska åtgärder som berör pensionsområdet, direkt eller indirekt, - t.ex. genom skattesystemet, eller vid omständigheter som ses som force majeure, ska avvikelse kunna göras från nedanstående normer.

Normer

Innan pension betalas ut

För tid innan den förtroendevaldes pensionsbehållning enligt OPF-KL börjar betalas ut ska pensionsbehållningen räknas upp för ett kalenderår (t) genom att multipliceras med kvoten av inkomstbasbeloppet (IBB) för kalenderåret (t+1) dividerat med inkomstbasbeloppet för kalenderåret (T). Uppräkning sker vid utgången av kalenderåret (t+1).

Börjar pensionsbehållningen betalas ut under kalenderåret (t+1) ska pensionsbehållningen istället räknas upp genom att multipliceras med en tolftedel av det enligt ovan beräknade värdet multiplicerat med antalet kalendermånader under kalenderåret (t+1) innan pensionsbehållningen börjar betalas ut. Uppräkningen sker vid utgången av den kalendermånad som närmast föregår den då pensionsbehållningen börjar betalas ut.

Då pension betalas ut

Pensionsbehållning enligt OPF-KL ska räknas om i samma grad som gällande IBB ändrats i förhållande till IBB för det kalenderår då pensionen började betalas ut.

Avdelningen för Arbetsgivarpolitik
Niclas Lindahl

Kommentar till Förslag till bestämmelser om omställningsstöd och pension för förtroendevalda (OPF-KL)

I denna PM kommenteras Förslag till bestämmelser (2013-10–20) om omställningsstöd och pension för förtroendevalda (OPF-KL) mer i detalj.

OPF-KL är utformat för att kunna tillämpas på förtroendevalda som nytillträder ett (eller flera) uppdrag efter valet 2014 eller senare. Bestämmelserna gäller i vissa delar även för förtroendevalda som i tidigare uppdrag inte har omfattats av PBF, PRF-KL eller andra pensionsbestämmelser för förtroendevalda.

Bestämmelserna är helt nya, vilket innebär att de inte innehåller samma förmåner som i tidigare PBF, PRF-KL eller äldre bestämmelser/reglementen för förtroendevalda.

OPF-KL är indelat i omställningsstöd och pensionsbestämmelser. Till OPF-KL finns en bilaga med bl. a. närmare information om uppräkning av pensionsbehållningen samt samordning med förvärvsinkomst (bilagan är f.n. under utarbetning, kommer publiceras under november månad).

Bestämmelserna gäller inte för förtroendevalda som avgår 2014-12-31 eller senare (eller tidigare avgått) med rätt till visstidspension, annan egenpensionsförmån, avgångsersättning eller livränta. För dessa förtroendevalda fortsätter PBF eller PRF-KL att gälla.

Detta gäller enligt huvudregeln även om den förtroendevalde senare tillträder ett nytt uppdrag hos kommunen och/eller landstinget/regionen. Med ” rätt till” inbegrips att den förtroendevalde skulle kunnat få rätt till egenpensionsförmån, avgångsersättning eller livränta enligt PBF eller PRF-KL om ansökan härom ingivits.

Allmänt om bestämmelserna

OPF-KL är utformat för tillämpning hos respektive kommun och region/landsting. För att äga giltighet krävs ett lokalt antagande av bestämmelserna.

Bestämmelser om omställningsstöd och pension gäller för förtroendevald som avses i 4 kap. 1 § kommunallagen och som fullgör uppdrag hos kommun eller landsting/region, på heltid eller betydande del av heltid, med sammanlagt minst 40

procent av heltid, om inte annat anges i OPF-KL. Att betydande del av heltid anges till 40 procent är en uttolkning av kommunallagen. Olika kommuner och landsting/regioner har olika förutsättningar, exempelvis beroende på storlek, för omfattningen av de politiska uppdragen vilket kan beaktas i samband med fastställandet av det lokala regelverket.

Innehållet är bl. a. en följd av att livsinkomstprincipen och arbetslinjen har tjänat som utgångspunkter för utformningen. Bestämmelserna ska underlätta och möjliggöra för förtroendevald att förena arbetsliv och uppdrag och därmed har bestämmelserna i möjligaste mån anpassats till de pensions- och omställningsavtal som gäller för anställda inom kommuner, landsting och regioner, liksom för anställda på arbetsmarknaden i övrigt.

En annan ambition är att likalydande bestämmelser för förtroendevalda ska gälla oavsett om han eller hon har/har haft uppdrag hos kommun eller landsting/region.

Omställningsbestämmelserna tar sikte på aktiv omställning, med aktiva omställningsinsatser och tidsbegränsade ekonomiska omställningsstöd. Detta i syfte att öka chanserna för personer att kunna gå vidare i sin karriär, vilket följer arbetslinjen. Modellen blir också mer lik vad som gäller för anställda i kommuner, landsting och regioner.

Förmånerna i pensionsbestämmelserna motsvarar i stora delar pensionsavtalet AKAP-KL. Ålderspensionsintjänandet bygger på livsinkomstprincipen. Strukturen följer också AKAP-KL, bland annat är paragrafindelningen en annan än PBF och PRF-KL och momentnummer finns inte.

Med fullmäktige avses kommunfullmäktige, landstingsfullmäktige och regionfullmäktige.

Det förutses att fullmäktige utser en särskild ”*pensionsmyndighet*”, dvs. den nämnd som ska ha till uppgift att tolka och tillämpa pensions- och omställningsbestämmelserna.

Någon nedre åldersgräns för att omfattas av bestämmelserna finns inte.

För att förenkla hanteringen finns inte några övergångsbestämmelser, till skillnad från tidigare rekommenderade reglementen och bestämmelser.

Bestämmelser om omställningsstöd

Allmänt

Bestämmelserna om de olika omställningsstöden är helt ny.

De avser i första hand att öka möjligheterna för en förtroendevald att röra sig mellan arbetsliv och uppdragstid. Huvudprincipen är att samtliga omställningsstöd ska ses som tidsbegränsade stöd.

Varje kommun och landsting/region svarar för sin del av kostnaden för de olika omställningsstöden. I händelse av att förtroendevald går från uppdrag i kommun till landsting/region, eller vice versa, kan det vara lämpligt att det överenskoms om hantering av kvalifikationstider och eventuell kostnadsfördelning.

Tillämpningsområde (§ 1)

Bestämmelser om de olika omställningsstöden gäller för förtroendevald som avses i 4 kap. 1 § kommunallagen och som fullgör uppdrag hos kommun eller landsting/region, på heltid eller betydande del av heltid, med sammanlagt minst 40 procent av heltid. Olika kommuner och landsting/regioner har olika förutsättningar, exempelvis beroende på storlek, för omfattningen av de politiska uppdragen vilket kan beaktas i samband med fastställandet av det lokala regelverket.

Det bör noteras att det finns en skillnad mellan omställnings- och pensionsbestämmelsernas tillämpningsområde avseende uppdragets/uppdragens omfattning.

Bestämmelserna om omställningsstöd gäller inte för förtroendevald som i tidigare uppdrag omfattats av PBF, PRF-KL eller andra pensionsbestämmelser för förtroendevalda.

Stöd för återgång till arbete (§ 2)

Omställningsstöden ska kunna kombineras med lämpliga aktiva insatser för förtroendevald som så önskar, för att han eller hon ska kunna återgå i arbete.

Aktiva omställningsinsatser (§ 3)

Bestämmelserna om aktiva omställningsinsatser gäller för förtroendevald som innehaft ett eller flera uppdrag med sammanlagt minst 40 procent och som lämnat sitt uppdrag efter minst fyra års sammanhängande uppdragstid hos (samma) kommun eller landsting/region. I händelse av att förtroendevald går från uppdrag i kommun till landsting/region, eller vice versa, kan det vara lämpligt att det överenskoms om hantering av kvalifikationstider och eventuell kostnadsfördelning.

Det finns inte fastställt vilka aktiva insatser en förtroendevald kan få eller hur mycket en insats får kosta. Det är upp till respektive fullmäktige (pensionsmyndighet) att fastställa kostnadsram och vad som ska gälla utifrån den förtroendevaldes förutsättningar. Tanken är att ledning ska kunna hämtas från bland annat omställningsavtal på arbetsmarknaden avseende typ av insatser och kostnadsram.

Ekonomiskt omställningsstöd (§ 4)

Bestämmelser om ekonomiskt omställningsstöd gäller för förtroendevald som innehaft ett eller flera uppdrag med sammanlagt minst 40 procent och som lämnat sitt uppdrag efter minst ett års sammanhängande uppdragstid hos (samma) kommun eller landsting/region. I händelse av att förtroendevald går från uppdrag i kommun till landsting/region, eller vice versa, kan det vara lämpligt att det överenskoms om hantering av kvalifikationstider och eventuell kostnadsfördelning.

Ekonomiskt omställningsstöd kan utbetalas som längst under tre år och ska samordnas med förvärvsinkomster från och med år två, från samordning undantas dock ett prisbasbelopp.

Ekonomiskt omställningsstöd är att jämställa med inkomst av tjänst och är pensionsgrundande till allmän pension.

Förlängt ekonomiskt omställningsstöd (§ 5)

Bestämmelser om förlängt ekonomiskt omställningsstöd gäller för förtroendevald som innehaft ett eller flera uppdrag med sammanlagt minst 40 procent av heltid och som lämnat sitt (sina) uppdrag efter minst åtta års sammanhängande uppdragstid hos (samma) kommun eller landsting/region. Det innebär att förlängt ekonomiskt omställningsstöd kan sökas av och utges till förtroendevald som fyllt 61 år och var minst 58 år när han eller hon lämnat sitt (sina) uppdrag - och i direkt anslutning - har fått ekonomiskt omställningsstöd utbetalt från avgångstidpunkten.

I händelse av att förtroendevald går från uppdrag i kommun till landsting/region, eller vice versa, kan det vara lämpligt att det överenskoms om hantering av kvalifikationstider och eventuell kostnadsfördelning.

För att få rätt till förlängt ekonomiskt omställningsstöd krävs att den förtroendevalde årligen inkommer med ansökan och kan styrka att han eller hon har försökt att hitta annan försörjning.

Förlängt ekonomiskt omställningsstöd är att jämställa med inkomst av tjänst och är pensionsgrundande till allmän pension.

Övrigt (§ 7)

Omställningsersättningarna ska samordnas/minskas med andra förvärvsinkomster om inte annat anges.

Med förvärvsinkomst avses dels sådana inkomstslag som anges i 59 kap. socialförsäkringsbalken och enligt Skatteförvaltningens definition (från år 2012)

All annan inkomst än kapitalinkomst är förvärvsinkomst. De vanligaste förvärvsinkomsterna är en på basis av ett arbetsförhållande erhållen lön och en inkomst som ska jämställas med denna samt pension. Även en i stället för denna inkomst erhållen inkomst, förmån eller ersättning, t.ex. arbetslöshetsdagpenning och dagtraktamente av olycksfallsförsäkring, är förvärvsinkomst. Även det värde av leveransarbete som hänför sig till handel med virke är förvärvsinkomst.

Förvärvsinkomsten ansluter sig dock inte alltid till utförande av arbete, eftersom även t.ex. en förtäckt dividend är förvärvsinkomst. Förvärvsinkomst är enligt rättspraxisen också en garantiprovision (HFD 1994/2895).

Av resultatet av näringsverksamhet och jordbruk kan även en del vara förvärvsinkomst. Av dessa inkomster avskiljs först kapitalinkomstandelen och resten beskattas som förvärvsinkomst. Även inkomstandelen för en delägare i en sammanslutning och den dividend som ett annat bolag än ett börsbolag har utbetalat, indelas i en kapital- och förvärvsinkomstandel.

Inkomst av sådant slag som är pensionsgrundande enligt 59 kap. socialförsäkrings-balken, t ex sjukpenning, föräldrapenningsförmåner, inkomstrealterad sjuk- och aktivitetsersättning.

Ansökan om omställningsstöd (§ 8)

För att få rätt till de olika omställningsstöden enligt §§ 3 - 5 krävs skriftlig ansökan, enligt de anvisningar som pensionsmyndigheten tagit fram.

Ändringar och nyheter i pensionsbestämmelserna

Allmänt

Pensionsbestämmelserna kännetecknas av följande principer:

- Avgiftsbestämd ålderspension. Pensionen grundar sig på årliga avgifter och avgifterna uttrycks som procentuell andel av den förtroendevaldes pensionsgrundande årsinkomst, d v s årsarvoden m m.
- Nettopensionsbestämmelser. Avgiftsbestämd ålderspension och sjukpension är fristående från den allmänna pensionen.
- Livsinkomstprincipen och arbetslinjen är utgångspunkter. Exempelvis beräknas pensionsavgifterna på årsarvode och sammanträdesersättning oavsett uppdragets/uppdragens omfattning.
- Ingen samordning görs med andra pensionssystem avseende ålderspension.

Pensionsbestämmelserna är utformade för att kunna tillämpas på förtroendevalda som nytillträder ett eller flera uppdrag efter valet 2014 eller på förtroendevald som i tidigare uppdrag inte omfattats av PBF, PRF-KL eller andra pensionsbestämmelser för förtroendevald.

Tidigare rekommendation om att förtroendevald ska ha innehaft sitt uppdrag i minst 36 eller 48 kalendermånader för rätt till t.ex. ålderspension gäller inte. Avgiftsbestämd ålderspension intjänas från första kronan.

Förmåner såsom visstidspension och andra egenpensionsförmåner, efterlevandepensioner, livränta och avgångsersättning och utfästelser enligt bruttopensionsprincipen gäller inte längre. Beräkningstidpunkt, tidsfaktor, årspoäng och årsmedelpoäng som gäller för att beräkna pensionsförmåner i PBF eller PRF-KL återfinns inte heller.

Varje kommun och landsting/region svarar för sin del av pensionsintjänandet.

Genom de nya pensionsbestämmelserna blir det pensionsåtagande kommuner, landsting och regioner har gentemot de förtroendevalda tydligare redovisat.

Tillämpningsområde (§ 1)

Tidigare precisering avseende uppdragets omfattning på heltid eller på betydande del av heltid är borttaget i tillämpningsområdet. Det betyder att även s.k. fritidspolitiker omfattas av pensionsbestämmelserna om inte annat anges.

Pensionsförmånernas omfattning (§ 2)

Pensionsförmånerna är avgiftsbestämd ålderspension och sjukpension. Bestämmelserna har tillförts efterlevandeskydd och familjeskydd. Bestämmelserna om familjeskydd kommer att utarbetas efter det att pågående avtalsförhandlingar om AKAP-KL avslutats. Kansliet har förutsatt att bestämmelserna kommer att bli likalydande. Familjeskydd ska gälla för förtroendevald med uppdrag på heltid eller betydande del av heltid.

Avgiftsbestämd ålderspension (§ 3)

En helt ny bestämmelse om beräkning av ålderspension har införts.

Pensionsgrundande inkomst (§ 4)

Pensionsgrundande inkomst begränsas på samma sätt som i pensionsavtalet AKAP-KL till 30 inkomstbasbelopp.

I den pensionsgrundande inkomsten ingår den förtroendevaldes årsarvode, sammanträdesersättningar och vissa andra ersättningar.

För förtroendevald med uppdrag på heltid eller betydande del av heltid, som fått vidkännas avdrag från sitt arvode på grund av ledighet för t ex sjukdom, ska den pensionsgrundande inkomsten omräknas/höjas med vad som avdragits.

Pensionsavgifter (§ 5)

Bestämmelsen är helt ny

Pensionsavgiften är 4,5 procent på den pensionsgrundande inkomsten upp till och med 7,5 inkomstbasbelopp. På den pensionsgrundande inkomst som överstiger 7,5 inkomstbasbelopp är pensionsavgiften 30 procent. Avgiften avsätts till en pensionsbehållning.

Pensionsavgift intjänas från första kronan. Någon nedre åldersgräns för tillgodoräknande av pensionsavgift finns inte.

För en förtroendevald som beviljas sjuk- eller aktivitetsersättning och som inte har innehaft uppdrag något helt kalenderår får pensionsmyndigheten fastställa den pensionsgrundande inkomsten.

Den pensionsgrundande inkomsten indexeras med prisbasbeloppet året före sjuk- eller aktivitetsersättningstidpunkten infaller.

Nivån på pensionsavgifterna motsvarar nivåerna i de pensionsavtal som finns på arbetsmarknaden.

Pensionsbehållning (§ 6)

Bestämmelsen är helt ny.

Pensionsavgiften beräknas varje kalenderårsskifte och ska avsättas till en pensionsbehållning som förvaltas hos kommunen och landstinget/regionen.

På grund av de begränsningar som finns enligt inkomstskattelagen kan förtroendevald inte välja en placering av pensionsavgiften till en tjänstepensionsförsäkring.

Vad som avses med tjänstepensionsförsäkring framgår av 57 kap. 7 § IL. *Med tjänstepensionsförsäkring avses en pensionsförsäkring som har samband med tjänst och som den försäkrades arbetsgivare åtagit sig att betala samtliga premier för.*

Pensionsbehållningen innehåller ett obligatoriskt efterlevandeskydd vilket följer av § 11.

Pensionsbehållningen räknas upp årligen med förändringen av inkomstbasbeloppet. Detta gäller både före och efter utbetalning. Närmare om uppräkningen framgår av bilagan till bestämmelserna (f.n. under utarbetning, kommer publiceras under november månad).

Ansökan och utbetalning av avgiftsbestämd ålderspension (§ 8)

Utbetalning av avgiftsbestämd ålderspension kan göras tidigast från den tidpunkt då allmän pension kan utbetalas, vilket innebär en flexiblare utbetalning av ålderspension. Utbetalningstidpunkt av avgiftsbestämd ålderspension, pensionsbehållningen enligt § 6, kommer på så sätt att följa de eventuella ändringar som sker i lagstiftning om tidigaste uttagstidpunkt av allmän pension. Avgiftsbestämd ålderspension utbetalas livsvarigt.

Ålderspensionen utbetalas efter skriftlig ansökan enligt de anvisningar som pensionsmyndigheten tagit fram.

Sjukpension (§ 10)

För rätt till sjukpension gäller samma krav som i PBF, d v s att avgången är en följd av sjuk- eller aktivitetsersättning enligt SFB. Sjukpensionen gäller endast för förtroendevald med uppdrag på heltid eller betydande del av heltid.

Sjukpension beräknas på andra grunder än i PBF och PRF-KL. Sjukpensionen motsvarar den månadsersättning som utbetalas till anställda enligt AGS-KL.

För en förtroendevald som inte har innehaft uppdrag något helt kalenderår får pensionsmyndigheten fastställa den pensionsgrundande inkomsten, enligt § 4, som ska ligga till grund för beräkning av sjukpensionen.

Efterlevandeskydd (§ 11)

Bestämmelsen är helt ny.

Eterlevandeskyddet är obligatoriskt, fullmäktige kan besluta om det ska finnas möjlighet att välja bort det före utbetalning.

På grund av de begränsningar som finns enligt 57 kap. inkomstskattelagen kan efterlevandeskyddet inte tecknas i en tjänstepensionsförsäkring. Vad som avses med tjänstepensionsförsäkring framgår av 57 kap. 7 § IL. *Med tjänstepensionsförsäkring avses också en pensionsförsäkring som – sedan en anställd dött – tecknats av arbetsgivaren till förmån för den anställdes efterlevande och som arbetsgivaren har åtagit sig att betala samtliga premier för.*

Vid förtroendevalds dödsfall betalas det sparade kapital som finns i pensionsbehållningen ut till i första hand make/maka, registrerad partner, sambo och i andra hand till barn (under 20 år). Avseende definitionen av sambo hänvisas till sambolagen.

Beloppets storlek bestäms av hur stor pensionsbehållningen är innan dödsfallet och om den avgiftsbestämda pensionen har börjat betalas ut till den förtroendevalde eller inte.

Familjeskydd (§ 12)

Bestämmelsen är helt ny.

Bestämmelser om familjeskydd kommer att utarbetas efter det att pågående avtalsförhandlingar om AKAP-KL avslutats. Kansliet har förutsatt att bestämmelserna i stort sett kommer att bli likalydande med familjeskydd i AKAP-KL. Familjeskydd ska gälla för förtroendevald med uppdrag på heltid eller betydande del av heltid.

Intill dess bestämmelser om familjeskydd är utarbetade gäller bestämmelser om efterlevandepension enligt PBF eller PRF-KL.

Ansökan om och utbetalning av sjukpension, efterlevande- och familjeskydd (§ 16)

För att få rätt till sjukpension efterlevande - och familjeskydd krävs en skriftlig ansökan, enligt de anvisningar som pensionsmyndigheten tagit fram.

CIRKULÄR 14:12

Avdelningen för juridik
Helena Linde

Ordförande i kommun-/landstings-/regionfullmäktige
Ordförande i kommun-/landstings-/regionstyrelser
Kommundirektörer
Landstings/regiondirektörer
Kanslichefer
Kommunsekreterare
Juridik
Ekonomi/finans
Partikanslier

Nya regler i kommunallagen om lokalt partistöd

Sammanfattning

Nya regler för kommunalt partistöd i kommunallagen har trätt i kraft den 1 februari 2014. Reglerna tillämpas fr.o.m. mandatperioden 2014-2018 och innebär följande.

Lokalt partistödet ska syfta till att stärka partierna i den kommunala demokratin. Varje kommun respektive landsting bestämmer om partistöd ska utbetalas och hur stort det ska vara. Lokalt partistöd får bara bestå av *ett grundstöd och/eller ett mandatbundet stöd*. Partistödet får bara utbetalas till ett *politiskt parti som är en juridisk person*. Det innebär att det måste finnas en registrerad lokal partiförening som kan ta emot stödet.

Rätten till partistöd är enligt lag kopplad till om ett *parti är representerat* i fullmäktige. Med de nya reglerna blir det möjligt att proportionellt begränsa partistödet för ett parti som inte kunnat bemanna en eller flera av sina platser i fullmäktige fr.o.m. 2014 års val.

Fullmäktige måste fatta beslut om att de partier som får stöd ska *redovisa* att stödet använts för sitt ändamål. Redovisning ska ske per kalenderår och vara inlämnad till kommunen senast per den 30 juni året efter det att stödet lämnats. Redovisningen av hur partistödet använts *ska dessutom granskas*. Partierna utser själva sin granskare. Granskaren ska årligen lämna en granskningsrapport med ett intyg om att redovisningen ger en rättvisande bild av hur partistödet har använts.

Fullmäktige måste också fatta årliga beslut om utbetalning av partstödet. Fullmäktige får – i de i förväg antagna reglerna för partistöd – besluta om att stöd inte ska utbetalas till ett parti som inte i tid lämnar in en redovisning respektive en granskningsrapport.

Inledning

Bestämmelserna om partistöd finns i 2 kap. 9-12 §§ kommunallagen (1991:900), KL.

De nya reglerna om lokalt partistöd[1] ska tillämpas från och med mandatperioden 2014-2018 och är resultatet av den översyn som gjordes av den parlamentariska utredningen "Vital kommunal demokrati"[2] och det därefter följande propositionsarbetet[3].

För att de nya reglerna ska kunna tillämpas fullt ut måste fullmäktige anta vissa lokala regler för partistödet. Det förslag till lokala regler som finns i bilaga till detta cirkulär innehåller bara de *kompletterande regler* som behövs i förhållande till kommunallagen. Lagstiftningen och de lokalt antagna reglerna bildar en helhet och ska ses tillsammans.

Partistödets ändamål

I 2 kap. 9 § första stycket kommunallagen finns den grundläggande befogenheten för kommuner och landsting att använda kommunala medel för att ge stöd till partiernas arbete. I den nya utformningen av reglerna definieras begreppet partistöd samtidigt som partistödets ändamål lyfts fram som en del av definitionen.

Partistöd är ett sådant ekonomiskt bidrag och annat stöd till politiska partier som syftar till att stärka deras ställning i den kommunala demokratin. Lokalt partistöd är enligt lagstiftarens mening avsett för det lokala partiarbetet som riktar sig till kommunmedlemmarna.

Bestämmelsen är central eftersom det är i förhållande till detta ändamål som redovisning och granskning senare ska göras.

En annan konsekvens av ändamålsbestämmelsen är att medel som är avsedda för att finansiera politiska sekreterare inte ska räknas in i partistödet – eftersom det utgör stöd till det inre politiska arbetet. I den mån finansieringen av politiska sekreterare tidigare år hanterats som en del av partistödet ska detta upphöra fr.o.m. 15 oktober 2014. Beslut om politiska sekreterare får istället hanteras och redovisas som ett eget ärende vid sidan av partistödet.

Representationskravet

I 2 kap. 9 § andra stycket kommunallagen knyts rätten för en kommun eller ett landsting att lämna partistöd till att partiet är representerat i fullmäktige med minst en vald ledamot. Bestämmelsen har funnits tidigare – men genom den ändrade lydelsen förtydligas begreppet att "vara representerad" i fullmäktige. Med lagtextens ord är ett parti representerat "om det har fått mandat i fullmäktige för vilket en vald ledamot är

[1] Lag om ändring i kommunallagen (1991:900), SFS 2013:1053.
[2] Vital kommunal demokrati, SOU (2012:30).
[3] Vital kommunal demokrati, prop. 2013/14:5.

fastställd enligt 14 kap. vallagen (2005:837)". Har ett parti en "tom" stol har också partiets representation minskat i motsvarande mån.

En frivillig regel om att begränsa partistödet för "tomma stolar"

Om fullmäktige vill utnyttja utrymmet att begränsa partistödet i förhållande till ett parti som under mandatperioden får en "tom" stol i fullmäktige måste kommunen respektive landstinget anta en egen bestämmelse om att tillämpa möjligheten som finns i 2 kap. 10 § andra stycket KL. Där står att fullmäktige "får besluta att endast mandat för vilket en vald ledamot är fastställd enligt 14 kap. vallagen (2005:837) ska *beaktas vid fördelningen av partistödet.*" I lagens mening är en stol alltså "tom" först när länsstyrelsen inte har något namn att tillgå när det behöver göras en ny sammanräkning efter en avsägelse från en ledamot i fullmäktige.

En frivillig regel om avtrappning

Bestämmelsen i 2 kap. 10 § andra stycket ska läsas så att det finns utrymme att begränsa det mandatbundna stödet proportionellt i förhållande till antalet tomma stolar. Utnyttjas denna bestämmelse är det viktigt att hålla i minnet att kommunen eller landstinget samtidigt i sina regler för partistöd måste ta ställning till om stödet ska upphöra i samma stund som representationen upphör – eller om det ska utgå helt eller delvis under det efterföljande året. Grunden för detta finns i 2 kap. 9 § tredje stycket där det framgår sedan tidigare att partistöd får ges som längst i ett år efter det att ett parti upphört att vara representerat.

Transparens

De nya reglerna är också avsedda att göra beslutsfattandet, utbetalningarna och uppföljningen av det lokala partistödet mer transparent. Lagstiftningen innehåller relativt detaljerade krav på redovisning och granskning av hur partistödets används – men avsikten är inte att handläggningen av det årliga beslutet om utbetalning ska innefatta en materiell prövning av hur ett enskilt parti faktiskt brukat sitt partistöd. Genom den årliga hanteringen får partierna ett ansvar för att själva redovisa användningen av stödet – i former partiet väljer. De nya reglerna bidrar till att synliggöra partiernas överväganden så att de blir tillgängliga för medborgarna inom ramen för den offentlighet som är naturligt förknippad med att ett ärende läggs på fullmäktiges bord.

Frågor

Frågor eller synpunkter med anledning av detta cirkulär kan i första hand ställas till förbundsjuristen Helena Linde, 08-452 79 76, helena.linde@skl.se eller förbundsjuristen Staffan Wikell, 08-452 75 51, staffan.wikell@skl.se.

Sveriges Kommuner och Landsting
Avdelningen för juridik

Germund Persson

Helena Linde

Bilagor:
Regler för kommunalt partistöd kommun/landsting
Kommentarer till underlaget för regler om partistöd
Svensk författningssamling, SFS 2013:1053

Sveriges
Kommuner
och Landsting

2014-03-17

Avdelningen för juridik
Helena Linde

Regler för kommunalt partistöd X kommun/landsting

Antagna av fullmäktige den XX-XX- XX § Z

I kommunallagen (1991:900) finns de grundläggande bestämmelserna om kommunalt partistöd.

I X kommun/landsting ska därutöver följande gälla.

1 § Rätt till partistöd

Det lokala partistödet i X kommun/landsting utgår till partier som är representerade i enlighet med vad som föreskrivs i 2 kap. 9 andra stycket kommunallagen.

2 § Grundstöd och mandatstöd

Partistödet består av

- ett grundstöd, som uppgår till om X kronor per parti och år, samt
- ett mandatstöd, som uppgår till Y kronor per mandat och år.

3 § Fördelning av partistöd

Vid fördelningen av partistöd beaktas endast mandat för vilken en vald ledamot är fastställd enligt 14 kap vallagen (2005:837).

Partistöd utgår under x månader efter det att representationen upphört.

Alternativt: *"Upphör ett parti att vara representerat under ett verksamhetsår ska partistödet dock utbetalas ett år efter det att representationen upphört."*

4 § Redovisning och granskning

En mottagare av partistöd årligen ska lämna en skriftlig redovisning som visar att partistödet har använts för det ändamål som anges i 2 kap. 9 § första stycket kommunallagen. Till redovisningen ska fogas ett granskningsintyg.

5 § Årlig utbetalning

Partistöd betalas ut årligen i förskott under x månad efter beslut av fullmäktige.

Har redovisning och granskningsrapport enligt 2 kap. 11 § andra stycket kommunallagen inte lämnats in till kommunstyrelsen/landstingsstyrelsen inom föreskriven tid utbetalas inget stöd för nästkommande år.

Sveriges Kommuner och Landsting
Post: 118 82 Stockholm, *Besök:* Hornsgatan 20
Tfn: växel 08-452 70 00, *Fax:* 08-452 70 50
Org nr: 222000-0315, info@skl.se, www.skl.se

Avdelningen för juridik
Helena Linde

Kommentarer till underlaget för regler om partistöd

En allmän bakgrund

I 2 kap. 9 § första stycket kommunallagen finns den grundläggande befogenheten för kommuner och landsting att använda kommunala medel för att ge stöd till partiernas arbete. Partistödets **ändamål** framhålls genom lagtextens definition som innebär att med partistöd avses "ekonomiskt bidrag och stöd till politiska partier för att stärka deras ställning i den kommunala demokratin.

I 2 kap. 9 § andra stycket kommunallagen knyts rätten till partistöd till att **partiet är representerat** i fullmäktige. Den bestämmelsen har funnits tidigare – men är förtydligad. Att vara representerad är detsamma som att länsstyrelsen kan utse en ledamot i sin sammanräkning. Med lagtextens ord är partiet representerat "om det har fått mandat i fullmäktige för vilket en vald ledamot är fastställd enligt 14 kap. vallagen (2005:837)".

I 2 kap. 9 § tredje stycket framgår sedan tidigare att partistöd får ges som längst i ett år efter det att ett parti upphört att vara representerat.

Om fullmäktige vill utnyttja utrymmet att **begränsa partistödet** i förhållande till partier som under mandatperioden får **"tomma stolar"** i fullmäktige behöver kommunen införa en sådan regel. Stödet för att skapa en lokal regel finns i 2 kap. 10 § andra stycket KL där det står att fullmäktige "får besluta att endast mandat för vilket en vald ledamot är fastställd enligt 14 kap. vallagen (2005:837) ska **beaktas vid fördelningen** av partistödet." En stol är "tom" först när länsstyrelsen inte har något namn att tillgå när det behöver göras en ny sammanräkning efter en avsägelse från en ledamot i fullmäktige.

Frågan om **transparens** i partistödet lyfts fram som särskilt viktig. Lagstiftaren har därför i lag utvecklat krav på årlig redovisning och på egenkontroll av hur partistödet utnyttjas av respektive parti. Handläggningen av sådana ärenden kan innehålla en lång rad svårigheter – men utgångspunkten måste vara att prövningen för göras så schabloniserat och enkelt som möjligt med ledning av de få propositionsuttalanden som finns och som citeras i det följande.

Kommentarer till underlaget för lokala regler om partistöd

1 § Rätten till partistöd

Bestämmelsen i 1 § i de lokala reglerna innehåller det grundläggande ställningstagandet att lokalt partistöd ska lämnas. Genom bestämmelsen knyts det lokala partistödet till kommunallagens regler.

Ändamålet med stödet är att stärka de politiska partiernas ställning i den kommunala demokratin. Avsikten med en så öppen skrivning i lagstiftningen är att fånga in all verksamhet som tillgodoser det syfte som angetts för systemet med partistöd. Följande propositionsuttalande[1] ger en samlad beskrivning av detta syfte.

> *"När den kommunala kompetensen vidgades genom att kommuner och landsting fick befogenheten att ge partistöd avsågs fortfarande den s.k. lokaliseringsprincipen upprätthållas som innebär att kommuners och landstings verksamhet ska tillgodose ett till kommunen respektive landstinget knutet intresse (prop. 1969:126 s. 20). I de ursprungliga förarbetena betonades även att stödet skulle främja partiernas informationsverksamhet (prop. 1969:126 s. 17–21). Senare har det uttalats att partistödet bör ses som ett allmänt samhälleligt stöd för att förbättra partiernas möjlighet att utveckla en aktiv medverkan i opinionsbildningen bland medborgarna och därigenom stärka den kommunala demokratin (prop. 1991/92:66 s. 8)."*

2 § Grundstöd och mandatstöd

Av 2 kap. 10 § kommunallagen följer att fullmäktige ska besluta om partstödets omfattning och formerna för det. Kommuner, landsting och regioner har en relativt stor frihet att utforma stödet från sina lokala förutsättningar – exempelvis när det gäller storleksrelationerna mellan grundstöd och mandatbundet stöd[2]. Partistödet får dock inte utformas så att det på ett otillbörligt sätt gynnar eller missgynnar ett parti. Detta följer direkt av 2 kap. 10 § första stycket kommunallagen.

Regeringen har gjort bedömningen att det inte behövs någon mer preciserad reglering i lag av vad stödet får användas till – och ytterligare precisering i lokala regler framstår inte heller som nödvändiga.

3 § Årlig utbetalning

Av 2 kap. 12 § kommunallagen följer att beslut om utbetalning av partistöd ska fattas i fullmäktige varje år. När beslutet lämpligast fattas – för att stämma överens med kommunens budgetsprocess – är ett övervägande för den enskilda kommunen eller

---

[1] Prop. 2012/13:5 sid 69.
[2] Prop. 1991/92:66 sid 8.

landstinget. Detsamma gäller om beslutet om att betala partistödet ska gälla som en förskotts- eller en efterskottsbetalning.

Kravet på årligt beslut tar sikte på själva utbetalningsåtgärden. Det innebär inte att det är nödvändigt att årligen ta ställning till stödets nivåer.

4 § Begränsningar i rätten till partistöd

Vid den årliga fördelningen av partistöd är det möjligt att ta hänsyn till om partiet lyckats bemanna sina platser eller inte. Om det ska vara möjligt att avstå från att betala ut fullt partistöd till partier med "tomma stolar" behövs en lokal regel för det. Ett sådant förslag finns i underlagets 4 § *första stycket*.

Har ett parti minst ett mandat som uppbärs av en ledamot är partiet representerat och har rätt till partistöd i form av både grundstöd och mandatstöd. Har partiet flera platser utan att alla är bemannade kan det mandatbundna partistödet minskas i motsvarande grad. Lyckas partiet inte bemanna någon plats kan också grundstödet dras in.

Det kommer i så fall att innebära att partistöd ska utgå i förhållande till valresultatet under hela mandatperioden. Fullmäktige måste dock likafullt fatta årliga beslut om utbetalning. Om kommunen väljer att avstå från möjligheten att begränsa partistödet vid bristande representation i fullmäktige kan därför både första och andra stycket i 4 § i underlaget uteslutas.

4 § *andra stycket* i underlaget innehåller ett förslag till utformning av en regel som gör det möjligt att förlänga partistödet för en viss period efter det att representationen upphört. Om en sådan avtrappningsregel är önskvärd och under hur lång avtrappningen ska pågå är en lokal fråga. Av lag följer dock att perioden inte får vara längre än ett år. Väljer man helt att avstå från en reglering kommer partistödet att upphöra samtidigt som representationen upphör.

5 § Redovisning, granskning och utbetalning

Om kommunen eller landstinget ska ge partistöd ska fullmäktige årligen besluta att parti som får partistöd ska lämna en skriftlig redovisning som visar att partistödet har använts för sitt avsedda ändamål. Redovisningen ska gälla perioden 1 januari–31 december och ges in till fullmäktige senast sex månader efter räkenskapsårets utgång. Det följer av 2 kap. 11 § första och andra stycket kommunallagen.

Fullmäktige får besluta att partistöd inte ska betalas ut om ett parti som inte lämnat redovisning föregående år.

Eftersom partstöd normalt betalas ut i förskott kommer det att blir det en fördröjning innan partistödet kan begränsas i förhållande till ett parti som inte fullgör sin redovisningsskyldighet – eller som inte lyckas fylla sina platser.

Lagstiftningen är utformad så att det **ålägger** en kommun eller ett landsting som avser att lämna partistöd att ställa krav på redovisning av stödets användning. Om några krav på redovisning inte ställs, eller om kraven utformas på ett sätt som strider mot bestämmelserna i KL innebär det att partistödet inte är kompetensenligt[3].

Fullmäktige får – under vissa förutsättningar – besluta att stöd inte ska betalas ut. Det följer av 2 kap. 11 § tredje stycket kommunallagen.

Närmare om innehållet i redovisningen

Den närmare utformningen av redovisningen är inte lagreglerad. I propositionen finns vissa vägledande uttalanden[4].

> *"Det väsentliga är att redovisningen är utformad på ett sådant sätt att den ger en rättvisande bild av hur mottagaren har använt partistödet. Det innebär bl.a. att redovisningen bör omfatta allt det partistöd som har använts, både det som har mottagits för det senaste året och det som eventuellt sparats från tidigare år. Däremot kan naturligtvis inte partierna tvingas att redovisa användningen av partistöd som har mottagits för tid före det att de föreslagna redovisningsbestämmelserna ska tillämpas."*

Redovisningen behöver innehålla mer än ett uttalande att stödet har använts för att stärka partiets ställning i den kommunala demokratin. Av redovisningen bör bl.a. framgå i vilken mån överföringar har gjorts till delar av partiorganisationen utanför den utbetalande kommunen eller landstinget samt vilka motprestationer som i så fall har erhållits.

Handläggning av det årliga beslutet om utbetalning av partistöd

Syftet med reglerna om redovisning och granskning är att göra underlag och beslut kring det lokala partistödet öppnare och mer tillgängliga för allmänhet och media. Hur partierna väljer att presentera hur de utnyttjar sitt stöd i förhållande till medborgare och media är en fråga för respektive parti. De handläggningsåtgärder som ingår i den sedvanliga beredningen inför ett beslut i fullmäktige bör därför ta sikte på att i lag och lokala regler föreskrivna formkrav är uppfyllda. Har inte redovisning lämnats eller saknas ett granskningsintyg ska fullmäktige besluta att stöd inte ska utbetalas. Eftersom partistöd i många kommuner/landsting utbetalas i början verksamhetsåret kommer ordningen i praktiken att leda till en eftersläpning i eventuella återkrav. Varje kommun/landsting får för egen del ta ställning till om förskottsvis utbetalat stöd ska återkrävas eller om beslut att dra in partistöd ska tillämpas på kommande verksamhetsår.

---

[3] Prop. 2013/14:5 sid 80

[4] Se prop. 2013/14:5, sid 78-79.

Svensk författningssamling

SFS 2013:1053

Utkom från trycket
den 17 december 2013

Lag
om ändring i kommunallagen (1991:900);

utfärdad den 5 december 2013.

Enligt riksdagens beslut[1] föreskrivs i fråga om kommunallagen (1991:900)[2] *dels* att 2 kap. 9 och 10 §§, 4 kap. 1 §, 5 kap. 1, 5, 6, 46 och 64 §§ samt 6 kap. 15 och 32 §§ ska ha följande lydelse,

dels att det i lagen ska införas tre nya paragrafer, 2 kap. 11 och 12 §§ samt 5 kap. 38 a §, av följande lydelse.

2 kap.

9 § Kommuner och landsting får ge ekonomiskt bidrag och annat stöd till politiska partier för att stärka deras ställning i den kommunala demokratin (partistöd).

Partistöd får ges till de politiska partier som är representerade i fullmäktige. Ett parti är representerat om det har fått mandat i fullmäktige för vilket en vald ledamot är fastställd enligt 14 kap. vallagen (2005:837).

Partistöd får ges också till ett parti som har upphört att vara representerat i fullmäktige, dock endast under ett år efter det att representationen upphörde.

Partistöd får bara ges till ett parti som är en juridisk person.

10 §[3] Fullmäktige ska besluta om partistödets omfattning och formerna för det. Stödet får inte utformas så, att det otillbörligt gynnar eller missgynnar ett parti.

Fullmäktige får besluta att endast mandat för vilket en vald ledamot är fastställd enligt 14 kap. vallagen (2005:837) ska beaktas vid fördelningen av partistödet.

11 § Fullmäktige ska besluta att en mottagare av partistöd årligen ska lämna en skriftlig redovisning som visar att partistödet har använts för det ändamål som anges i 9 § första stycket.

Redovisningen ska avse perioden 1 januari–31 december och ges in till fullmäktige senast sex månader efter redovisningsperiodens utgång. En av mottagaren utsedd särskild granskare ska granska om redovisningen ger en rättvisande bild av hur mottagaren har använt partistödet. Granskarens rapport över granskningen ska bifogas redovisningen.

[1] Prop. 2013/14:5, bet. 2013/14:KU7, rskr. 2013/14:71.
[2] Lagen omtryckt 2004:93.
[3] Ändringen innebär bl.a. att andra stycket upphävs.

Fullmäktige får besluta att stöd inte ska betalas till parti som inte lämnar redovisning och granskningsrapport enligt första och andra styckena.

12 § Beslut om att betala ut partistöd ska fattas av fullmäktige minst en gång per år.

4 kap.

1 §[4] Med förtroendevalda avses i denna lag ledamöter och ersättare i fullmäktige, nämnder och fullmäktigeberedningar samt revisorer.

Med förtroendevalda avses också ledamöter och ersättare i den beslutande församlingen, förbundsstyrelsen eller annan nämnd, de beslutande församlingarnas beredningar samt revisorer i ett kommunalförbund.

En förtroendevald som fullgör sitt uppdrag på heltid eller betydande del av heltid ska ha benämningen kommunalråd, landstingsråd eller oppositionsråd eller en annan benämning som fullmäktige bestämmer.

5 kap.

1 § Fullmäktige bestämmer hur många ledamöter som fullmäktige ska ha.

Antalet ska bestämmas till ett udda tal och till minst

21 i kommuner med 8 000 röstberättigade invånare eller därunder,

31 i kommuner med över 8 000 till och med 16 000 röstberättigade invånare och i landsting med 140 000 röstberättigade invånare eller därunder,

41 i kommuner med över 16 000 till och med 24 000 röstberättigade invånare,

51 i kommuner med över 24 000 till och med 36 000 röstberättigade invånare och i landsting med över 140 000 till och med 200 000 röstberättigade invånare,

61 i kommuner med över 36 000 röstberättigade invånare, och

71 i landsting med över 200 000 röstberättigade invånare.

I Stockholms kommun och i landsting med över 300 000 röstberättigade invånare ska dock antalet ledamöter bestämmas till minst *101*.

5 §[5] Ledamöterna och ersättarna i fullmäktige ska väljas för fyra år räknat från och med den 15 oktober valåret.

Om Valprövningsnämnden har beslutat om omval enligt 14 kap. 27 § vallagen (2005:837), ska dock mandattiden förlängas till dess omvalet har avslutats.

6 § Fullmäktige väljer bland sina ledamöter en ordförande och en eller flera vice ordförande, som tillsammans utgör fullmäktiges presidium.

Fullmäktige bestämmer tiden för uppdragen.

38 a § Ledamöter får delta i fullmäktiges sammanträden på distans, om fullmäktige har beslutat det och det sker genom ljud- och bildöverföring i realtid och på ett sådant sätt att samtliga deltagare kan se och höra varandra och delta på lika villkor.

[4] Senaste lydelse 2006:369.
[5] Senaste lydelse 2005:842.

En ledamot som deltar på distans ska anses vara närvarande vid fullmäktiges sammanträde.

46 §[6] Under de förutsättningar som anges i 2 § lagen (1992:339) om proportionellt valsätt ska följande val vara proportionella:

1. val av ledamöter och ersättare i nämnder och beredningar,
2. val av revisorer som avses i 9 kap. 1 och 2 §§,
3. val av ledamöter och suppleanter i styrelsen för aktiebolag, ekonomiska föreningar eller stiftelser eller revisorer och revisorssuppleanter samt lekmannarevisorer som ska granska en sådan styrelses förvaltning och
4. val av ledamöter och ersättare i den beslutande församlingen samt revisorer i kommunalförbund.

Om inte något annat följer av förbundsordningen, ska det som sägs i första stycket tillämpas, när den beslutande församlingen i ett kommunalförbund väljer ledamöter och ersättare i förbundsstyrelsen, andra nämnder, de beslutande organens beredningar samt revisorer.

Första stycket 1 ska inte gälla vid val till en nämnd som avses i 3 kap. 4 § första stycket 2, om två tredjedelar av de närvarande ledamöterna i fullmäktige vid inrättandet av nämnden har röstat för att ledamöter i nämnden ska väljas på någon annan grund än partipolitisk.

64 § Arbetsordningen ska alltid innehålla föreskrifter om

1. antalet ledamöter i fullmäktige,
2. när sammanträden ska hållas,
3. anmälan av hinder att delta i sammanträden,
4. inkallande av ersättare och deras tjänstgöring,
5. vem som ska föra ordet, tills ordförande utsetts,
6. rätten att delta i fullmäktiges överläggningar,
7. förfarandet vid omröstningar,
8. handläggningen av motioner, interpellationer och frågor,
9. formerna för justeringen av protokollet, samt
10. fullmäktigepresidiets arbetsuppgifter.

Om fullmäktige med stöd av 23 § 5 har beslutat att medborgarförslag får väckas, ska arbetsordningen innehålla föreskrifter om hur sådana förslag ska handläggas.

Om fullmäktige har beslutat att ledamöter får delta i fullmäktiges sammanträden på distans, ska arbetsordningen innehålla föreskrifter om i vilken utsträckning sådant deltagande får ske.

6 kap.

15 § Fullmäktige ska bland nämndens ledamöter välja en ordförande och en eller två vice ordförande. Dessa utgör tillsammans nämndens presidium. Fullmäktige bestämmer tiden för uppdragen.

Om den politiska majoriteten i fullmäktige har förändrats på ett sådant sätt att det parti som nämndens ordförande företräder inte längre ingår i den politiska majoriteten, får fullmäktige välja ett nytt presidium.

[6] Senaste lydelse 2006:369.

32 § Fullmäktige ska utfärda reglementen med närmare föreskrifter om nämndernas verksamhet och arbetsformer.

Fullmäktige ska besluta i vilken utsträckning ledamöter får delta i en nämnds sammanträden på distans. Deltagande på distans ska ske på det sätt som anges i 5 kap. 38 a §.

En ledamot som deltar på distans ska anses vara närvarande vid nämndens sammanträde.

Reglementet för en gemensam nämnd ska antas av fullmäktige i var och en av de samverkande kommunerna eller landstingen.

---

1. Denna lag träder i kraft den 1 februari 2014.

2. Äldre bestämmelser ska fortsätta att gälla för partistöd som avser tid före den 15 oktober 2014.

På regeringens vägnar

PETER NORMAN

Rikard Jermsten
(Finansdepartementet)

Norstedts Juridik AB/Fritzes
Elanders Sverige AB, 2013

Jämtlands Läns Landsting

Regler för stöd till de politiska partierna i Region Jämtland Härjedalen

Version: 1

Ansvarig: Regionfullmäktige

Samordningskansliet
Helge Jonsson

2014-04-30 Dnr:LS/701/2014

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.	2013-09-06	Nyutgåva	Landstingsfullmäktige	2013-10-23 § 184
2.	2014-06-18	Ändring med anledning av ändringar i kommunallagen	Landstingsfullmäktige	2014-06-18 § XX

Samordningskansliet
Helge Jonsson

2014-04-30

Dnr:LS/701/2014

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 ALLMÄNT OM PARTISTÖD 4
2 GRUNDSTÖD 4
3 MANDATBUNDET STÖD 4
4 FÖRTROENDEMANNAUTBILDNING I RESPEKTIVE PARTIS EGEN REGI 4
5 STÖD TILL REGIONGRUPP 4
6 UPPRÄKNING 5
7 REDOVISNING OCH GRANSKNING 5
8 UTBETALNING 5
9 IKRAFTTRÄDANDE 5

1 ALLMÄNT OM PARTISTÖD

Enligt 2 kap 9 och10 §§ kommunallagen får kommuner och landsting ge ekonomiskt bidrag och annat stöd för att stärka deras ställning i den kommunala demokratin(partistöd).

Partistöd får ges till de politiska partier som är representerade i fullmäktige. Ett parti är representerat om det har fått mandat i fullmäktige för vilket en vald ledamot är fastställd enligt 14 kap vallagen.

Fullmäktige ska besluta om partistödets omfattning och formerna för det. Stödet får inte utformas så, att det otillbörligt gynnar eller missgynnar ett parti. Fullmäktige får besluta att endast mandat för vilket en vald ledamot fastställts enligt 14 kap vallagen ska beaktas vid fördelningen av partistödet. De år allmänna val sker till landstinget i hela landet bedöms rätten till partistöd dels för tiden före den 15 oktober och dels för resterande tid av året.

2 GRUNDSTÖD

Till varje parti som är representerat i regionfullmäktige och för vilket vald ledamot är fastställd för mandat enligt 14 kap vallagen utgår årligt ett grundstöd. Grundstödet uppgår för år 2014 till 100 889 konor.

3 MANDATBUNDET STÖD

För varje mandat i regionfullmäktige för vilket en vald ledamot är fastställd enligt 14 kap vallagen utgår årligt ett mandatbundet partistöd. Stödet uppgår för år 2014 till 82 593 kronor per mandat.

4 FÖRTROENDEMANNAUTBILDNING I RESPEKTIVE PARTIS EGEN REGI

Ett särskilt riktat partistöd utgår årligen till kostnader för förtroendemannautbildning i respektive partis egen regi. Stödet uppgår för år 2014 till 1 637 kronor per mandat i regionfullmäktige för vilket en vald ledamot är fastställd enligt 14 kap vallagen.

5 STÖD TILL REGIONGRUPP

För mandatperioden utgår partistöd för användning till egna dagar till ordinarie ledamot och ersättare i fullmäktige. Stödet motsvarar 30 dagar per mandat för ordinarie ledamot i fullmäktige. Stödet motsvarar det som ordinarie ledamot har rätt till för sina egna dagar; förrättningsarvode, förlorad arbetsförtjänst, restids-, traktaments- och reseersättning. Kostnader för konferenser och liknande ingår inte.

6 UPPRÄKNING

Grundstöd, mandatbundet stöd, partistöd för förtroendemannautbildning och stöd till regiongrupp uppräknas årligen från och med 2015 med den procentsats som regionfullmäktige för varje budgetår fastställer att gälla för uppräkning av övriga kostnader.

7 REDOVISNING OCH GRANSKNING

Parti som har fått partistöd ska årligen lämna en skriftlig redovisning som visar att partistödet har används för det ändamål som anges i 2 kap 9 § första stycket kommunallagen. Till redovisningen ska fogas ett granskningsintyg.

8 UTBETALNING

Partistödet utbetalas efter beslut i fullmäktige halvårsvis i förskott. Utbetalning sker i början på januari och juli månader. De år allmänna val sker till landstinget i hela landet ska utbetalningen för andra halvåret avse till den fram till 15 oktober. Utbetalningen för resterande tid av halvåret sker tillsammans med utbetalningen för första halvåret året därpå.

Har redovisning och granskningsrapport enligt 2 kap 11 § andra stycket kommunallagen inte lämnats in till regionen inom föreskriven tid utbetalas inget partistöd för nästkommande år.

9 IKRAFTTRÄDANDE

Dessa regler träder i kraft den 15 oktober 2014.

Reglerna är fastställda av landstingsfullmäktige den 23 oktober 2013, § 184 och 18 juni 2014, § xx

Jämtlands Läns Landsting

Regler för stöd till politiska sekreterare i Region Jämtland Härjedalen

Version: 1

Ansvarig: Regionfullmäktige

Samordningskansliet
Helge Jonsson

2014-04-30 Dnr:LS/702/2014

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.	2014-06-18	Nyutgåva	Landstingsfull mäktige	2014-06-18 § XX

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 ALLMÄNT OM POLITISKA SEKRETERARE 4
2 POLITISKA SEKRETERARE 4
3 UPPRÄKNING 4
1 UTBETALNING 4
2 IKRAFTTRÄDANDE 5

1 ALLMÄNT OM POLITISKA SEKRETERARE

I 4 kap § 30 kommunallagen regleras att kommuner och landsting får anställa politiska sekreterare att biträda de förtroendevalda i det politiska arbetet. Enligt § 31 får politiska sekreterare inte anställas för längre tid än till utgången av det år då val av fullmäktige förrättas nästa gång i hela landet. Lagen om anställningsskydd skall inte tillämpas för dem.

Syftet bakom denna bestämmelse är främst att avlasta regionråd en del av deras politiska arbete och därmed förbättra deras arbetsvillkor. Med "biträda de förtroendevalda" avser man markera att de politiska sekreterarna ska ses som en kompletterande resurs för de förtroendevalda. De kan användas som biträden åt enskilda förtroendevalda - till exempel regionråd - eller åt ett partis förtroendevalda som grupp.

2 POLITISKA SEKRETERARE

Totalt disponeras från och med år 2014 330 % tjänster (6 % per mandat i regionfullmäktige) för politiska sekreterare, som fördelas utifrån antalet mandat per parti.

Partierna avgör själva om politisk sekreterare skall anställas av regionen eller av partiet under mandatperioden. Vid anställning i regionen kan flera partier träffa överenskommelse om samverkan vid sådan anställning samt fördelningen av kostnaderna.

De medel som respektive parti disponerar för politisk sekreterare skall även av partiet kunna disponeras för arvodering av förtroendevald regionpolitiker med särskilda arbetsuppgifter enligt respektive partigrupps beslut.

För heltid utgår ersättning för lönekostnaderna med 70 % av regionstyrelsens ordförandens arvode med tillägg för kostnaden för sociala avgifter. För övriga kostnader utgår ersättning för år 2014 med 60 623 kronor per heltidstjänst.

3 UPPRÄKNING

Ersättning för övriga kostnader uppräknas årligen från och med 2015 med den procentsats som regionfullmäktige för varje budgetår fastställer att gälla för uppräkning av övriga kostnader.

1 UTBETALNING

Ersättning för politiska sekreterare utbetalas halvårsvis i förskott i början på januari och juli månader. Anställer regionen politisk sekreterare för hela eller delar av ersättningen sker ingen utbetalning av den del av ersättningen som motsvarar regionens kostnad för anställningen och övriga kostnader.

Samordningskansliet
Helge Jonsson

2 IKRAFTTRÄDANDE

Dessa regler träder i kraft den 15 oktober 2014.

Reglerna är fastställda av landstingsfullmäktige 18 juni 2014, § xx

Jämtlands Läns Landsting

Riktlinjer för arbete med säkerhet för förtroendevalda vid hot och våld

Version: 1

Ansvarig: Landstingsfullmäktige

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.	2014-04-15	Nyutgåva	Fullmäktiges presidium	2014-04-15

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 INLEDNING 5
2 ORGANISATION 5
2.1 ENHETEN FÖR KRISBEREDSKAP, SÄKERHET OCH MILJÖ 5
2.2 FÖRETAGSHÄLSOVÅRD 5
2.3 LANDSTINGSVAKT 6
3 HOT OCH VÅLD - EXEMPEL 6
3.1 ANDRA FORMER AV HOT 6
4 FÖREBYGGANDE ÅTGÄRDER 6
4.1 RISKINVENTERING 7
4.2 RISKBEDÖMNING 7
4.3 RISKBEDÖMNING INFÖR SAMMANTRÄDEN 7
4.4 UTBILDNING/INFORMATION 7
4.5 LOKALER 8
4.6 TILLTRÄDESSKYDD 8
4.7 TELEFONLISTOR 8
5 ÅTGÄRDER VID HOT OCH VÅLD SITUATIONER 8
5.1 AGGRESSIVITET 8
5.2 VID HOT OCH VÅLD SITUATION 9
5.2.1 Offentlighet och ordning under mötet 9
5.3 RÄTTEN TILL FÖRSVAR - NÖDVÄRN 9
6 ÅTGÄRDER EFTER HOT OCH VÅLD HÄNDELSER 10
6.1 DOKUMENTATION 10
6.2 AVVIKELSERAPPORT 10
6.3 POLISANMÄLAN 10
6.4 BROTTSUTREDNING 11
6.5 HOTBILDSANALYS 11
6.6 SKYDDSÅTGÄRDER 11
6.7 INFORMATIONS- OCH MEDIAHANTERING 11
6.8 KRISSTÖD 11
6.9 RÄTTEGÅNG 12
6.10 BROTTSOFFERJOUR 12

6.11 UPPFÖLJNING 12
7 CHECKLISTOR 12
8 MER INFORMATION 14
9 BILAGOR 14

1 INLEDNING

Att fungera som förtroendevald inom offentlig verksamhet kan ibland vara en utsatt position. Ibland behöver kontroversiella beslut fattas, infekterade frågor debatteras och det kan tillsammans med media-exponering skapa reaktioner och känslor hos både grupper och enskilda personer ute i samhället som kan få dramatiska följder.

Den rättsliga regleringen avseende arbetsmiljöansvaret vid hot och våld mot förtroendevalda mellan landsting/kommun och de politiska partierna är oklar. Ett arbete har under 2014 påbörjats mellan Sveriges kommuner och landsting, de politiska partierna och Rikspolisstyrelsen gällande denna fråga.

Syftet med detta dokument är att försöka förhindra att hot och eller våldssituationer uppstår samt att minska konsekvenserna av inträffade händelser. Det ska också vara ett stöd i arbetet med framtagande av egna rutiner inom respektive parti.

Ytterligare dokument så som avvikelserapport, checklista hot/bombhot, aktuella telefonlistor finns i landstingsfullmäktiges First Class-konferens Säkerhet-Fullmäktige.

2 ORGANISATION

Inom landstinget finns dessa funktioner som kan vara behjälpliga i arbetet med hot och våld.

2.1 ENHETEN FÖR KRISBEREDSKAP, SÄKERHET OCH MILJÖ

På enheten arbetar beredskapschef samt säkerhetssamordnare som kan vara behjälpliga i arbetet med hot och våld.

Detta kan till exempel vara:

- Stödja drabbad efter inträffad händelse med råd samt vid eventuell rättsprocess.
- Diskussioner kring förebyggande åtgärder.
- Kontakter med polismyndigheten (polisanmälningar, råd, inhämta information)

2.2 FÖRETAGSHÄLSOVÅRD

Företagshälsovård kan vara ett stöd för förtroendevalda vid hot och våldhändelser. Förtroendevalda kan nyttja landstingets avtal med företagshälsovård för stödsamtal, avlastningssamtal och debriefing.

2.3 LANDSTINGSVAKT

Landstinget har ett antal vakter anställda med så kallat ordningsvaktförordnande i kvarteret lasarettet och Köpmangatan 24. Ett sådant förordnande innebär att vakten på dessa ställen har utökade befogenheter samt ett visst utökat skydd i lagstiftningen. Vakten har inget förordnande utanför dessa områden.

3 HOT OCH VÅLD - EXEMPEL

Hot kan ta sig många uttryck och vi människor upplever också hot olika. När en känsla av rädsla uppkommit hos den drabbade så har en hotsituation uppstått. Om hotet tar sig uttryck i handgripligheter är det fråga om våld.

Reaktioner på hotet beror på hur man uppfattat vad som hänt, om man var beredd, om man var ensam samt om man utsatts tidigare av hot eller våld.

Hot kan också rikta sig mot till exempel anhöriga.

I dagens informationssamhälle med olika sociala medier är det mycket enkelt att framföra sådant som kan betraktas som trakasserier eller hot.

Exempel på olika hot och våldsituationer är:

- Olaga hot
- Trakasserier
- Ofredande
- Misshandel
- Stalkning, olaga förföljelse
- Rån

3.1 ANDRA FORMER AV HOT

Människor med ilska mot landstingets verksamhet kan hota med att verksamheten ska drabbas på något sätt. Det kan ges i uttryck genom exempelvis bombhot via telefon. Checklista vid hot/bombhot finns i First Class konferensen Säkerhet – Fullmäktige.

Att till exempel hota någon för att få denne att inte anmäla ett brott är också ett brott.

4 FÖREBYGGANDE ÅTGÄRDER

Det kan vidtas förebyggande åtgärder för att minska risken för att situationer med hot eller våld ska uppstå. Ju mer arbete som utförs i förebyggande syfte desto fler händelser kan undvikas.

4.1 RISKINVENTERING

Vid riskinventering ska risksituationer hittas. Det innebär att inventera när en hotfull situation kan uppstå och vem eller vilka som riskerar att drabbas.

Varje förtroendevald bör påtala risker och förmedla det till sin gruppledare.

Riskinventering kan genomföras genom:

- Enkätundersökning
- På olika former av interna möten
- Via avvikelserapportering
- Genom att diskutera och dra lärdomar från inträffade händelser/incidenter.

4.2 RISKBEDÖMNING

Vid riskbedömning bör det beaktas vid vilka situationer som det är mest sannolikt att en hotfull situation uppstår, samt vilka konsekvenser det kan få. Ett exempel kan vara att konsekvenserna av en inträffad händelse kan vara större vid situationer där hjälpen är långt borta.

4.3 RISKBEDÖMNING INFÖR SAMMANTRÄDEN

Innan sammanträden bör följande åtgärder genomföras:

Ordföranden informerar beredskapschef alternativt säkerhetssamordnare i de fall eventuella säkerhetsrelaterade händelser kommer till ordförandens kännedom före mötet. Polisen kontaktas och efterhör om det finns tendenser till aktioner eller liknande inför sammanträdet.

Ordföranden beslutar i samråd med beredskapschef om åtgärdsplan för att bibehålla säkerheten när direkta eller indirekta hot inkommit riktade mot deltagare på fullmäktiges sammanträden eller mot landstinget generellt och om man kan förvänta sig olika aktioner under fullmäktiges sammanträden.

Möjlighet till säkerhetskontroll regleras enligt lagen 2010:294 om säkerhetskontroll vid offentliga sammanträden i kommuner och landsting. Ordföranden tar kontakt med beredskapschef om säkerhetskontroll önskas. Observera att arrangera en säkerhetskontroll kan vara tidskrävande då den kräver samordning med polismyndigheten, ordningsvakter och teknisk utrustning. Rutiner för praktiskt genomförande av säkerhetskontroll finns hos Enheten för krisberedskap, säkerhet och miljö.

4.4 UTBILDNING/INFORMATION

Vid början av en ny mandatperiod ska en introduktionsutbildning genomföras för samtliga förtroendevalda. Utbildningen bör omfatta:

- Information avseende hot och våld
- Hur egna rutiner ser ut

- Detta dokument

Vid önskemål kan annan utbildning inom området arrangeras av Enheten för Krisberedskap, säkerhet och miljö. Det kan till exempel vara information från myndigheter och organisationer samt att polisen informerar om sitt arbete.

4.5 LOKALER

När möten med mera planeras ska lokalernas utformning beaktas. Entréer och receptioner är platser i en lokal där risken vanligen är högre att utsättas för hot och våld. Möten ska planeras så att reträttväg från utrymmen där en hotsituation kan uppstå finns. Alternativet kan vara möjlighet att låsa in sig.

4.6 TILLTRÄDESSKYDD

Med tillträdesskydd menas möjligheten att begränsa och styra tillträdet till lokaler under olika tider på dygnet. En byggnad kan ha olika sektioner med olika öppettider och behörigheter.

Reglering av öppettider på vissa dörrar kan vara ett sätt att undvika en situation med hot eller våld.

4.7 TELEFONLISTOR

I First Class konferensen Säkerhet-Fullmäktige finns lista med namn och telefonnummer till respektive gruppledare, polisen, företagshälsovård, kommunikationschef liksom namn och telefonnummer till fullmäktiges presidium och till TiB (Tjänsteman i beredskap).

En inplastad telefonlista i storlek som ett visitkort med aktuella telefonnummer delas ut till förtroendevalda.

5 ÅTGÄRDER VID HOT OCH VÅLD SITUATIONER

5.1 AGGRESSIVITET

Aggressivitet är en känsloyttring som kan härledas från otrygghet, rädsla och kaos.

Om någon uppvisar tendenser till aggressivitet försök prata med personen och ta reda på vad som hänt. Se till att inte vara ensam vid sådana situationer och lämna inte heller någon ensam med en hotfull eller aggressiv person.

5.2 VID HOT OCH VÅLD SITUATION

Polis eller landstingsvakt ska larmas vid akuta situationer som kräver det. Polis kan också kontaktas för rådgivning i situationer som upplevs risk- och eller hotfulla.

Den eller de av landstingets förtroendevalda som blir utsatta för hot eller våld ska ta kontakt med sin gruppledare eller någon i fullmäktiges presidium. Det är alltid den drabbades egna referensramar som avgör om den personen känner sig hotad. Ingen annan kan ha synpunkter på detta.

Den gruppledare eller deltagare i fullmäktiges presidium som tar emot ett larm från en drabbad ska kontakta beredskapschef. På icke kontorstid kontaktas TiB som finns till förfogande dygnet runt.

Därefter tas en diskussion om fortsatt handläggning inom landstinget och hur polisanmälan ska göras.

5.2.1 Offentlighet och ordning under mötet

Ordföranden leder fullmäktiges sammanträden och ansvarar för ordningen vid sammanträdena. Ordföranden får visa ut den som uppträder störande och inte efter tillsägelse rättar sig.

Uppstår oordning som ordföranden inte kan avstyra, får ordföranden upplösa sammanträdet. Rutiner för att återkalla till nytt möte framgår av fullmäktiges arbetsordning.

Rutiner om behov av att larma polis uppstår

1. Presidiet och övriga på podiet har ansvaret att larma genom mobiltelefon.
2. Personal från samordningskansliet har ansvar för att larma om presidiet och övriga på podiet är oförmögna att besluta.
3. Ordföranden eller vice ordförandena beslutar om evakuering av samtliga närvarande till aktuell återsamlingsplats enligt utrymningsplanen som finns utanför byggnaden.
4. Personal från samordningskansliet beslutar om evakuering av samtliga närvarande till aktuell återsamlingsplats om ordföranden eller vice ordförandena är oförmögna att besluta.

Vid en allvarlig händelse eller vid överhängande fara under pågående fullmäktigesammanträde ska beredskapschef informeras men ring först 112.

5.3 RÄTTEN TILL FÖRSVAR - NÖDVÄRN

All våldsanvändning kan bli granskad och föremål för polisutredning. Dock har du rätt att försvara dig med det våld som krävs för att avbryta ett angrepp på dig men inte längre. Du får till exempel inte slå någon som avbrutit sitt angrepp och vänt dig ryggen. Inte heller hämnas efter ett angrepp.

Du har också rätt att överta någon annans nödvärnsrätt om denne inte kan använda den rätten själv.

6 ÅTGÄRDER EFTER HOT OCH VÅLD HÄNDELSER

Åtgärder att vidta efter en händelse handlar om att minska konsekvenserna av händelsen dels för den direkt drabbade, men även andra involverade som till exempel vittnen kan behöva stöd.

6.1 DOKUMENTATION

Dokumentera allt som inträffade, framfördes vid situationen. Detta kan till exempel vara tidpunkt, plats och vad som sades i så exakta ord som möjligt. Dokumentera även sådant som upplevdes som obehagligt till exempel inkommande telefonsamtal men inget sägs. Detta kan komma att användas i en framtida utredning av polis.

Spara undan e-post och sms eller sådant som skrivs i sociala medier. På en dator kan till exempel så kallad skärmdump tas.

Dokumentera eventuella kroppsliga skador. Detta ska ske på vårdinrättning av medicinsk personal. Detta är mycket viktigt för polisutredningen samt om det blir rättegång.

6.2 AVVIKELSERAPPORT

Avvikelsehantering ska ge förutsättningar att göra rätt från början, bygga in kontroller i verksamheten som förhindrar att avvikelser får allvarliga följder samt att dessa inte upprepas. Syftet är att ta till vara på avvikelser som en resurs för att jobba förebyggande. Detta förutsätter att man ser avvikelser som underlag för lärande och utveckling.

Avvikelserapporterna används för att se tendenser och sammanhang. Den kunskapen används för att försöka skapa trygghet.

Lämna avvikelserapporten till enheten Krisberedskap, säkerhet och miljö. Avvikelserapport, se bilaga 1

6.3 POLISANMÄLAN

Landstinget eller parti/gruppledare kan göra själva polisanmälan om så önskar. Den drabbade är dock alltid målsägare vilket innebär att medverkan i den följande processen är avgörande.

En polisanmälan kan åtkomstskyddas vilket innebär att media inte kan ta del av anmälan. Begär åtkomstskydd hos anmälningsupptagaren hos respektive polismyndighet.

Kontakta gärna beredskapschef eller säkerhetssamordnarna om stöd och hjälp behövs.

6.4 BROTTSUTREDNING

Polis utreder om brott föreligger under ledning av en åklagare som är förundersökningsledare. De kommer under en utredning att ta reda på så mycket som möjligt kring en händelse. Det är därför viktigt att alltid spara alla former av meddelanden (brev, sms eller e-post) med hotfullt eller kränkande innehåll. Anteckna också alltid ned vad som sagts i ett samtal med någon som visat sig hotfull.

6.5 HOTBILDSANALYS

Landstinget och den hotade måste samverka med polisen för att de ska kunna göra en så rättvisande hotbildsanalys som möjligt. Den är också av grundläggande betydelse för ett fortsatt skyddsprogram för den drabbade. Det är utifrån resultatet av hotbildsanalysen som skyddsprogrammet utarbetas.

Så många omständigheter som möjligt runt själva händelsen måste redas ut liksom själva händelsen.

Kompetens för att göra hotbildsanalys finns hos kriminalunderrättelsetjänsten (KUT) och säkerhetspolisen.

6.6 SKYDDSÅTGÄRDER

Beroende på situationens allvar och resultatet av polisens hotbildsanalys kan olika skyddsåtgärder vidtas. Detta gäller både i bostaden och på arbetsplatsen. Trygghetstelefon, överfallslarm och inbrottslarm är olika exempel på skyddsåtgärder.

Polisen har olika trygghetspaket som kan lånas ut till hotade.

6.7 INFORMATIONS- OCH MEDIAHANTERING

Fullmäktiges presidium är talesman/taleskvinna vid hot- och våld situationer. Bedömning görs från fall till fall om och i så fall hur information ska spridas vidare i respektive parti, fullmäktige eller i hela landstinget. Samråd ska tas med informationsstaben som ger praktiska råd på hur detta kan genomföras utan att eventuell sekretess åsidosätts.

Fullmäktiges presidium är även talesman/taleskvinna mot massmedia vid en hot- eller våld situation. Samråd kan tas med Kommunikationsstaben som ger stöd och praktiska råd.

6.8 KRISSTÖD

Vid varje hotsituation utgör gruppledare, presidiet, beredskapschef (icke kontorstid TiB) initialt krisstöd för att primärt stödja den hotade men också kartlägga och diskutera initial hotbild.

Förtroendevalda kan i ett senare skede nyttja landstingets avtal med företagshälsovård för stödsamtal, avlastningssamtal och debriefing.

6.9 RÄTTEGÅNG

Den drabbade bör erbjudas stöd i form av sällskap vid en rättegång om behov finns av det. Stödet kan ges av partikamrater, gruppledare och/eller landstingets säkerhetssamordnare.

Det är möjligt att hos domstolen begära att den åtalade lämnar rättssalen under förhör med målsägaren om det känns obehagligt med den åtalades närvaro.

6.10 BROTTSOFFERJOUR

Brottsofferjouren i Jämtland är en ideell förening som har till uppgift att lämna kostnadsfritt stöd till brottsoffer. För kontakt se punkten 8.

6.11 UPPFÖLJNING

Uppföljning ska ske på individnivå såväl som på övergripande nivå. Det är angeläget att den drabbade liksom familjen får komma till tals och lämna såväl positiva som negativa erfarenheter. Här har gruppledaren ett ansvar för att tillse att uppföljning genomförs.

För att dra lärdom och skapa underlag i det förebyggande arbetet ska även uppföljning ske av själva händelsen. Enheten för Krisberedskap, säkerhet och miljö ansvarar för att initiera och samordna sådan uppföljning.

7 CHECKLISTOR

Akutfas (allas ansvar)

Kalla på polis och eller landstingsvakt via telefonnummer 112 vid situation som kräver hjälp.

Se till att den/de drabbade blir omhändertagen/får vård.

Kontakta anhöriga och be om hjälp om den drabbade inte motsätter sig detta.

Lämna inte den drabbade ensam. Se till att någon följer med till sjukhus eller liknande.

För den drabbade

Anmäl händelsen direkt till din gruppledare.

Gör polisanmälan.

Dokumentera eventuella skador.

Skriv avvikelserapport.

Tala med dina familjemedlemmar eller vänner om det inträffade.

Ät på regelbundna tider.

Avstå alkohol.

Skriv ned alla detaljer kring händelsen så snart som möjligt.

För presidiet/gruppledare
Akutfas

Kontrollera med den drabbade om polisanmälan gjorts eller skall göras. Alternativt om den drabbade önskar att du/partiet eller landstinget gör anmälan.

Informera övriga om det inträffade om inte den drabbade motsätter sig detta.

Kontakta v.b. Landstingets företagshälsovård för genomgång av händelsen och upplevelsen samt eventuellt andra åtgärder.

Ta vara på erfarenheter för att förbättra till nästa gång.

Dokumentera dina åtgärder.

På kort sikt

Kontakta beredskapschef eller säkerhetssamordnarna för råd och stöd.

Ge akt på hur den drabbade mår.

Besök den drabbade om denne vistas på vårdinrättning så snart som möjligt.

Ge möjlighet till avlastning i arbetssituationen under en tid

Ha uppföljningssamtal inom en vecka och ta reda på om det kvarstår behov av ytterligare hjälp.

På längre sikt

Gör ytterligare uppföljning inom ca 3 månader.

Följ noggrant upp arbetsmiljön och sjukfrånvaron efter händelsen. Det är inte säkert att det är den direkt drabbade som mår sämst efter en händelse.

Gör bedömning om ytterligare åtgärder krävs med anledning av arbetsmiljön eller sjukfrånvaro.

Ge stöd vid rättegång.

För kollegor

Se till att den drabbade blir omhändertagen.

Lämna inte din arbetskamrat ensam.

Lyssna på den drabbade.

Erbjud praktisk hjälp.

Kollegor som bevittnat händelsen ska skriva ned händelseförloppet så snart som möjligt

Motverka ryktesspridning.

Uppföljning

Erfarenheter från inträffade händelser ska tas upp och diskuteras på möten samt andra nätverks-träffar. Bedöm hur förbättringar kan genomföras.

Kom ihåg att revidera rutiner efter inträffade händelser.

8 MER INFORMATION

Brottsofferjouren Jämtland

Arbetsmiljöverkets författningar

Arbetsmiljölagen

Arbetsmiljöverkets Temasidor hot & våld

Stiftelsen Tryggare Sverige

9 BILAGOR

1 Avvikelserapport

AVVIKELSERAPPORT
Lämnas till Krisberedskap på Samordningskansliet

Namn:……

Plats för händelsen:……

Datum och tid för händelsen:……

Kort beskrivning av vad som hände:
……
……
……
……
……
……
……
Vilka åtgärder är vidtagna?
……
……
……
……
……
Vilka har informerats? (räknas upp i tidsföljd)
……
……
……
……

Vilken/vilka faktorer anser du bidrog till att händelsen inträffade?
……
……
……
……

Kan ett upprepande förhindras? (Ev åtgärdsförslag)
……
……
……
……
……

Vilka förbättringar kan vi vidta i handlingsplanen?
……
……
……
……

Behöver befintliga checklistor i handlingsplanen ändras? (vilka?)
……
……
……

Övriga synpunkter/upplysningar:
……
……
……

Polisanmälan gjord Ja□ Nej□

Uppgiftslämnarens underskrift: ……..

Datum: ……..

Lämnas i förslutet kuvert till någon på Krisberedskap, Hus 2 plan 3.

Anna-Lena Alfreds Beredskapschef	063-14 76 12
Stefan Bergander Säkerhetssamordnare	063-15 31 84
Göran Zackrisson Säkerhetssamordnare	063-14 75 47

Du kommer att bli kontaktad så snart som möjligt. Är det brådskande ring någon av ovanstående!

Jämtlands Läns Landsting

Riktlinjer för användning av IT-utrustning som Region Jämtland Härjedalen tillhandahåller de förtroendevalda för det politiska uppdraget

Version: 1

Ansvarig: Regionfullmäktige

Samordningskansliet
Peter Lindberg

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.	2014-06-18	Nyutgåva	Landstingsfullmäktige	2014-06-18 § XX

Samordningskansliet
Peter Lindberg

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 BAKGRUND 4
2 ANVÄNDNING AV UTRUSTNINGEN 4
3 KOMMUNIKATION 4
4 ADMINISTRATIONS OCH KONTORSPROGRAM 4
5 NYA ARENOR OCH SOCIALA MEDIER 5
6 UTRUSTNINGEN 5
7 ETIK 6

Samordningskansliet
Peter Lindberg

1 BAKGRUND

Förtroendevalda i landstingset har sedan 1997 haft möjlighet att använda en av landstinget tillhandahållen dator för sina uppdrag inom landstinget. Syftet med att ställa datorer till förfogande för fullmäktiges ledamöter, patientnämnd och revisorer var att skapa möjligheter för att utveckla och effektivisera de förtroendevaldas uppdrag samt att effektivisera landstingets administration.

Riktlinjerna är till för att skapa klarhet i vad som gäller för användningen av utrustningen. De ska även säkra en effektiv och säker användning av tekniken och infrastrukturen enligt landstingets beslut.

2 ANVÄNDNING AV UTRUSTNINGEN

För användningen av utrustningen gäller publikationer som gäller för alla användare av IT-hjälpmedel inom Region Jämtlands Härjedalen såsom

- IT-policy
- Riktlinjer för IT-säkerhet användare
- Riktlinjer och anvisningar för internetanvändning och e-posthantering

3 KOMMUNIKATION

Den förtroendevalde ansvarar för att

- skaffa sig tillräcklig utbildning (kan erbjudas av regionen i samband med ny mandatperiod),
- se till att utrustningen fungerar, programvaror är uppdaterade, mm. Problem med utrustningen bör åtgärdas skyndsamt enligt riktlinjer för detta (se nedan).

4 ADMINISTRATIONS OCH KONTORSPROGRAM

Utrustningen innehåller program som ska underlätta det vardagliga arbetet med att skriva, ta fram presentationer och göra beräkningar.

De förtroendevalda förväntas utnyttja erbjudna program för att få mer tid över till mindre rutinmässiga uppgifter.

Samordningskansliet
Peter Lindberg

5 NYA ARENOR OCH SOCIALA MEDIER

Idén om att utveckla nya arenor och sociala medier för det politiska/demokratiska arbetet sker från regionledningens sida genom att skapa nya förutsättningar för medborgarna att få information samt nya möjligheter till kontakter. Det sker också genom den enskilde förtroendevaldes sätt att utveckla kontaktmöjligheterna med hjälp av utrustningen.

De förtroendevalda förväntas utnyttja möjligheten att använda internet och sociala medier for att öka kontakten med medborgarna.

6 UTRUSTNINGEN

Den förtroendevalde får inte överlåta, hyra ut, pantsätta eller på annat sätt förfoga över utrustningen så att regionens äganderätt till utrustningen äventyras.

Den förtroendevalde ska vårda utrustningen väl under lånetiden och förvara den säkert. Den förtroendevalde ansvarar för att instruktioner, manualer och liknande för utrustningen följs. Speciellt viktigt är att utrustningen regelbundet uppdateras med aktuellt virusskydd, programuppdateringar mm.

Den förtroendevalde får inte göra ingrepp i utrustningen. Efter ansökan av den förtroendevalde kan i undantagsfall fullmäktiges presidium besluta om avsteg från detta. Den förtroendevalde svarar för eventuellt uppkomna skador till följd av egna uppgraderingar eller andra ingrepp i utrustningen. Lagringsmedia som har använts i datorn får inte utan viruskontroll läsas eller bearbetas i annan utrustning hos regionen.

Av informationssäkerhetsskäl får den förtroendevalde inte installera andra program än de som ingår i den av regionen centralt fastställda avbild som gäller för samtliga användare inom Region Jämtland Härjedalen. Efter ansökan av den förtroendevalde kan i undantagsfall fullmäktiges presidium besluta om avsteg från detta.

Det är den förtroendevaldes ansvar att ha det försäkringsskydd som behövs för det ansvar som följer med lånet.

Den förtroendevalde ska anmäla problem med datorn till helpdesk, 063-15 49 00 för felanmälan och support vardagar mellan 07.00-17.00.

När uppdraget upphör ska den förtroendevalde återlämna datorn i ursprungligt skick, bortsett från normal förslitning på grund av ålder och bruk, rensad från andra program och dokument än de som följde med vid mottagandet.

Samordningskansliet
Peter Lindberg

7 ETIK

Användandet ska följa normala etiska förhållningssätt och följa landstingets värdegrund. Eftersom samvaron på Internet innebär att man kan inte kan se personerna man har kontakt med, vare sig det är via e- post, hemsida eller i diskussionsgrupper/ chatter, så behöver man tänka efter lite mera på hur man skriver. Ett stöd kan vara de netikettregler (http://www.netikett.se/), som finns på internet.

Jämtlands Läns Landsting

Verktyg till stöd för förtroendevaldas arbete i regionuppdraget

Version: 1

Ansvarig: Landstingsfullmäktige

Samordningskansliet
Helge Jonsson

2014-04-15

Dnr:LS/624/2014

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.	2014-06-18	Nyutgåva	Landstingsfullmäktige	2014-06-18 § xx

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 BAKGRUND 4

2 TILLGÅNG TILL DATORER OCH PLATTFORMAR FÖR KOMMUNIKATION 4

3 TILLGÅNG TILL E-POST KONTON 5

4 TILLGÅNG TILL MOBILT BREDBAND 5

5 TILLGÅNG TILL MOBILTELEFON 6

6 TILLGÅNG TILL CITRIX 6

7 SÄRSKILT OM FÖRTROENDEVALDA MED UPPDRAG PÅ HELTID ELLER BETYDANDE DEL AV HELTID 6

8 POLITISKA SEKRETERARE 6

9 ÖVRIGT 7

1 BAKGRUND

Landstingsfullmäktige beslutade 1996-04-24—25, § 96 om projekt demokrati 2000. Projektet innebar att bärbara datorer ställdes till förfogande för fullmäktiges ledamöter och ledamöterna utbildades i datorkunskap. Förutom datorerna tillhandahölls modem och skrivare. Datorerna var utrustade med programvaror för ordbehandling, presentationer och kalkyl samt kommunikation. Förtroendevalda fick också tillgång till landstingets mailsystem First Class och tilldelades e-post-konton i systemet. Landstingets revisorer och patientnämndens ledamöter anslöts senare till projektet.

Syftet med projektet var att skapa möjligheter för att utveckla och effektivisera de förtroendevaldas uppdrag genom att ge politikerna bra beslutsunderlag, skapa bra beslutstöd för politikerna, skicka handlingar till politikerna och att för den enskilde politikern rationalisera sitt eget arbete.

De förtroendevalda skulle kunna öka kontaktytorna mot andra och minska tiden för rutiner. Mediet skulle också kunna vara en del i utvecklingen av nya former för politiskt arbete. Här tänkte man i första hand på att skapa arenor att föra politisk debatt på. Målet var således mera tid till politik genom snabbare och lättillgängligare information och snabbare kontakt med andra. För landstinget skulle investeringen i datorerna medverka till att uppnå landstingets vision "God hälsa och positiv livsmiljö för alla i Jämtlands län". På sikt skulle behovet av att skicka handlingar på papper upphöra och ersättas med elektroniskt överförd information.

Distributionen till landstingets politiska organ har nu i stort sett upphört utom för landstingsfullmäktige. Ett arbete pågår inom förvaltningen för att skapa system för säker och enkel distribution av handlingar.

De bärande idéerna bakom beslutet att tillhandahålla datorer är fortfarande giltiga även om utvecklingen gjort vissa av syftena överflödiga. Samhällsutvecklingen och den tekniska utvecklingen har också medfört ett annat sätt att förhålla sig till informationsanskaffning och överföring. Från datorerna och telefonerna har utvecklats nya kommunikationsplattformar. Utvecklingen har kommit så långt att kommunikationsplattformar är så gott som var mans egendom.

Sedan beslutet har också behovet av telefoni utvecklats liksom behovet av tillgång till mobilt bredband. Fullmäktiges presidium och styrelsens ordförande har i samråd med förvaltningen beslutat om tillgång till mobiltelefon och mobilt bredband. Presidiet har också beslutat om tillgång till landstingets Citrixmiljö.

Det finns nu behov av att fullmäktige fattar beslut om vilken utrustning som ska vara tillgänglig för de förtroendevalda.

2 TILLGÅNG TILL DATORER OCH PLATTFORMAR FÖR KOMMUNIKATION

Ordinarie ledamöter i regionfullmäktige och ordinarie ledamöter i nämnder samt regionens revisorer ska få tillgång till dator eller annan plattform för informationsinsamling och kommunikation.

Den förtroendevalde får välja en utrustning från det av regionen vid tidpunkten för valet upphandlade sortimentet. Datorn ska vara utrustad för anslutning till nätverk med programvaror för ordbehandling, presentationer och kalkyl. Övriga kommunikationsplattformar ska vara utrustade för anslutning till nätverk.

Utrustningen hanteras inom ramen för regionens IT-funktion och ska vara anpassad till och följa det som gäller för IT-utrustning inom Region Jämtland Härjedalen

- IT-policy
- Riktlinjer för IT-säkerhet användare

Regionen begränsar enligt Riktlinjer för säkerhet IT-infrastruktur lokala rättigheter på klientarbetsplatser för att uppnå en god säkerhet i IT-miljön. Syftet med detta är att inte äventyra säkerheten. Höga behörigheter kan leda till att användaren orsakar oavsiktliga eller avsiktliga säkerhetsincidenter.

Av informationssäkerhetsskäl får den förtroendevalde inte installera andra program än de som ingår i den av regionen centralt fastställda avbild som gäller för samtliga användare inom region Jämtland Härjedalen. Efter ansökan av den förtroendevalde kan i undantagsfall fullmäktiges presidium besluta om avsteg från detta.

Förtroendevald har tillgång till regionens helpdesk för support av utrustningen och efter godkännande för installation av program.

Fullmäktiges presidium får efter ansökan från den förtroendevalde besluta att förtroendevald ska ha lokal administrationsbehörighet till utrustningen. Har sådant beslut meddelats har den förtroendevalde inte tillgång till helpdesk för support eller hantering av utrustningen utan den förtroendevalde får själv ombesörja och bekosta detta.

3 TILLGÅNG TILL E-POST KONTON

Ordinarie ledamöter och ersättare i regionfullmäktige och ordinarie ledamöter i nämnder samt regionens revisorer ska få tillgång till e-postkonton i regionens e-postsystem.

4 TILLGÅNG TILL MOBILT BREDBAND

Ordinarie ledamöter i regionstyrelsen, ordförande och vice ordförande i nämnder, ordföranden och vice ordföranden för regionens revisorer samt fullmäktiges presidium får ha tillgång till mobilt bredband från regionen.

Fullmäktiges presidium får besluta om vilka övriga som har behov av och därmed ska ha tillgång till mobilt bredband.

5 TILLGÅNG TILL MOBILTELEFON

Ordinarie ledamöter i regionstyrelsen, ordförande och vice ordförande i nämnder samt ordföranden och vice ordföranden får ha tillgång till mobiltelefon från regionen.

Fullmäktiges presidium får besluta om vilka övriga som har behov av och därmed ska ha tillgång till mobiltelefon.

6 TILLGÅNG TILL CITRIX

Uppkoppling till Citrix innebär att man har åtkomst till alla system som inte i sig kräver ytterligare inloggning med lösenord.

De förtroendevalda som har egen arbetsplats i regionen ska få tillgång till Citrix. Därutöver ska landstingsstyrelsens ledamöter få tillgång till Citrix liksom förtroendevalda som behöver tillgång till systemet för att fullgöra sitt uppdrag såsom att attestera räkningar.

Fullmäktiges presidium får besluta om vilka övriga förtroendevalda som har behov av och därmed ska få tillgång till Citrix.

7 SÄRSKILT OM FÖRTROENDEVALDA MED UPPDRAG PÅ HELTID ELLER BETYDANDE DEL AV HELTID

Förtroendevalda med uppdrag på heltid ska ha arbetsplats i regionen utrustad med den utrustning som behövs för att fullgöra uppdraget. Vägledande ska vara den utrustningsnivå som gäller för ledande tjänsteman i regionen.

Förtroendevalda med uppdrag på betydande del av heltid som har tillgång till arbetsplats i regionen ska ha den utrustning på arbetsplatsen som behövs för uppdraget.

8 POLITISKA SEKRETERARE

Politiska sekreterare ska få tillgång till e-postkonton i regionens e-postsystem.

Politiska sekreterare som är anställda av regionen ska få tillgång till dator eller annan plattform för informationsinsamling och kommunikation, mobilt bredband och mobiltelefon från regionen. Utrustningen bekostas från det anslag för övriga kostnader som ingår i stödet till politiska sekreterare.

De politiska sekreterare som behöver det för att fullgöra sitt uppdrag får ha tillgång till Citrix.

Fullmäktiges presidium får besluta om vilka övriga politiska sekreterare som har behov av och därmed ska få tillgång till Citrix.

9 ÖVRIGT

För användning av utrustningen gäller riktlinjer för användning av förtroendevaldas datorer samt riktlinjer och anvisningar för internetanvändning och e-posthantering.

Gällande skatteregler tillämpas för eventuell privat användning av utrustningen.

Jämtlands Läns Landsting

PM Utrustning som tillhandahålls förtroendevalda i Region Jämtland Härjedalen

Version: 1

Ansvarig: Peter Lindberg, Helge Jonsson

Samordningskansliet
Peter Lindberg, Helge Jonsson

2014-04-02 Dnr:LS/624/2014

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.	2014-04-02	Nyutgåva		

Samordningskansliet
Peter Lindberg, Helge Jonsson

2014-04-02

Dnr:LS/624/2014

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 BAKGRUND 4
2 SAMMANFATTNING 4
3 BEHOVSFÅNGST 4
4 VERKSTÄLLIGHETSHINDER 5
5 FÖRSLAG 6

1 BAKGRUND

Landstingets förtroendevalda har sedan 1997 haft möjlighet att utnyttja en av landstinget ägd dator för sina uppdrag inom landstinget. Fullmäktige beslöt 22 februari 2001 att ta fram "riktlinjer för effektiv användning av de datorer som de förtroendevalda får låna". Erfarenheterna från de första åren har föranlett fullmäktige att besluta om regler för detta användande.

Landstingsfullmäktige beslutade 2012-06-19-20, § 119, 3. att se över ”Riktlinjer för användning av förtroendevaldas datorer”, utifrån förändrade möjligheter och arbetssätt i landstingets IT-stöd.

2 SAMMANFATTNING

Synpunkter på IT-stödet för datorer som används av förtroendevalda i landstinget ledde till att stödet under 2012-13 hanterats separat från övrigt IT-stöd i landstinget.

De delar som hanterats separat är:

- Anskaffning/inköp av hårdvara – sker via separat avtal från övriga PC-klienter inom JLL
- Anskaffning av programvara
- Administration och underhåll av hård- och mjukvara
- Support/Helpdesk – sker separerat från landstingets nuvarande avtal med Helpdesk

Erfarenheterna visar att detta är både resurs- och tidskrävande aktiviteter som samordningskansliet med nuvarande organisation inte klarar hantera. Samordningskansliet har fått fungera som IT-enhet, upphandlare, helpdesk och närservice för konfigurering och logistik mm.

Andra erfarenheter har visat på att de flesta varit nöjda med IT-stödet som det tidigare var utformat. Kritik har framförts att man med nuvarande ordning inte kunnat få det stöd man tidigare fått och som man uttryckt att man varit nöjd med, med några få undantag.

3 BEHOVSFÅNGST

Ett uttalat problem för förtroendevalda som har uppdrag i flera organisationer är att de har flera IT-stöd. Det har uttryckts behov av ett IT-stöd som kunde gälla för alla uppdrag och verksamheter man deltar i, det vill säga en dator som passar till alla uppdrag.

Detta behov kan inte tillgodoses inom ramen för landstingets möjligheter att samordna, koordinera och verkställa en sådan lösning. Det IT-stöd som landstinget kan erbjuda kan bara gälla för uppdraget som förtroendevald inom JLL.

Ett annat behov som framförts är att man vill kunna installera programvaror fritt utifrån personliga behov.

Det finns flera hinder för att kunna tillmötesgå detta behov. Det som reglerar detta i begränsande hänseende är i första hand beslut i landstinget som återspeglas i

- IT-policy
- IT-strategi
- IT-säkerhetsplan
- Policy för informationssäkerhet
- Regler & riktlinjer teknisk IT-infrastruktur
- Riktlinjer för Informationsklassning och teknikklassning av IT-resurser
- Riktlinjer för IT-säkerhet användare

Regleringarna är till för att uppnå informationssäkerhet som motsvarar de krav och förväntningar som ställs från myndigheter, länsinnevånare, patienter, förtroendevalda och personal och medför inskränkningar i möjligheten att fritt införa programvaror utan föregående säkerhetsverifiering.

I andra hand kan det medföra problem för landstinget om det på landstingets datorer finns programvaror som landstinget inte har licens för. Landstinget kan riskera att få betala licens och skadestånd ägaren av programmet för sådana installationer.

Behovet att lägga in program kan tillgodoses dels genom att helpdesk installerar program efter det att programmen verifierats ur säkerhetssynpunkt och rättigheterna klarlagts, dels att man efter särskild ansökan och under vissa villkor kan få lokal administratörsbehörighet på sin dator.

I allt annat väsentligt möter denna lösning de behov som fångats upp från de förtroendevalda.

4 VERKSTÄLLIGHETSHINDER

Landstinget har upphandlat IT-drift och tecknat avtal med en exklusiv leverantör. Landstinget kan då inte under pågående avtalsperiod upphandla IT-stöd för särskilda grupper utan särlösningar måste lösas genom tilläggsavtal med befintlig leverantör. Inför kommande upphandlingar är det möjligt att göra sådana undantag eller att i upphandlingen precisera helpdeskfunktionen så att den tillmötesgår de önskemål som ställs upp.

För närvarande pågår upphandling av hela IT-driften. Upphandlingen bör inrymma de förtroendevaldas IT-behov. Merkostnaden för de lösningar som det redovisade förslaget inrymmer bör bli betydligt lägre än kostnaden för en separat lösning.

Att dela upp IT-upphandlingen i mindre delar skickar troligen signaler om ifrågasättanden till marknaden och andra intressenter (media), om varför det samtidigt ska göras en särskilt upphandling som skulle gälla våra förtroendevalda, och en upphandling i samma ärende för alla övriga landstingsbehov.

Landstinget har också upphandlat datorer, telefoner med mera utifrån landstingets policy och strategier för de behov och den ekonomi som landstinget har. Det är inte möjligt att tillmötesgå alla anställdas och förtroendevaldas önskemål om utrustningens beskaffenhet utan begränsningar måste göras.

Det är inte heller möjligt att upphandla utrustning vid sidan av befintliga avtal om det nuvarande avtalet inte ger utrymme för det. Om landstinget gör så riskerar landstinget att få betala skadestånd till befintlig leverantör.

5 FÖRSLAG

De förtroendevaldas PC-klienter hanteras i den centrala hanteringen av PC-klienter.

Fördelar med detta är

- Gemensamma inlöp och utbyte av PC-klienter enligt standardiserad livscykelhantering – förenklar anskaffning och drar nytta av redan etablerade rutiner för beställning, underhåll av hård- och programvara, hantering av programvarulicenser samt avveckling av utrustning
- Nyttjande av landstingets Helpdesk för support – möjliggör att dra nytta av den Helpdesk-tjänst landstinget redan betalar för
- Förbättrad säkerhet genom att landstingets gemensamma koncept för programinstallationer, underhåll och driftövervakning kan nyttjas

Följande generella konfiguration bör gälla för de PC-klienter som erbjuds de förtroendevalda:

	Inställning/valbar del	**Kommentar**
Livscykelhantering	Landstingets standard, innebär utbyte av klient var 4:e år	
Licenshantering	Ingår i landstingets centrala licenshantering	
Möjlighet att installera programvara lokalt på PC	Ja, hjälp ges av landstingets Helpdesk med installation	Användaren kan inte själv installera programvara lokalt
Automatiska uppdateringar (operativsystem, säkerhetsprogramvara)	Ingår, kan ske via Internetkoppling. Klienten behöver vara medlem i JLL-domänen. Användarna behöver inte vara medlemmar i JLL-domänen utan kan logga in i klienten via ett lokalt användarkonto.	Anslutning till landstingsnätet krävs ej för att få uppdateringarna
Support	Sker via landstingets Helpdesk samt på-platsen-hjälp via ”Närservice”	
Anslutning till landstingets nätverk/IT-miljö vid behov	Kan ske via VPN-koppling	Fjärranslutning kan ske via SITHS-kort eller RSA-dosa
Möjlighet till enkel ominstallation av klienten vid driftstörningar/ problem på PC	Ingår, klienten kan automatiskt ominstalleras till tidigare läge (vid t ex virusangrepp eller andra programvaruproblem)	Användaren behöver själv säkerställa att lokalt sparade filer säkerhetskopieras med jämna mellanrum. Dessa kan inte återställas automatiskt vid ominstallation.

För de förtroendevalda som behöver och vill ha full administrationsbehörig till utrustningen kan sådan ges, men utrustningen kommer därefter inte att kunna anslutas till JLL-domänen eller omfattas av helpdeskfunktionen.

De förtroendevalda får utrustning som omfattas av de upphandlade avtal om utrustning.

Det finns med utgångspunkt i riktlinjerna för användningen och den hantering som ges inom ramen för det centralt upphandlade IT-stödet, inget som är begränsande för användningen av utrustningen för regionsuppdraget.

Det bör med hänsyn till miljökraven, bland annat minska pappersanvändningen, och till att handlingar ska distribueras elektroniskt inte att erbjudas skrivare, papper och toner.

Om det ändå skulle uppstå behov av att inom ramen för regionsuppdraget skriva ut dokument, kan utskrifter tillhandahållas av samordningskansliet.

5 Uppföljning och utvärdering

5.1.Allmänna förutsättningar

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.

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.

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.

5.2 Metoder

Metoderna är utvalda för att med rimlig arbetsinsats kunna ge förutsättningar för meningsfulla samtal och bedömningar. Avsnittet beskriver fyra olika metodtyper som är tänkta att användas parallellt.

5.2.1 Enskild uppföljningsdialog

Reguljär uppföljning av den enskilda hälsocentralen och syftar till att granska och bidra till goda förutsättningar för verksamhetsutveckling.
Dialog, identifiering av förbättringsområden och problemlösning är den centrala arbetsformen. Uppföljningen har också ett inslag av kontroll i relation till gällande uppdrag och regler.
Inför mötet sammanställer beställaren de indikatorer som samlats in. Frågeställningar av särskilt intresse lyfts fram. Hälsocentralen ges möjlighet att aktualisera frågor som ska diskuteras. Agenda sammanställs och sänds ut av beställaren.
Mötena hålls med fördel på hälsocentralen, så att det blir möjligt att när så bedöms motiverat även träffa medarbetare, vårdgrannar, patient- och/eller medborgarföreträdare, se på lokaler etc.
Beställaren kan återkomma till verksamheten för en uppföljande diskussion.
Eventuella krav på utvecklingsplan/åtgärder specificeras av beställaren. Verksamhetschefen ges möjlighet att kommentera och beskriver genomförda och/eller planerade åtgärder.
Beställaren ansvarar för att de viktigaste slutsatserna dokumenteras och på lämpligt sätt görs tillgängliga både internt och för allmänheten.

5.2.2 Gemensam dialog

Reguljär uppföljning av primärvårdens generella läge och utvecklingsbehov som syftar till att ge en samlad bild av primärvårdens situation, förutsättningar och utmaningar. Samtidigt ska den skapa förutsättningar för utveckling i samarbete mellan verksamhetsföreträdare och beställare.
Minst två gånger per år träffas verksamhetsföreträdare tillsammans med företrädare för landstingets beställare. Både gruppsammansättning och arbetsformer anpassas efter behov.
Inför mötet sammanställer beställaren relevanta frågor och indikatorer. Samtliga deltagare ges möjlighet att föreslå teman för diskussionerna. Agenda sammanställs och sänds ut av beställaren.
Beställaren ansvarar för att de viktigaste slutsatserna dokumenteras och på lämpligt sätt görs tillgängliga både internt och för allmänheten.

5.2.3 Särskilda fördjupningar

Kompletterande fördjupningar vid särskilda behov, t ex om det framkommer tecken på särskilda problem eller brister inom någon verksamhet, eller om man ser behov av fördjupad kunskap inom något särskilt område.

5.2.3.1 Fördjupad riskbaserad uppföljning

Fördjupad riskbaserad uppföljning syftar till att minska särskilda risker för brister och oegentligheter, och genomförs när det finns indikationer på särskilda problem vid någon enhet eller inom något verksamhetsområde.
Beställaren har det primära ansvaret, men även verksamhetschefer kan vid behov aktualisera oväntade problem. När så behövs, kan beställaren begära fram underlag och vid behov formulera krav som verksamhetschefen ska möta med en åtgärdsplan. Dokumentationen behöver vara särskilt noggrann i fall där sanktioner kan komma att bli aktuella.

Vissa risker kan ha direkt betydelse för patienternas vård och säkerhet, och därmed kräva särskilt snabb utredning. I sådana fall hanteras frågan enligt landstingets rutiner för hantering av patientsäkerhetsfrågor, och det kan bli aktuellt att samarbeta med den statliga tillsynsmyndigheten IVO.

5.2.3.2 Fördjupad tematisk uppföljning

Syftar till bättre kunskap inom vissa specifika områden, t ex om situationen för vissa patient- eller befolkningsgrupper.
Initiativet till denna typ av uppföljning kan komma från olika håll; från den politiska ledningen, från uppföljningsdialogen eller på annat sätt.
Den praktiska arbetsformen och ansvarsfördelningen anpassas efter frågans karaktär.

5.2.4 Samlad årlig analys

Den årliga samlade analysen syftar till att kunskaperna från uppföljningen ska ge underlag för landstingets verksamhetsplanering.
Resultaten av den enskilda och gemensamma uppföljningsdialogen, liksom slutsatserna från genomförda fördjupningar och andra uppföljningsinsatser sammanställs och analyseras i en årlig rapport till ledningen
Beställarenheten ansvarar för denna analys, och för att dess slutsatser tillvaratas, t ex i form av förslag till verksamhetsinriktning och särskilda satsningar med utgångspunkt från analysen.

5.3 Indikatorer, mål och mått

Befintliga databaser/register ska så långt som möjligt användas som källa. I de fall där detta ännu inte är möjligt, bedömer beställaren om uppgiften är så betydelsefull att det är motiverat med rapportering i särskild ordning. För att förenkla arbetet i de fall då särskild rapportering krävs, kan det i många fall vara tillräckligt att ansvarig uppgiftslämnare anger ett cirkavärde eller intervall. I tillämpliga fall ska uppdelning ske på kön.

Alla uppgifter gäller initialt för en enskild hälsocentral och dess listade patienter, samt för eventuella övriga specificerade ansvarsområden som vilar på den enskilda hälsocentralen. Vid behov kan uppgifterna aggregeras och kompletteras till en övergripande bild.

Indikatorer, mål och mått är indelade i fyra huvudområden med uppföljningsperspektiven från landstingets ledningssystem som filter.
FÖRUTSÄTTNINGAR
Uppgifter om förhållanden som verksamheten har begränsade möjligheter att påverka
VERKSAMHET
Kvantitativa uppgifter om verksamheten.
STRUKTUR
Indikatorer som belyser de strukturella förutsättningarna för kvalitet.
KVALITET I ARBETET
Indikatorer som belyser kvaliteten, främst i processtermer
Kvalitetsindikatorerna är utvalda för att kunna belysa de dimensioner som finns t ex i God Vård-konceptet.
I huvudsak är de grupperade i relation till gällande riktlinjer. I analysarbetet kan man efter behov återknyta till de principiella dimensionerna i God Vård.

Landstinget har ett ledningssystem som är utformat och inspirerat av EFQM (The European Foundation for Quality Management) och landstinget följer upp verksamhet utifrån perspektiven Medarbetare, Patient, Samhälle samt Verksamhetsresultat.

5.4 Indikatorer

5.4.1 FÖRUTSÄTTNINGAR

Uppgifter om förhållanden som huvudsakligen ligger utanför verksamhetens egen kontroll.

Mätetal Förutsättningar	**Mäts via**	**Mät-intervall**	**Målvärde 2015-12-31**	**Form för redovisning**	**Ledningssystems perspektiv/ God vård**
Listade personer - Antal totalt - Andel aktivt listade, % - Åldersfördelning bland de listade, i femårs åldersklasser	Diveport	Årligen		Tas fram av hälsovals-kansliet	Samhälle
CNI index för de listade personerna, totalt	SCB/ Diveport	Årligen		Tas fram av hälsovals-kansliet	Samhälle
Eventuella uppdrag utöver det basala primärvårdsuppdraget, tilläggsuppdrag etc		Årligen		Redovisas av vårdgivaren i årsberättelse	Samhälle

5.4.2 VERKSAMHET

Uppgifter om verksamhetens omfattning

Mätetal Verksamhet	**Mäts via**	**Mät-intervall**	**Målvärde 2015-12-31**	**Form för redovisning**	**Ledningssystems perspektiv/ God vård**
Tillgänglighet - Öppettider vardagar - Telefontid vardagar - Jour och beredskap, när, var, hur		Årligen		Redovisas av vårdgivaren i årsberättelse	Patient Inom rimlig tid/ Effektiv
Byte av vårdenhet Tillgodosett kravet av invånarens val inom två månader	Listnings-systemet	Månadsvis	100%	Kontrolleras av hälsovals-kansliet	Patient Inom rimlig tid
Direkt patientverksamhet (Produktionsstatistik enl. JLL) - Läkarbesök per 1000 listade - Övriga besök per 1000 listade - Hembesök läkare, per 1000 listade - Hembesök annan profession, per 1000 listade - Andel besök av ej listade pat., % av totalt antal besök	Diveport	Årligen		Tas fram av hälsovals-kansliet	Verksamhet Effektiv
Indirekt verksamhet Samarbetsavtal med äldreboenden 1. Antal boenden med avtal/överenskommelse 2. Antal läkartimmar/ vecka per äldreboende		Årligen		Redovisas av vårdgivaren i årsberättelse	Samhälle
Antal pat. där det finns samordnad	Meddix			Tas fram av	

Mätetal Verksamhet	Mäts via	Mät- intervall	Målvärde 2015-12-31	Form för redovisning	Ledningssystems perspektiv/ God vård
individuell plan med kommunen				hälsovals- kansliet	
Tillämpning av samverkansavtal med kommunerna och andra samhällsaktörer		Årligen		Redovisas av vårdgivaren i årsberättelse Ange former och omfattning	Samhälle Effektiv
Beskriv deltagande i det befolkningsinriktade – hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet.		Årligen		Redovisas av vårdgivaren i årsberättelse	Samhälle
Användande av avståndsoberoende teknik; - E-hälsa bl. a. anslutning till Mina vårdkontakter - Telemedicin och videokonferenssystem - Resfria möten, ange former och omfattning		Årligen		Redovisas av vårdgivaren i årsberättelsen Ange former och omfattning	Patient Effektiv

5.4.3 STRUKTUR FÖR KVALITET

Indikatorer som belyser de strukturella förutsättningarna för kvalitet

Mätetal Struktur för kvalitet	Mäts via	Mät intervall	Målvärde 2015-12-31	Form för redovisning	Ledningssystems perspektiv/ God vård
Kontinuitet Andel av de pat. som under året haft tre eller fler läkar- /dsk. besök som då träffat samma läkare / dsk. vid mer än 65% av tillfällena	Diveport	Månadsvis	65 %	Tas fram av hälsovals- kansliet	Verksamhet Patientfokuserad
Täckningsgrad Andel av listades besök som tillgodosetts på primärvårdsnivå i förhållande till deras totala antal öppenvårdsbesök	Diveport			Tas fram av hälsovals- kansliet	Verksamhet Jämlik
Dokumenterat kvalitetsledningssystem (ja/delvis/nej)		Årligen		Redovisas av vårdgivaren i årsberättelse	
Ansluten till kvalitetsregister	Ange vilka	Årligen		Redovisas av vårdgivaren i årsberättelse	Kunskapsbaserad
Kompetensutveckling Fortbildning för personalen, alla yrkeskategorier Ange former och		Årligen		Redovisas av vårdgivaren i årsberättelse	Medarbetare Kunskapsbaserad

Mätetal Struktur för kvalitet	Mäts via	Mät intervall	Målvärde 2015-12-31	Form för redovisning	Ledningssystems perspektiv/ God vård
omfattning					
Kompetens - Ange vilka som finns samt omfattning		Årligen		Redovisas av vårdgivaren i årsberättelse	Medarbetare Kunskapsbaserad
Utbildningsplatser Studenter, ange antal per kategori		Årligen		Redovisas av vårdgivaren i årsberättelse	Medarbetare Kunskapsbaserad
Andel läkare med handledarutbildning Andel övriga kategorier (ange vilka) med handledarutbildning				Redovisas av vårdgivaren i årsberättelse	Medarbetare Kunskapsbaserad
Forskningsprojekt och kliniska studier, ange om och vilka projekt/studier som pågår.		Årligen		Redovisas av vårdgivaren i årsberättelse	Medarbetare Kunskapsbaserad
Insats enligt CEMR deklarationen, ange former och omfattning		Årligen		Redovisas av vårdgivaren i årsberättelse	Samhälle Jämlik
Täckningsgrad i Palliativa registret Andel registrerade patienter	Palliativa registret			Tas fram av vårdstrateg	Säker
Brytpunktsamtal, öka andel brytpunktsamtal	Palliativa registret			Tas fram av vårdstrateg	Patient Patientfokuserad
Täckningsgrad i SveDem Andel registrerade patienter, alla enheter påbörjat registrering	SveDem			Tas fram av handläggare äldrefrågor	Säker

5.4.4 KVALITET

Indikatorer som belyser kvaliteten i verksamheten

Dessa indikatorer är i huvudsak ett urval av indikationer från nationella riktlinjer och mätningar, kompletterade med några frågor om arbetsprocesser. De är utvalda för att spegla primärvårdens åtaganden och för att åtminstone på sikt vara relativt enkla att hantera. När de underliggande riktlinjerna och mätningarna förändras, ska indikatorerna anpassas till de nya förutsättningarna. Urvalet av indikatorer kan successivt vidareutvecklas. Vid en bredare analys ska naturligtvis de kompletta underlagen användas.

5.4.4.1 PATIENTUPPLEVD KVALITET

Mätetal Kvalitet Patientupplevd kvalitet	Mäts via	Mät-intervall	Målvärde 2015-12-31	Form för redovisning	Ledningssystems perspektiv/God vård
Patientupplevelse, enligt nationella patientenkäten, urval dimensioner för;	PUK	Årligen		Tas fram av hälsovals-kansliet	Patient Patientfokuserad

Mätetal **Kvalitet** **Patientupplevd kvalitet**	**Mäts via**	**Mät-intervall**	**Målvärde 2015-12-31**	**Form för redovisning**	**Ledningssystems perspektiv/God vård**
Bemötande Patientmedverkan Läkemedel Fortsatt vård Information Helhetsintryck					
Tillgänglighet Kontakt med vårdenhet samma dag	databasen väntetider i vården	Månadsvis	100%	Redovisas av vårdgivaren	Patient Inom rimlig tid
Tillgänglighet, Läkarbesök inom 7 dagar	databasen väntetider i vården	Månadsvis	100%	Redovisas av vårdgivaren	Patient Inom rimlig tid

5.4.4.2 MEDICINSK KVALITET

Mätetal **Kvalitet** **Medicinsk kvalitet**	**Mäts via**	**Mät-intervall**	**Målvärde 2015-12-31**	**Form för redovisning**	**Ledningssystems perspektiv/ God vård**
Andel som fått kvalificerat rådgivande samtal tobak	Cosmic	Årligen		Tas fram av folkhälso-centrum	Samhälle Kunskapsbaserad
Andel av tobaksbrukare som är tobaksfria 6 mån efter insats	Cosmic	Årligen	Högre andel ska vara tobaksfria jämfört med utfall 2014	Tas fram av folkhälso-centrum	Samhälle Kunskapsbaserad
Antalet personer med riskbruk alkohol. Andel patienter med riskbruk som efter ny AUDIT (6 månader) rapporterar värden under riskbruk	Cosmic	Årligen	Minska antalet personer med riskbruk	Tas fram av folkhälso-centrum	Samhälle Kunskapsbaserad
FaR Andel patienter som fått FAR och vid uppföljning (6 månader) uppnått individanpassad fysisk aktivitet enligt ordination	Cosmic	Årligen	Öka antal personer som uppnår rekommende rad fysisk aktivitet	Tas fram av folkhälso-centrum	Samhälle Kunskapsbaserad
Mödrahälsovård och Barnhälsovård Se styrdokument för mödrahälsovård och barnhälsovård		Årligen	Se riktlinjer	Redovisas enligt styr-dokument för mödra/ barnhälso-vård	Kunskapsbaserad
Diabetesvård Andel patienter med diabetes som	NDR	Årligen	Högre andel än 90%.	Tas fram av hälsovals-	Verksamhet Kunskapsbaserad

Mätetal Kvalitet Medicinsk kvalitet	Mäts via	Mät-intervall	Målvärde 2015-12-31	Form för redovisning	Ledningssystems perspektiv/ God vård
är registrerade i nationella diabetesregistret (NDR).				kansliet	
Arbete med säker läkemedelshantering i vården och vårdens övergångar. Beskriv rutiner och omfattning		Årligen		Redovisas av vårdgivaren i årsberättelse	Samhälle Säker
God läkemedelsbehandling för äldre.	Diveport		Minska enligt årets nationella mål	Tas fram av landstinget	Kunskapsbaserad
Måluppfyllelse avseende Läkemedelskommittén i Jämtlands län fastställda måltal för läkemedel Se riktlinjer.	Diveport	Årligen		Tas fram av hälsovals-kansliet	Kunskapsbaserad
Sjukskrivningsprocessen Avstämningsmöten avseende sjukskrivning			Mäts och följs upp kontinuerligt av sjukskrivnings projektet		Samhälle Effektiv
Vaccination mot säsongsinfluensa Andel av vårdenhetens listade > 65 år som erhållit vaccin mot säsongsinfluensa	Diveport	Årligen	Fler än 2014	Tas fram av smittskydd	Samhälle Kunskapsbaserad
Återinskrivning inom 30 dagar oavsett orsak, 65 år och äldre	Diveport	**Månadsvis**		Tas fram av landstinget	Verksamhet
Undvikbar slutenvård, personer 65 år och äldre.	Diveport	**Månadsvis**		Tas fram av landstinget	Verksamhet

5.4.4.3 PATIENTSÄKERHET

Mätetal Kvalitet Patientsäkerhet	Mäts via	Mät-intervall	Målvärde 2015-12-31	Form för redovisning	Ledningssystems perspektiv/ God vård
Hygien Delta i SKL:s punktprevalensmätningar - Självskattning av kläd- och hygienregler	Punktpre valens-studie/ själv-skattning	Mars och oktober/ Tertial	100%	Redovisas av vårdgivaren	Verksamhet Säker

Mätetal **Kvalitet** **Patientsäkerhet**	**Mäts via**	**Mät-intervall**	**Målvärde 2015-12-31**	**Form för redovisning**	**Ledningssystems perspektiv/ God vård**
- Hygienrond					
Arbeta för minskad antibiotikaförskrivning Antal recept/1000 inv. Följsamhet till rekommendationer	Diveport		Minska enligt årets nationella/ lokala mål	Tas fram av Strama	Verksamhet Kunskapsbaserad
Organisatorisk kvalitet - Diagnossatta läkarbesök, % av totalt antal besök - Signerade journalanteckningar, % av totalt antal besök - Obesvarade remisser, antal per 1000 listade	Diveport	Månadsvis		Tas fram landstinget	Verksamhet Säker
Patientsäkerhetsberättelse enl. 2010:659			Årligen	Redovisas av vårdgivaren enligt mall	Säker

Medborgarförslag

JÄMTLANDS LÄNS LANDSTING
2013 -04- 11
Dnr LS/ ...../20.....

Till:
Jämtlands läns landsting
Box 654
831 27 Östersund

Datum: 2013-04-09

Från:
Namn. Emma och Gunnar Hagqvist
Gatuadress. [redacted]
Postnummer och [redacted]
Telefon-/mobilnu[redacted])
E-postadress. [redacted]

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:

Mail för medborgarförslag till Jämtlands läns landsting, Sekretariatet, J Winoy, tfn: 063-14 75 51, e-post: james.winoy@jll.se

Jämtlands Läns Landsting

JÄMTLANDS LÄNS
LANDSTING
2013 -11- 14
Dnr LS/...../20.....

Motion angående intäkter till Jämtlands läns landsting. Östersund 2013-10-14

Jämtlands läns landsting står inför många olika utmaningar, samtidigt som vi har många olika möjligheter. Vi måste se över alla områden och se de möjligheter vi faktiskt har att plocka in pengar till vårt eget landsting idag, imorgon och i framtiden, på tjänster vi kan erbjuda andra. Tjänster som inte andra landsting/privata utförare har samma möjligheter och kompetens inom eller som man helt enkelt saknar eller behöver upphandla.
Ett område som vi skulle kunna få intäkter ifrån och som vi har en unik kompetens inom är område Reumatologi. Nedan följer den text som finns på landstingets egen hemsida kring detta område:

"Vi arbetar i team bestående av arbetsterapeut, sjukgymnast och kurator, sjuksköterska och undersköterska. "Dagrehab" innebär en individuellt anpassad rehabiliteringsperiod för dig med en inflammatorisk reumatisk diagnos. Syftet är att förbättra dina förutsättningar i det dagliga livet. Rehabiliteringen bedrivs med samlade teaminsatser utifrån en rehabplan med dina specifika mål. Utifrån din målsättning med rehabperioden kan den t ex innehålla samtalsstöd och olika former av träning t ex i bassäng och gym samt ergonomi och uteaktiviteter. "

Jag vet att reumatologen har ett mycket gott rykte och att andra landsting inte kan erbjuda sina sjuka samma möjligheter.

Jag yrkar därför på att:

- Jämtlands läns landsting marknadsför och säljer den unika kompetens och möjligheterna till rehabilitering som finns på reumatologen.

Susanné Wallner

Susanné Wallner (M) Ledamot Jämtlands läns landstingsfullmäktige