SAMMANTRÄDESHANDLINGAR

REGIONSTYRELSEN

26-27 MAJ 2015

Samordningskansliet
Åsa Paletun
Tfn: 063-14 76 78
E-post: sandra.hedman@regionjh.se

2015-04-27

RS/601/2015

Uppföljningsrapport om miljö

Den här uppföljningsrapporten ger en nulägesbeskrivning (april 2015) av miljöområdet. Utgångspunkt för rapporten är de målområden som omfattas av långsiktig utvecklingsplan för miljö 2014-2026. I de fall som regionstyrelsen har formulerat mål för 2015 som berör målet/området finns en ruta med kommentarer om det i slutet av respektive kapitel. För uppföljning av miljöresultatet 2014 – se Miljöbokslut 2014 (ärende RS/602/2015).

Kunskap och utbildning

En ny omgång med grundutbildning för miljöombud genomfördes hösten 2013-våren 2014. Miljö är från 2015 med i utbildningspaketet ”Ny som chef”, men hade där ett väldigt kort pass och det blir därför en väldigt översiktlig introduktion. Miljöfunktionen har påbörjat ett arbete med att ta fram korta informationsfilmer om miljö som ska kunna visas på t.ex. arbetsplatsträffar för att kunna nå alla medarbetare. Utifrån revisioner kan det konstateras att introduktion av nyanställda inom miljöområdet är bristfällig.

Det kan konstateras att enheterna är i behov av stöd för att hitta sina bidrag i förbättringsarbetet inom miljöområdet och miljöpunkten på APT nyttjas nästan inte alls. Det saknas oftast mål/aktiviteter inom miljöområdet på områdes/enhetsnivå.

Miljöfunktionen har hög arbetsbelastning och har inte möjlighet att delta i flertalet av landstingens och regionernas miljönätverk och det finns mycket begränsad tid till fortbildning och omvärldsbevakning.

Mål för kunskap och utbildning

- Alla medarbetare har en medvetenhet om grundläggande miljö- och hållbarhetsfrågor och ska få kontinuerlig uppdatering i frågorna.
- Inom varje organisatorisk enhet ska det finnas kunskap om verksamhetens specifika miljöpåverkan och hur man kan uppnå förbättringar.
- Landstinget ska ha en hög kompetens i miljöfrågor och en god omvärldsbevakning.

Material och produkter

Under 2014 har ett förslag på regler för hållbara inköp tagits fram av en arbetsgrupp. Ett färdigt förslag ska presenteras för regiondirektörens ledningsgrupp under våren för beslut. Begränsade resurser på upphandlingsenheten tillsammans med avsaknad av egen funktion för miljösakkunskapsstöd inom specifikt inköp/upphandlingar gör att det blir begränsningar i hur offensiva vi kan vara när det gäller till exempel analyser för att ta fram rätt kriterier/krav inom miljö- hälsoskyddsaspekter i rätt upphandlingar, utfasning av skadliga ämnen i produkter, miljösmartare materialval, avtalsuppföljningar, innovativa upphandlingar etc.

Det är också en stor utmaning att inom hälso- och sjukvården prioritera flergångsmaterial framför flergångs respektive reparerbara produkter. Där pågår inget strukturerat arbete.

Mål för material och produkter

- Minska negativ miljö- och hälsopåverkan från material och produkter såväl i byggnader som i verksamheten.
- Det ska finnas information om innehåll i det material och de produkter som används inom landstinget respektive byggs in i landstingets fastigheter.
- Successivt öka andelen förnybart och återvunnet material.
- Material och produkter som kan användas flera gånger bör prioriteras framför engångs där så är lämpligt.
- Produkter som kan repareras med bibehållen funktion och kvalitet är att föredra framför produkter som måste kasseras i sin helhet.
- Material och produkter som landstinget använder ska vara tillverkade under socialt och etiskt godtagbara förhållanden.

Regionstyrelsen har mål om att höja ambitionen i hållbara inköp – vilket berör detta målområde

Avfall

De totala avfallsmängderna har minskat de senaste åren. För 2014 var nivån högre än 2011 och det är framför allt den brännbara fraktionen och det farliga avfallet som ökat. Det farliga avfallet har ökat successivt de senaste åren. Andelen avfall som går till återvinning var för 2014 dock högre än det varit sedan 2010. Region Jämtland Härjedalen är med i en ansökan till Vinnova för ett projekt med ambitionen att titta på om det går att hitta ett sätt att återvinna även sjukvårdens plastavfall som inte är förpackningar.

Mål för avfall

- De totala avfallsmängderna ska minska successivt.
- Andelen avfall som går till återvinning ska öka successivt.
- Vid upphandling prioriteras i första hand produkter som kan sorteras för materialåtervinning och/eller återanvändning.

Målen för material och produkter har även stor betydelse för avfallsmängden och återvinningsgraden.

Kemikalier och kemiska ämnen i produkter

Inom detta område har det hittills varit svårt att ens nå upp till lagkraven. Kunskapsnivån inom kemikalieområdet inom regionens verksamheter är generellt väldigt låg. Landstinget köpte hösten 2014 ett kemikaliehanteringssystem som våren 2015 håller på att implementeras i regionens verksamheter. Det kommer att ge en överblick över var de farligaste kemikalierna hanteras vilket ger en möjlighet att börja arbeta strukturerat med kemikaliesäkerhet.

Jämtlands läns landstings miljöstrateg medverkade tillsammans med Jegrelius, Länsstyrelsen och Mittuniversitetet i arrangemanget ”Giftfri jul” i december i syfte att informera om vilka risker som kan finnas vad gäller kemikalier i konsumentprodukter. Seminarierna fick ett gott mottagande och höga betyg i utvärderingen.

Det förslag till regler för hållbara inköp som tagits fram under 2014 kan medföra ett gemensamt synsätt på alla som är involverade i inköp och det är därmed möjligt att få en bredare acceptans för miljö- och hälsokrav i inköp.

Kartläggningar av skadliga ämnen i material och varor finns det i dagsläget inte resurser till, inte ens i de miljöer barn vistas i verksamheten. Se även kommentar om upphandling under Material och produkter.

Mål för kemikalier och kemiska ämnen i produkter

- Minimera negativ påverkan på miljö och hälsa från kemikalier och kemiska produkter.
- Fasa ut hormonstörande kemikalier och ersätta andra hälso- och miljöfarliga kemikalier och produkter.
- Minska barns exponering för farliga kemikalier.

Regionstyrelsen har mål om att höja ambitionen i hållbara inköp – vilket berör detta målområde. Målen för detta område som formulerats i Regionplanen återfinns dock inte i styrelsens VP 2015

Läkemedel och miljö

Landstingen och regionerna har gemensamt beslutat prioritera kriterier för miljö och socialt ansvarstagande i produktionsledet i våra läkemedelsupphandlingar. En uppföljning av vad det arbetet fått för effekter hittills pågår där Västra Götalandsregionen håller ihop uppföljningsarbetet. Positiva signaler har kommit om att våra krav kan påverka i praktiken.

Region Jämtland Härjedalen har dock inget löpande strukturerat samarbete i frågor om läkemedel och miljö i regionens interna funktioner annat än då det uppkommer i avfallshanteringsfrågor. Provtagning av läkemedelsrester i avloppsvattnet sker inte längre regelbundet av vår organisation, men vi delfinansierade Länsstyrelsens provtagning i Naturvårdsverkets miljöövervakningsprogram för att där få med ett par

läkemedelssubstanser. Av resultatet kan konstateras en signifikant högre halt diklorfenak i Storsjön vid provtagningen 2013 jämfört med 2012. Utredning av en eventuell destruktionsanläggning för lustgas har inte inletts.

Mål för läkemedel och miljö

- Minimera negativ läkemedelspåverkan på miljö och hälsa.
- Uppföljningsbara krav på minskad miljöpåverkan och socialt ansvar i produktionsledet.
- Utsläppen av utvalda svårnedbrytbara läkemedel ska minska.
- Landstingets klimatpåverkan från lustgas ska minska.

Regionstyrelsen har mål om att höja ambitionen i hållbara inköp – vilket berör detta målområde.

Energi

Fastighetsenheten arbetar systematiskt med energifrågorna. De mål som är satta är utmanande och kräver en fortsatt hög ambition i energieffektiviseringsarbetet.
Det vindkraftverk som landstinget köpte in togs i drift 1 november 2014 och genererar nu ca 34% av vår elenergi.

Ventilationen på hus 4 är ombyggd vilket medför stora energieffektiviseringar och har samtidigt ökat redundansen på ventilationen i huset. Man har även bytt till energieffektiva fönster på hus 15 (runt om) samt hus 16 och på Birka vilket även ger ett förbättrat inomhusklimat. Energieffektiviseringsarbetet med belysningssystemen fortgår. Inventering av kvicksilverarmaturer är gjord för all utomhusbelysning och utbyte mot energieffektiva ljuskällor är påbörjad. Det energieffektiviseringsstöd landstinget sökte och beviljades 2010 avslutades 2014 och en slutrapport har lämnats in till Energimyndigheten som har godkänt denna. För 2014 var målvärdet för energiförbrukning en 212,2 kWh/m^2. Årsförbrukningen blev 212,65 kWh/m^2. Bedömningen är att de målvärden som beslutats i den energi- och klimatstrategi som togs fram för landstinget 2010 än så länge följs. Hur utbyggnaden av komfortkyla i höghuset kommer att påverka energianvändningen är i dagsläget oklart.

Mål för energi

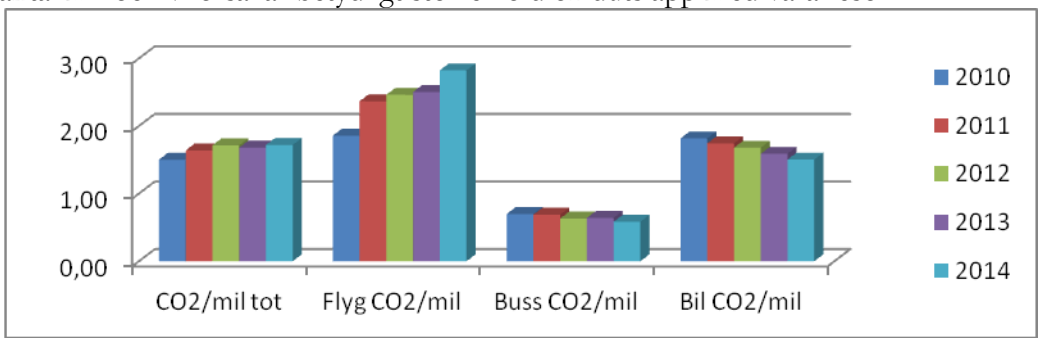
- Minimera behovet av tillförsel av energi och minimera klimatpåverkan från energianvändningen genom effektiv energianvändning, energi från förnyelsebara källor och egen förnyelsebar energiproduktion.
- Energianvändningen ska minska med 20 % till 2018 och 30 % till år 2026.

Regionstyrelsen har mål om energieffektivisering

Resor och transporter

För 2014 nås inte målet om en minskning av utsläppen med 10% då minskningen stannade på -7,4%. Målet om att minska koldioxidutsläppen från tjänsteresor och

transporter nåddes för 2013 med god marginal. År 2014 har det gjorts fler resor räknat i antal mil och vi orsakar betydligt större koldioxidutsläpp med våra resor.



Endast 24 av våra 73 leasingbilar är klassade som miljöbilar och den helt dominerande biltypen är dieselbilar.
När det gäller distansoberoende teknik finns ingen fullständig statistik, men där det går att mäta kan går det att se att nyttjande räknat i antalet timmar ökat något 2014 jämfört med 2013. En mängd åtgärder pågår för att stimulera ökat användande bl.a. nya videosystem vid Kälarne och Krokoms HC och test med videosystem direkt på Igel. Förutom för distansoberoende teknik pågår inget systematiskt förbättringsarbete inom detta målområde.

Landstingsstyrelsen beslutade 2014-10-01 om sex uppdrag om resor till landstingsdirektören. Då vi inte med befintliga resurser inom organisationen har möjlighet att genomföra aktuella utredningar presenterades en metod för regionstyrelsen 25 februari och regionstyrelsen beslutade att uppdra till regionala utvecklingsnämnden att ta fram ett underlag i ärendet.

Mål för resor och transporter

- Minska behov av resor och transporter.
- Öka nyttjande av distansoberoende teknik.
- Minimera klimatpåverkan från resor och transporter såväl i tjänsten som resor till och från arbetet samt patienttransporter.
- Utveckla samverkanstransporter av nödvändiga material.
- Fordon ska så långt möjligt drivas med förnyelsebara drivmedel.
- Resor som medför utsläpp av växthusgaser klimatkompenseras.

Regionstyrelsen har mål om distansoberoende teknik.

Livsmedel

I upphandling av livsmedel har man genomfört ett stort arbete för att anpassa förfrågningsunderlag för att underlätta för såväl stora som små leverantörer att kunna lägga anbud på olika produktgrupper m.m. Stor vikt har också lagts för att utforma krav som bidrar till att minimera antibiotikaanvändning i djurhållningen för relevanta produktgrupper, djurskyddskrav samt minimera risken för resthalter av t.ex. bekämpningsmedel.

För år 2014 var målen att andelen ekologiska livsmedel skulle vara 20% och andelen socialt-etiskt märkta livsmedel 4%. Resultatet blev 21,9% ekologiska livsmedel och 7,4% socialt-etiskt märkta livsmedel.
Målen för 2015 (som sattes innan resultatet för 2014 var klart) är 21% ekologiska och 6% socialt-etiska livsmedel.

Mål för livsmedel

- Landstinget ska prioritera klimatsmart mat.
- Socialt-etiskt ansvarstagande i såväl andel socialt-etiskt märkta livsmedel, (10% till 2026) såsom socialt-etiska krav på producenter/leverantörer i upphandlingar.
- Öka möjligheten för leverantörer att leverera närproducerade livsmedel till landstinget.
- Andelen ekologiska livsmedel ska öka och vara minst 30 % till 2026.

Strategiskt arbete

Genom regionbildningen så ingår numera Jegrelius och Energikontoret i samma organisation som f.d. landstinget som tog fram nuvarande LUP miljö. Jegrelius verksamhet syftar till en hållbar utveckling inom kemikalieområdet, däribland projektet om innovationsupphandling av blodpåsar fria från skadliga mjukgörare. Även Energikontorets verksamhet är en viktig strategisk funktion inom miljöområdet.
När det gäller beredskap för klimatförändringarnas effekter så har Enheten för krisberedskap, säkerhet och miljö inriktningen att arbetet med risk- och sårbarhetsanalyser (RSA) den kommande mandatperioden ska ha klimatfokus.

Mål för strategiskt arbete

- Som stor aktör medverka till innovation och teknikutveckling framför allt inom clean-tech.
- Ha beredskap för de effekter som klimatförändringarna medför framför allt vad gäller miljö, hälsa och dricksvattenförsörjning.
- Nyttja möjligheter till samverkan med andra aktörer.

Framåtblick 2016

Under 2015 förbereds regionala utvecklingsnämndens förvaltning för att inkluderas i miljöcertifieringen enligt ISO 14001 och EMAS. Fler verksamheter renderar mer arbete med att ajourhålla styrande dokument, lagförteckningar, miljörutiner m.m. i ledningssystemet och behov av sakstöd till fler verksamheter. Införandet av ett samlat kemikaliehanteringssystem ger en tydligare bild av de kemiska risker som finns i verksamheten både utifrån miljö och arbetsmiljö och det kommer sannolikt att tydliggöra verksamheternas behov av sakstöd i kemikaliefrågor och därmed skapa större efterfrågan på stöd. Den överblick vi får ger också betydligt tydligare incitament att vidta åtgärder från centralt håll.

Det finns ett behov av en tydligare återkoppling till verksamheterna av resultatet inom miljöområdena, särskilt där det är möjligt att få återkoppling på enhetsnivå för att öka incitamenten till förbättringsåtgärder. Det finns i dagsläget inte möjlighet att bryta ner all

statistik på områdes- eller enhetsnivå, men där det finns det (t.ex. för resor) så sker inte detta av resursbrist samt att det inte har varit prioriterat att lägga in miljöuppföljning i den resultatportal som används i regionen.

Detta tillsammans med redan identifierade åtgärder som inte hinns med i dagsläget gör att vi har svårt att se att några stora förbättringar eller transformativa lösningar ska kunna komma till stånd närmaste åren utan förstärkning av det interna miljösakkunskapsstödet.

Hälso- och sjukvårdsstaben
Anna Ebenmark
Tfn: 063-14 76 32
E-post: anna.ebenmark@regionjh.se

2015-05-13

RS/465/2015

Uppföljningsrapport om jämställdhet och mångfald

Syftet med rapporten är en redovisning av det arbete som sker för att, på sikt, kunna utgöra en jämställd och jämlik verksamhet. Redogörelsen omfattar tiden från föregående års redovisning fram till idag.

En jämställd och jämlik verksamhet

Jämställdhet handlar om kvinnor, män, flickor och pojkars lika möjligheter, skyldigheter och rättigheter i samhället. Detta förutsätter bland annat en jämn fördelning av makt och inflytande, samma möjligheter till ekonomiskt oberoende, lika tillgång till utbildning och möjligheter till utveckling av personliga ambitioner, intressen och talanger, delat ansvar för hem och barn samt frihet från könsrelaterat våld.

Jämställdhetsintegrering är den strategi som Region Jämtland Härjedalen arbetar med för att uppnå en jämställd och jämlik verksamhet. Med jämställdhetsintegrering avses att ett jämställdhetsperspektiv ska införlivas i allt beslutsfattande, på alla nivåer och i alla steg av processen, av de aktörer som normalt sett deltar i beslutsfattandet.

Med jämlikhet avses alla människors lika värde, oavsett vem du är.

Med en jämställd och jämlik verksamhet avser Region Jämtland Härjedalen:

- Att vi möter patienten som människa utan stereotypa uppfattningar
- Alla kvinnor, män, flickor, pojkar och queera är lika mycket värda
- Att vi har ett ständigt och återkommande reflekterande kring jämställdhet, jämlikhet, normer och makt och med hjälp av det håller en hög medvetenhet kring jämställdhet och jämlikhet i organisationen
- Att vi ser det vi inte ser
- Att vi har en hög kunskapsnivå inom området

Vägen till ovanstående är lång. Det arbete som idag sker syftar till att skapa medvetenhet kring frågor om jämställdhet och jämlikhet, utmana invanda mönster och strukturer, öka kunskapen inom området och genom små och större förbättringsarbeten skapa en mer inkluderande verksamhet som synliggör frågor om jämställdhet och jämlikhet, analyserar, reflekterar och förändrar så att den verksamhet som Region Jämtland Härjedalen erbjuder, på sikt, ska vara både jämställd och jämlik.

Medvetande- och kompetenshöjande insatser

De aktiviteter som genomförts sedan föregående redovisning för styrelsen med syfte att skapa medvetenhet, ifrågasätta normer och strukturer och öka kompetensen har varit att

fortsätta utveckla det arbetsplatsmaterial som tidigare har redovisats med syfte att få igång en dialog på enheterna och i ledningsgrupper kring jämställdhet och jämlikhet. Materialet är nu färdigt och ett implementeringsarbete ska inledas. Det pågår även ett arbete för att ta fram ett utbildningsprogram för de läkare som ingår i Region Jämtland Härjedalens genusmedicinska läkargrupp. Likaså har ett samarbete med Folkuniversitetet inletts med anledning av att ta fram en utbildning i interkulturell kompetens. Region Jämtland Härjedalen har även genomfört ett 8 mars arrangemang på temat ”Feminism för allas lika värde”. Eventet genomfördes tillsammans med civilsamhället och lockade över 600 personer till Storsjöteatern. Veckan efter 8 mars hade Region Jämtland Härjedalen en ”Jämställdhetsvecka” på insidan riktat till sina medarbetare med fokus på diskriminering, härskartekniker och åskådarrollen.

Tre utbildningar har genomförts. På ”Ny som chef” hölls ett pass om normer och normkritik, medarbetare inom psykosociala enheterna har fått en tvådagars utbildning om bemötande och HBTQ-frågor och personalen inom barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) har fått en utbildningsdag med Svenny Kopp om genusperspektiv på neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

Utbildningssatsningar och medvetandehöjande arrangemang är alltid svåra att bedöma avseende uppnått resultat. Förhoppningen är att de insatser som gjorts gett ökad kunskap, insikt och medvetenhet kring frågor om jämställdhet, jämlikhet, normer, diskriminering och härskartekniker. Ett konkret resultat som skett efter utbildningen på BUP är att de i höst kommer att ha ytterligare en utbildning med Svenny Kopp med anledning av den nya diagnosmanualen som kommit och dess nya kriterier. BUP har själva påtalat att de behöver ökad kunskap i de nya kriterierna, inte minst med tanke på skillnader mellan flickor och pojkar.

Inom Föräldrabarnhälsan pågår ett arbete med föräldrautbildning som har till syfte att uppnå ett jämställt föräldraskap och ett jämnare uttag av föräldraledigheten. Upplevelsen hos MVC och BVC är att det blir vanligare att båda föräldrarna deltar under besöken hos MVC inför förlossningen liksom att det blir vanligare att båda föräldrarna deltar vid BVC-besöken efter födseln. När det gäller föräldrastödsgrupperna så finns det behov av utveckling och utvärdering av z-modellen har diskuterats. Jämfört med riket har Region Jämtland Härjedalen en god anslutning till föräldrastödsgrupperna hos BVC däremot har antalet deltagande sjunkit något från 2011 (jmf 2013).

Förbättringsarbeten

Med syfte att utveckla ett arbetssätt som aktivt lyfter frågor om jämställdhet och jämlikhet i det vardagliga arbetet pågår ett metodutvecklingsarbete på reumatologen. Målsättningen är att metoden ska vara färdigutvecklad till slutet av 2015 och att pilot kan påbörjas 2016. Arbetet på reumatologen har hittills lett till insikten om det är nödvändigt att arbetet med jämställdhet och jämlikhet måste ske verksamhetsnära och att det måste gå hand i hand med arbetet med LEAN och produktions- och kapacitetsplanering. Parallella spår är inte görligt i rådande resursknappa situation och dessutom ineffektivt.

Sedan i höstas har ett varumärkesarbete pågått som kommer att vara tätt sammankopplat med det planerade värdegrundsarbetet. Värdegrundsarbetet påbörjas hösten 2015 och kommer att ha en normkritisk ansats.

Under hösten genomfördes en enkät hos de yngre läkarna med frågor om upplevelse av diskriminering. Syftet var att få klarhet i hur situationen såg ut hos underläkarna i Region Jämtland Härjedalen med anledning av en nationell enkät som Sveriges Yngre Läkarförening genomfört tidigare. I enkäten fanns även frågor om upplevelsen av att kunna ge en god vård till alla patienter. Majoriteten av de svarande på enkäten upplevde inte att det fanns förutsättningar för att ge en god vård till alla och den huvudsakliga anledningen uppgavs vara språkförbistringar och ovana att använda tolk.

För att bättre kunna följa arbetet med en jämställd och jämlik verksamhet har förslag till mått som styr mot en jämställd och jämlik vård arbetats fram och lämnats som förslag till styrgruppen för en jämställd och jämlik verksamhet. Målsättningen är att tydligare styra mot en jämställd och jämlik vård genom regiondirektörens verksamhetsplan. Som en del i arbetet med bättre ledning och styrning mot en jämställd och jämlik vård pågår även ett arbete med en rutin som har till syfte att utgöra stöd för analys av könsuppdelad statistik inför exempelvis bokslut.

Genderbudgeting har diskuterats på styrgruppen för en jämställd och jämlik verksamhet på uppdrag av utskottet för en jämställd och jämlik vård. Styrgruppen har ställt sig positiva till arbetssättet men fortsatta diskussioner krävs kring hur arbetet ska bedrivas inom Region Jämtland Härjedalen. Syftet med genderbudgeting är att ha en jämställd och jämlik resursfördelning och därmed leva upp till kraven i CEMR-deklarationen samt uppsatta politiska mål inom Region Jämtland Härjedalen.

Arbetet med att implementera ärendehanteringsrutinen som ska säkerställa jämställdhets- jämlikhets- och barnrättsperspektivet fortsätter. Att konstatera är att implementering är svårt och särskilt svårt när det saknas resurser för utbildningssatsningar.

Samverkan

Region Jämtland Härjedalen ingår i en arbetsgrupp inom ramen för Norrlandstingen med syfte att utbyta erfarenheter avseende arbetet med att uppnå en jämställd och jämlik verksamhet. Arbetsgruppen planerar nu en regionövergripande workshop med fokus på nationella riktlinjer, vårdprogram och jämställdhetsintegrering. Syftet är att på sikt förbättra våra egna vårdprogram så att jämställdhetsperspektivet tydligt framgår i dessa. Workshopen kommer att genomföras under hösten 2015.

Samordningskansliet
Daniel Nilsson
Tfn: 063-14 75 71 (ankn 27571)
E-post: daniel.l.nilsson@regionjh.se

2015-04-22

RS/805/2015

Bilaga - uppföljning av internkontroll 2015

Samhälle

Risk	Konsekvens	Åtgärd	Riskbedömning
Ingen säkerställd kompetens för märkningspliktiga kemikaliehantering	Det går ej att säkerställa en säker hantering av märkningspliktiga kemikalier	Följ upp att utbildningar genomförts för enheter som finns med i kemikaliehanteringssystemet. Genomför stickprov av hantering efter utbildning	9

Region Jämtland Härjedalens verksamheter hanterar uppskattningsvis ca 2 000 märkningspliktiga kemikalier (enligt gällande kemikalielagstiftning). Detta innebär att kemikalierna ska förtecknas där det ska framgå årsförbrukning, lagermängd och faroangivelse. För varje kemikalie ska också ett aktuellt säkerhetsdatablad finnas, där det ska framgå hur kemikalien ska hanteras.

För att säkerställa att Region Jämtland Härjedalen har kompetens för hantering av märkningspliktiga kemikalier har 70 miljöombud (av totalt 110) under 2014 och 2015 fått grundläggande utbildning i kemikaliehantering. Under hösten 2015 kommer en ny grundutbildning av miljöombud att äga rum och där ingår även kemikalieutbildning.

Ett IT-stöd för kemikaliehantering har upphandlats och beräknas att driftsättas under våren 2015. IT-stödet är ett verktyg för verksamheterna för att systematiskt hantera kemikalieförteckningarna och underlätta hanteringen av säkerhetsdatabladen. Systemet ger också verksamheterna möjlighet att på ett enkelt sätt få en överblick över kemiska risker (för hälsa, miljö och säkerhet) och kunna söka information om olika kemikalier. Utbildning i systemet har genomförts under januari och februari 2015 för miljöombud och lokala administratörer av systemet. Manualer för systemet är under utarbetning. I övrigt fungerar miljöhandläggare och miljöstrateg som sakkunnigstöd till verksamheterna.

Kontrollfrågor om kemikaliehantering finns med i internrevisionen som ska genomföras under 2015.

Risk	Konsekvens	Åtgärd	Riskbedömning

Underlag till beslut följer inte rutiner om konsekvensanalyser	Beslut kan fattas på felaktiga grunder	Kontrollera att beslut innehåller konsekvensanalyser	9

Enligt gällande regler för dokumenthantering och ärendeberedning (LS/394/2013) framgår att beslutsunderlag ska innehålla konsekvensbeskrivningar. Beroende på ärendets dignitet kan avsteg göras.

Stickprovskontroller har gjorts av beslutade ärenden hos regionstyrelsen mellan perioden 2015-01-01 – 2015-04-15. Kontrollerna har visat att ärenden av mer omfattande karaktär innehåller avsnitt med konsekvensbeskrivningar, vilket är positivt. För att stärka upp och öka kompetensen hos regionens handläggare har samordningskansliet påbörjat en utbildningsinsats där ärendeprocessen gås igenom, här ingår bland annat ett avsnitt om vad beslutsunderlag ska innehålla.

Verksamhetsresultat

Risk	Konsekvens	Åtgärd	Riskbedömning
Felaktiga direktupphandlingar sker	Upphandlingspolicy efterlevs inte. Felaktiga/mer kostsamma produkter kan upphandlas	Följ upp direktupphandlingar och kontrollera att policy följs	8

Inom upphandlingsenheten arbetats systematiskt med upphandling i upphandlingssystemet Amesto Solutions. I Oktober 2014 beslutade fullmäktige om 'Riktlinjer för upphandling' som ska användas vid genomförandet av direktupphandlingar. Upphandlingar över 100 000 kronor kräver dokumentationsplikt efter genomförande. I dokumentationen redovisas allt som har värde för upphandlingen inklusive på vilket sätt konkurrensutsättning genomförts. Även upphandlingar under direktupphandlingsgränsen, 505 800 kronor, dokumenteras i upphandlingssystemet. Vid upphandling tas hänsyn till den för tiden aktuella upphandlingspolicyn.

Allt som Region Jämtland Härjedalen betalar för ska upphandlas. Undantaget förvärv och hyra av fastigheter och befintliga byggnader och kontrakt avseende anställningar. Regionens samtliga verksamheter ska tillämpa gällande avtal.

Regionen har inte något övergripande beställningssystem för inköp och inte heller resurser för att överblicka det totala behovet av enskilda varor och tjänster i organisationen.

Felaktiga direktupphandlingar kan ske när:

- Inköp sker utan avtal. Då inköp sker utan avtal genomförs otillåten direktupphandling och kan innebära att de grundläggande punkterna i upphandlingspolicyn inte efterlevs.
- Inköp sker utifrån en enskild verksamhets behov och det faktiska totala behovet i hela Region Jämtland Härjedalen är högre än gränsen för direktupphandling.

Upphandlingsenheten har inte möjlighet att kontrollera vilka upphandlingar som sker felaktigt men är medvetna om att otillåtna direktupphandlingar sker, främst beroende på att kunskap inom upphandlingsområdet saknas. Det är dock inte möjligt att ha avtal på allt då behov från verksamheten kan ändras snabbt. Upphandlingsenheten har påbörjat ett arbete med inventera behovet hos en verksamhet för att på så sätt se vad som ligger på avtal och vad som behöver upphandlas.

Medarbetare

Risk	Konsekvens	Åtgärd	Riskbedömning
Planeringsprocess enligt styrmodellen följs inte	Otydlig styrning vilket ger bl.a. ger svårighet att få mål och ekonomi att gå ihop	Kontrollera att planeringsprocessen följs. Planer beslutas i tid	12

Arbetet med styrmodellen pågår fortfarande och alla delar har ännu inte fallit på plats. Med anledning av detta är det för närvarande svårt att kontrollera om planeringsprocessen följs. Först i samband med uppföljning av internkontrollplanen under hösten 2015 kommer det att vara möjligt att se om de olika processerna följs.

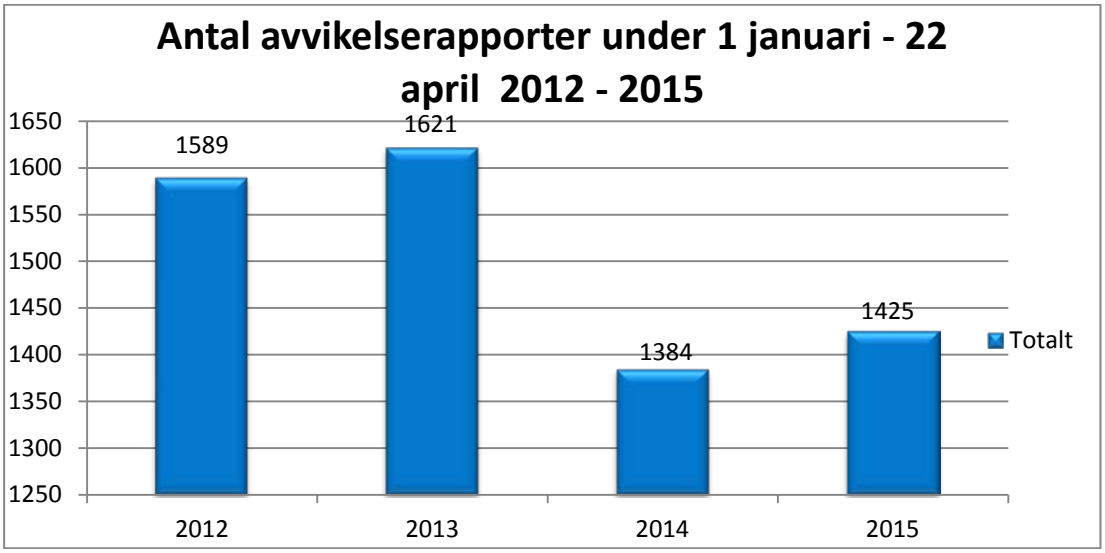
Risk	Konsekvens	Åtgärd	Riskbedömning
Information från ledningen når inte alla medarbetare	Medarbetare arbetar inte efter aktuella mål	Värdeflödeskartläggning för att upptäcka stopp i informationskedjan	9

Det har gjorts en värdeflödeskartläggning av hur information når ut till medarbetarna. Det visade sig att ledningsinformationen fungerar bra fram till sista chefsinstans men att informationen ofta stannade där. Det finns alltså ett problem i att få ledningsinformation att nå hela vägen ner till medarbetarna. Dessa får då oftast informationen genom att själva leta upp den via Insidan. Detta har resulterat i att kommunikationsstaben nu ser över ledningsinformationen och hur denna kan förbättras. En enkät har skickats ut till samtliga chefer där de har fått tycka till om informationen och dess utformning. Utifrån detta har det redan gjorts förändringar, t.ex. att den nya Insidan inte har någon behörighetsstyrning på ledningsinformationen vilket gör att den kan nås av alla. Detta gör också att det är lättare för cheferna att sprida informationen vidare då de kan skicka länken till själva artikeln, något som inte gick tidigare.

På kommunikationsstaben pågår också ett arbete som går ut på att förbättra själva utskicksprocessen gällande tidpunkt, frekvens och tillgänglighet för ledningsinformationen.

Patient

Risk	Konsekvens	Åtgärd	Riskbedömning
Det finns en underrapportering av avvikelser	Försämrad vårdkvalitet, ökade kostnader för regionen, felaktigheter kan ej rättas till	Kontrollera och följ upp gjorda avvikelser/enhet. Följ upp utbildningsinsatser	16



Det skedde en markant minskning av avvikelserapporter under 2014 men antalet rapporter nu har ökat under första månaderna av 2015. Av de 1425 inkomna avvikelserna handlar 50 rapporter om avvikelser kopplat till införandet av Cosmic.

Fortfarande finns många ej avslutade avvikelser. Från 2012 är 51 ej avslutade, från 2013 är 121 inte avslutade och från 2014 är antalet ej avslutade avvikelser 334 till antalet. Arbete pågår med att inventera hur det ska gå att få en förbättrad avvikelserapportering. Just nu håller patientsäkerhetsenheten på att samla in synpunkter från både rapportörer och handläggare och kommer utifrån detta och systemets möjligheter lägga fram ett förbättringsförslag i september.

Delegationer

Risk	Konsekvens	Åtgärd	Riskbedömning
Beslut enligt delegationsbestämmelser fattas ej som delegationsbeslut	Beslut fattas i strid med gällande delegationsbestämmelser, överskridande av befogenhet.	Kontrollera att alla delegationsbeslut kommit till styrelsen.	8

Region Jämtland Härjedalen har i dokumentet ’Rutin för dokumenthantering och ärendeberedning’ (LS/394/2013), slagit fast formerna för hur delegationsbeslut ska hanteras. Enligt nu gällande rutin ska samtliga beslut som fattas på delegation diarieföras direkt efter underskrift samt anmälas till regionstyrelsen eller till den nämnd som

delegerat beslutsrätten. Samtliga delegationsbeslut finns också insatta i en pärm som förevisas styrelsen.

Rutinen för dokumenthantering och ärendeberedning är för närvarande under revidering. För att ytterligare förstärka kompetensnivån för medarbetarna och öka kunskapsnivån gällande rutiner för bland annat delegationsbestämmelser har samordningskansliet påbörjat en utbildningsinsats riktad mot de medarbetare inom centrum för lednings- och verksamhetsstöd som handlägger ärenden och skriver beslutsunderlag.

Samordningskansliet
Sandra Hedman
Tfn: 063-147509
E-post: sandra.hedman@regionjh.se

2015-05-11 RS/74/2015

Uppföljning av utvecklingsområden i regionstyrelsens verksamhetsplan per 11 maj 2015

Regionstyrelsens verksamhetsplan och uppföljningsplan för 2015 innehåller framgångsfaktorer som utgår från de strategiska målen som regionfullmäktige beslutat om i Regionplan 2015-2017. Framgångsfaktorerna är en markering, formellt till regiondirektören, av vad regionstyrelsen bedömer vara viktiga områden att fokusera på under året för att kunna verkställa det uppdrag och övergripande mål som fullmäktige beslutat om. Under varje framgångsfaktor finns ett antal utpekade utvecklingsområden (mål) att fokusera på under 2015. I det här dokumentet görs en avstämning för de olika utvecklingsområdena om huruvida de kommer att kunna vara genomförda eller inte vid årets slut. Rapporten ligger till grund för regionstyrelsens beslut om hur de mål som inte anses kunna uppfylldas ska hanteras.

Symbolförklaring

↑= Aktiviteter har genomförts eller ska påbörjas i målets rikting. Målet bör vara uppfyllt per 2015-12-31
→= Aktiviteter har genomförts eller kommer att påbörjas men det är osäkert om målet kommer att vara uppfyllt per 2015-12-31.
↓= Målet kommer inte att kunna uppfyllas per 2015-12-31. Antingen på grund av att det inte gjorts några aktiviteter i målets riktning eller att det gjorts aktiviteter men målet förväntas ännu inte kunna vara helt uppfyllt.

Utvecklingsområden	**Koppling till (exempel)**	Beskrivning av nuläge samt bedömt läge per 2015-12-31 ↑↓→
SAMHÄLLE		
Framgångsfaktor: Hälsofrämjande metoder och förebyggande insatser	**Mål i RD: s plan:** - Minskad antibiotikaförskrivning - Antal tobaksbrukare som är tobaksfria sedan minst 6 mån efter förebyggande insats - Antal personer som är heltidssjukskrivna och deras sjukskrivningsdagar	Målen i regiondirektörens verksamhetsplan följs upp i delårsbokslut och årsbokslut
1. Utarbeta en långsiktig utvecklingsplan för folkhälsa.	Folkhälsopolicy	↓ Finns inget beslut i fullmäktige ännu om att en LUP ska upprättas. Med anledning av regionbildningen ska

Utvecklingsområden	Koppling till (exempel)	Beskrivning av nuläge samt bedömt läge per 2015-12-31 ↑↓→
		folkhälsopolicyn och folkhälsostrategi revideras. Det pågår också ett arbete med hur organisationen för folkhälsofrågor ska se ut (se punkt 10). Innan detta är klart kan ingen LUP påbörjas. **Målet föreslås därför ska strykas**
2. Inhämta kunskaper om hälsoläget i länet utifrån Hälsa på lika villkor som genomfördes 2014 och andra källor och utifrån det ange åtgärder inför kommande planperiod med fokus på barn, äldre och funktionsnedsattas psykiska hälsa.	Handlingsplan för samverkan i JLL kring psykiska funktionsnedsättningar	↑ Resultatet från undersökningen ”Hälsa på lika villkor” har analyserats av Folkhälsocentrum och redovisats i regionstyrelsen samt i utskott för jämställd och jämlik vård och utskott för folkhälsa och rehabilitering. Analys och utvecklingsarbete utifrån resultatet kommer att fortsätta.
3. Analysera hur nationella riktlinjer för barnhälsovård ska implementeras.	Handlingsplan barnkonventionen	→ Implementeringen av det nya programmet har påbörjats 1/1 2015. Det har bland annat betytt ändrade tider för rutinbesök till läkare från tidigare 2 mån till 4 veckor. Läkarbesöket vid 18-mån och 5 år tas bort och dessa blir sjuksköterskebesök. Ett läkarbesök läggs istället in vid 3-år. Teambesök är också något som betonas i vägledningen. Under en övergångsperiod kommer det att betyda att de barn som hunnit vara på 3-årsbesök under 2014 inte heller får något läkarbesök vd 5 år.. Under 2014- 2015 har det genomförs utbildningsdagar för BHV - personalen samt träffat och deltagit vid leverantörsträffar med hälsovalet. Det som avvaktas med är hembesök vid 8 månader, hörselkontroll vid 4-år och enskilt partnersamtal. Frågan om våld prövas på några ställen i landet och vi avvaktar deras utvärdering innan vi börjar med det. Någon djupare analys har däremot inte gjorts och finns inte inplanerad.
4. Utvärdera långsiktig utvecklingsplan för miljö och revidera den.	Handlingsplan miljö, LUP Miljö	↑ Reviderad LUP ska fastställas i regionfullmäktige 15-17 juni. Remissversion har behandlats i vårdvalsnämnden och i regionala utvecklingsnämnden efter godkännande i

Utvecklingsområden	**Koppling till (exempel)**	Beskrivning av nuläge samt bedömt läge per 2015-12-31 ↑↓→
		regionstyrelsen. Remissversionen innehöll också utvärdering/uppföljning av det långsiktiga miljöarbetet. Område miljö kommer också att följas upp på regionstyrelsens sammanträde 26-27 maj enligt regionstyrelsens uppföljningsplan.
5. Arbeta aktivt med att minska suicid i regionen tillsammans med andra myndigheter.	Handlingsplan suicidpreventivt arbete	↑ Arbete pågår
6. Arbeta tillsammans med andra aktörer, framförallt med skolan, för att minska effekterna av livsstilssjukdomar.	Handlingsplan för samverkan i JLL kring psykiska funktionsnedsättningar	↑ I Folkhälsocentrums uppdrag vad gäller Hälsosamtalet i skolan ingår att arbeta med skolsköterskor i alla kommuner. Idag håller FHC i hop ett nätverk där en skolsköterska från varje kommun finns med. Årligen erbjuds utbildning en till två dagar - på tema Hälsosamtalet i skolan - det kan handla om samtalsmetodik men också om fakta/ forskning kring hälsa. Hälsosamtalet ska fungera som underlag för förbättringsarbeten i kommunerna. Det finns också ett nätverk för Föräldrastöd med representanter från alla kommuner, Länsstyrelse och regional utveckling. Det kan vara socialtjänst, elevhälsa eller folkhälsosamordnare i kommunen som finns med. Föräldrar på distans (gymnasieungdomar), föräldrar som är nyanlända är något som funktioner i nätverket samverkar kring. Det finns också ett nätverk för Hälsa och inlärning - neuropsykiatriska funktionsnedsättningar utifrån det psynkprojekt som pågick till 2014, med representanter från bla barnhab, elevhälsa, idrotten, Länsförsäkringar. En årlig konferens med erfarenhetsutbyte är målet.
7. Tillsammans med andra aktörer, framförallt länets kommuner, arbeta med att utveckla former för en sammanhållen vård av barn och unga.	Handlingsplan för samverkan i JLL kring psykiska funktionsnedsättningar Handlingsplan barnkonventionen	↑ Arbete pågår
8. Tillsammans med Försäkringskassan, Arbetsförmedling och arbetsgivare utarbeta en	LUP Sjukskrivningar (pågång)	↑ Arbete pågår med att ta fram en LUP sjukskrivningar. Planen

Utvecklingsområden	Koppling till (exempel)	Beskrivning av nuläge samt bedömt läge per 2015-12-31 ↑↓→
långsiktig plan för minskning av sjukskrivningar i länet.		är att regionfullmäktige ska besluta om den i oktober 2015.
9. Förslag på en ny struktur för primärvården i Östersund och primärvården i övriga länet ska utredas.	LUP ekonomi	↑ Paket 6 i långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning omfattar en översyn av strukturen för primärvården i Östersund och i övriga länet samt översyn av verksamheten vid närvårdsavdelningen i Strömsund. En första delrapport har presenterats. Arbetet med utredningen ska vara klart till hösten och ett första underlag ska presenteras i juni. Utredningen har också diskuterats i utskottet för jämställd och jämlik vård som har gett förslag på vilka faktorer som bör belysas utifrån ett jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv.
10. Skapa en bra struktur för hur ansvaret för folkhälsofrågorna ska fördelas mellan regionstyrelsen och regionala utvecklingsnämnden.		↑ Utredning har presenterats för hur tjänstemannaorganisationen kan se ut. En arbetsgrupp jobbar med att ta fram ett förslag senast 20 maj 2015. I det arbetet ingår också att föreslå politisk uppdelning. Beslut ska tas under sommaren/hösten och ny struktur ska gälla från 1 januari 2016.
Framgångsfaktor: Region Jämtland Härjedalen ska vara en aktiv aktör i samhället		
11. Utveckla gränsöverskridande samarbeten med länets kommuner, med andra landsting inom ramen för NRF, specifikt Västernorrland, och med grannar över norska gränsen.		↑ Samarbete med länets kommuner utvecklas inom ramen för fredagsgruppen, SVOM, L-Ifo, Barnarenena och Regionala samverkansrådet. Samarbetet med andra landsting utvecklas bland annat genom det nystartade strategiska rådet inom NRF där landstingsdirektörer/regiondirektörer träffas. Samarbetet med Västernorrland startar genom ledningsmöte 5 maj. Samarbete med St Olav i Trondheim startade oktober genom RD-besök där och därefter utvärdering av flera

Utvecklingsområden	**Koppling till (exempel)**	Beskrivning av nuläge samt bedömt läge per 2015-12-31 ↑↓→
		samarbetsidéer genom fördelade uppdrag i ledningsgruppen.
12. Genomföra ett strategiskt varumärkesarbete med syfte att göra regionen välkänd, omtyckt och intressant såväl ur ett förtroendeperspektiv som ett kompetensperspektiv.	Grafisk profil för Region Jämtland Härjedalen och Modervarumärkesstrategi	↑ Arbete pågår. Regionfullmäktige har på sitt sammanträde i april beslutat om ny grafisk profil och en modervarumärkesstrategi. Under senare delen av våren kommer ett värdegrundsarbete att påbörjas som ingår som en del av varumärkesarbetet. Avtal om strategiskt varumärkesarbete finns tecknat med Label varumärkesutveckling Sweden AB för perioden 2014-09-24 - 2015-12-31.
13. Genomföra innovationsupphandlingar.	Upphandlingspolicy	→ Svårt mål att uppfylla. En innovationsupphandling sker när en upphandlande myndighet beställer eller efterfrågar en produkt, vara eller tjänst som vid efterfrågan ännu inte existerar. En innovationsupphandling kan delas in i två kategorier: En **upphandling av innovation** syftar till att en upphandlande myndighet upphandlar en produkt som inte finns tillgänglig på marknaden. En **innovationsvänlig** upphandling innebär en upphandlingsform där den upphandlande myndigheten är öppen för leverantörers idéer om nya produkter och lösningar. Det handlar helt enkelt om att inte aktivt utesluta eller missgynna innovativa lösningar. Här kan nya och nästan färdiga lösningar som finns på marknaden upphandlas. **Målet föreslås ska omformuleras för 2015. Förslag på ny lydelse: *I befintliga upphandlingsnätverk undersöka möjligheterna för samverkan för innovationsvänliga upphandlingar.***
14. Starta arbetet Rökfritt Jämtland 2025 tillsammans med övriga ingående aktörer.		↑ Region Jämtland Härjedalen har anslutit sig till Tobacco End Game som syftar till att få till stånd ett politiskt beslut 2015 om ett slutmål för rökningen 2025. En särskild plan för Region

Utvecklingsområden	**Koppling till (exempel)**	Beskrivning av nuläge samt bedömt läge per 2015-12-31 ↑↓→
		Jämtland Härjedalen läns har upprättats. Exempel på aktiviteter är utbildning av rökavvänjare och en intensifiering av arbetet med ”Rökfri inför operation”.
15. Samarbeta med andra aktörer kring tillämpningen av distansoberoende metoder och teknik.	Handlingsplan e-hälsa Kreativa team	↑ Region Jämtland Härjedalen är ordförande i arbetsgruppen vård på distans som omfattar de fyra norrlandstingen samt arbetar tillsammans med tre olika leverantörer kring bättre lösningar i regionens infrastruktur avseende distansoberoende teknik. Presentation har också gjorts om aktuellt läge på regionstyrelsen i mars 2015.
Framgångsfaktor: Ökad delaktighet i en jämställd och jämlik organisation		
16. Förtroendevalda ska ges kunskaper om jämställdhet, jämlikhet, härskartekniker.	Handlingsplan för arbete med en jämställd och jämlik verksamhet	↑ Regionstyrelsen får utbildning inom ramen för förtroendemannautbildningar i fullmäktige.
17. Underlag till beslut ska innehålla konsekvensanalyser utifrån bland annat kön, genus och så vidare.	Handlingsplan för arbete med en jämställd och jämlik verksamhet	↑ Rutin för hur ett ärende ska beredas utifrån ett jämlikhets- och jämställdhetsperspektiv har upprättats och har testats på några ärenden. Ska under våren börja användas i större utsträckning. Utbildning för handläggare om dokumenthantering och ärendeberedning genomförs under våren 2015 där detta ingår som en del.
18. Representativ fördelning avseende kön, ålder och kulturell bakgrund ska prägla tillsättningen av ledamöter i styrelser, nämnder, samverksansarenor och arbetsgrupper.	Jämställdhets- och jämlikhetspolicy för förtroendevalda	→ **S, V, MP:** I samband med valet beaktades detta, dels av partierna själva vid framtagandet av namn till listor och uppdrag, samt vid gemensamma diskussioner vid tillsättande av nämnder och utskott. Utfallet blir inte alltid bra ändå eftersom det är en brist på medlemmar med annan kulturell bakgrund bland annat. Det måste partierna jobba på mellan valen. Kön, ålder och geografisk spridning är enklare. S har praxis varannan damernas och 25% under 35 år. Ingen analys av det totala utfallet har gjorts ännu men kan genomföras innan året är slut.
19. Medborgardialoger ska öka och genomföras enligt det arbetssätt som utarbetats i Regionen, där		↑

Utvecklingsområden	Koppling till (exempel)	Beskrivning av nuläge samt bedömt läge per 2015-12-31 ↑↓→
funktionsnedsatta, äldre, unga och anhörigas åsikter särskilt ska efterfrågas.		Utredning om hur medborgardialoger ska genomföras i regionen har inletts. I det arbetet ingår också att se över nuvarande form med handikappråd/tillgänglighetsråd, ungdomsråd och pensionärsråd. Se även redovisning under punkt 20.
20. Utveckla former för att öka ungas reella inflytande i samhällsfrågor.	Jämtlands läns ungdomsstrategi 2014-2020	↑ Region Jämtland Härjedalen har sedan hösten 2014 en beslutad ungdomsstrategi som tagits fram i samverkan med länets kommuner. I strategin framhålls att ungdomspolitik är tvärsektoriellt och att det är viktigt att alla aktörer och politikområden som berör ungas liv och vardag involveras i arbetet. Strategin är tänkt att vara den plattform som ger politiker och tjänstemän en samsyn och förutsättningar att arbeta mot gemensamma mål och prioriteringar. I samband med regionbildningen har det blivit aktuellt att se över ungdomsrådets och ungdomstingets syfte och mål och en utredning har påbörjats på uppdrag av regionala utvecklingens förvaltning. Utredningen är tänkt att utgå från ungdomsstrategin när den föreslår nya former för att öka ungas inflytande i samhällsfrågor och inhämtade av synpunkter från unga i regionens verksamheter.
21. Utveckla former för att där det är möjligt och relevant få in ungas synpunkter.		↑ Se redovisning under punkt 20
22. Arbete med kompetenshöjning kring bemötande av HBTQ-personer.	Handlingsplan för arbete med en jämställd och jämlik verksamhet	↑ Utbildningsinsatser har genomförts för personal inom psykosociala enheter och föräldrabarnhälsan. Någon mer än det är inte planerat under 2015. Om mer insatser ska göras behövs mer ekonomiska resurser.
23. Skapa en bra struktur för hur ansvaret för jämställdhets och jämlikhetsfrågorna ska fördelas mellan fullmäktiges presidium regionstyrelsen och regionala utvecklingsnämnden.	Handlingsplan för arbete med en jämställd och jämlik verksamhet	→ En övergripande fördelning har gjorts mellan fullmäktiges presidium och regionstyrelsen men det behövs fler diskussioner för att tydliggöra uppdrag och ansvar. Idag är det flera organ som driver frågor på var sitt håll. I utskottet för jämställd och jämlik vård har utvecklingsområde lyfts om att det behöver utvecklas former

Utvecklingsområden	Koppling till (exempel)	Beskrivning av nuläge samt bedömt läge per 2015-12-31 ↑↓→
		för samverkan mellan politiska organ för att få kraft i arbetet med dessa frågor. Regionens mångfaldsstrateg ska träffa fullmäktiges ordförande i maj för att diskutera presidiets uppdrag och hur de tänker kring arbetet med jämställdhet och jämlikhet. En bred diskussion mellan tjänstemännen är inplanerad senare i vår. Då ska de som berörs av arbetet med jämställdhet och jämlikhet träffas för att gemensamt bygga upp en bra och handlingskraftig handlingsplan för området.
24. Tydliggöra uppdraget till tjänstemannaorganisationen inom mångfaldsområdet.	Handlingsplan för arbete med en jämställd och jämlik verksamhet	→ Uppdraget behöver tydliggöras men det måste initieras från politiskt håll. Tjänstemannaorganisationen kan naturligtvis vara behjälplig i detta och det kan hinnas med innan året är slut.
Framgångsfaktor: Regionens organisation och arbetssätt		
25. Utveckla tydliga roller och ansvarsfördelning för Region Jämtland Härjedalens verksamhetsområden i förhållande till andra samhällsaktörer.		↑ Samverkan har inletts med Länsstyrelsen. Regionala samverkansorganet och Primärkommunala samverkansorganet finns som forum för samverkan och dialog om gemensamma frågor.
26. Hela regionen ska vara certifierad inom miljöområdet och arbeta enligt Långsiktig utvecklingsplan för miljö.	Handlingsplan Miljö	↑ Beslut är fattat i februari 2015 om att hela regionen ska vara miljöcertifierad. Den långsiktiga planen ska utgöra underlag till verksamhetsplanering enligt regionens styrmodell
27. Ambitionsnivån ska höjas för hållbara inköp med fokus på hälsa, miljö, kvalitet och säkerhet.	Handlingsplan Miljö	↓ Upphandling och miljöfunktionen har inte resurser att höja ambitionsnivån. **Målet föreslås ska strykas och istället ha lydelsen:** ***Regler för hållbara inköp ska upprättas och spridas till alla verksamheter.***

Utvecklingsområden	**Koppling till (exempel)**	Beskrivning av nuläge samt bedömt läge per 2015-12-31 ↑↓→
28. Utveckla samverkan med brukargrupper och anhöriggrupper.		→ Vad gäller övergripande nivå gjordes en utredning 2012 kring brukardialog men efter det har ingenting gjorts. Kompetensen för att driva arbetet på stabsnivå har dock säkrats genom beslut i regionplan om medel för en handläggare inom mångfald. Flera verksamheter har också olika former för brukarsamverkan – detta presenterades på regionstyrelsen i januari. Exempelvis kommer inom ramen för standardiserade vårdförlopp inom cancervården (5 st 2015) patientorganisationer, patienter och anhöriga att delta i utformningen av vårdförloppen. **Målet förslås ska strykas och istället konkretiseras till 2016 års plan. Inför det arbetet ska en rapportering ske avseende de brukarråd som finns och hur de fungerar.**
PATIENT		
Framgångsfaktor: Vårda patienter utifrån ett helhetsperspektiv	**Mål i RD: s plan** - Brytpunktssamtal för patienter som kan medverka	Målen i regiondirektörens verksamhetsplan följs upp i delårsbokslut och årsbokslut
29. Styrelsen ska bevaka och analysera resultatet från patientenkäterna utifrån målet om att patienterna ska uppleva att de får bra bemötande, god information och får vara delaktiga i sin vård.		↑ Den nationella patientenkäten analyseras årligen och blir föremål för diskussion/åtgärder i styrelsen
30. Följa upp tillämpningen av fasta kontaktsjuksköterskor, patientansvarig läkare etc som följer patientens vårdkedja, i första hand psykiskt sjuka, kroniskt sjuka, multisjuka och äldre.	Regionala utvecklingsplan för cancervård Handlingsplan för utveckling av cancervården	→ Följs upp av Regionalt cancercentrum (RCC) en gång per år. 2014 hade 8 av 11 områden kontaktsjuksköterskor tillsatta.
31. Samverkan med kommunerna ska ske så att patientens väg genom vården sker samordnat och utan hinder av organisatoriska gränser. Styrelsen ska i regionens samverkansråd initiera diskussion med kommunerna om hur samordningen kring vården kan	Handlingsplan tillgänglighet	↑ Fredagsgruppen har fattat beslut om att samverkan i Ledningskraft ska fortsätta trots att det statliga initiativet avslutats – eftersom samverkansformen för chefer i region – kommuner upplevs värdefull.

Utvecklingsområden	**Koppling till (exempel)**	Beskrivning av nuläge samt bedömt läge per 2015-12-31 ↑↓→
utvärderas och utvecklas.		
32. Utveckla metoder för brukardialog, såväl inom verksamheterna som på politisk nivå, bland annat genom att ta del av varandras kompetens och erfarenheter.		Se 28.
33. Patienternas situation ska planeras så att onödiga förflyttningar och återinskrivningar undviks.	Handlingsplan Återinskrivningar	→ Arbete pågår enligt Övergripande handlingsplan för tillgänglighet och Övergripande handlingsplan för återinskrivningar inom 30 dagar. Följs upp i ledningsgruppen vid varje veckas pulsmöte.
34. I helhetsperspektivet ingår också att vara lyhörda för närståendes behov särskilt barn som närstående.	Handlingsplan barnkonventionen	→ Rutin för samtal med barn som anhöriga utarbetades under hösten 2014. För rutinen finns också ett vägleднings- och kunskapsmaterial. Implementeringen av rutinen pågår men det går långsamt och är svårt. Särskilt vad gäller de verksamheter som inte vanligtvis jobbar med barn i så stor utsträckning. Planer finns på att använda externa utbildningsinsatser. ”Att vara lyhörda för närståendes behov” är ett ständigt pågående arbete och också ett lagkrav. Därför är det svårt, nästintill omöjligt, att avgöra när ett sådant mål kan ses som klart. **Målet bör konkretiseras till 2016 års plan.**
Framgångsfaktor: Prevention och hög kvalitet i vården	**Mål i RD: s plan** - Andel diabetespatienter typ 2 med HbA1c > 73 mmol/mol ska minska - Andel diabetespatienter typ 2 med HbA1c ≤ 52 mmol/mol ska öka - Andel patienter som var ADL-beroende - Öka andel patienter som får screening med åtgärd och uppföljning	Målen i regiondirektörens verksamhetsplan följs upp i delårsbokslut och årsbokslut

Utvecklingsområden	**Koppling till (exempel)**	Beskrivning av nuläge samt bedömt läge per 2015-12-31 ↑↓→
35. Kvaliteten i vården ska utvecklas genom analyser och åtgärder utifrån rapporterade avvikelser.		↑ Regionen har ett standardiserat arbetsätt med avvikelser, men har noterat en nedåtgående trend i antalet. Ett förbättringsarbete pågår med att se över hela flödet och där hitta förenklad hantering och andra förbättringsmöjligheter.
36. Systematiskt utvecklingsarbete ska pågå kontinuerligt för att säkerställa en god och professionell hälso- och sjukvård till patienter utsatta för våld. Tydliga dokumentationsrutiner ska finnas för patienter utsatta för våld i nära relation.	Handlingsplan mot våld i nära relation	↑ Tydliga dokumentationsrutiner har tagits fram men är ännu inte implementerade. Det arbetet pågår.
37. Inom läkemedelsområdet ska kostnadseffektiva läkemedelsval göras med beaktande av krav på likvärdig vård.	Handlingsplan läkemedel	↑ Kostnadseffektiva läkemedelsval är en löpande uppgift som kommer att fortgå även kommande år. Regionen arbetar genom läkemedelskommitténs rekommendationslista (Z-läkemedel), gemensam upphandling av läkemedel inom slutenvården, gemensam process i norra regionen för införandet av nya dyra läkemedel (ARIL), genom ordinationsmallar i COSMIC (både för enklare förskrivning men också för styrning) samt uppföljning av kostnader och förskrivningsmönster i styrgrupp läkemedel. Nationellt ordnat införande har startat 2014/2015 som inneburit att den regionala samverkan för ordnat införande har justerats under våren 2015.
Framgångsfaktor: Tillgänglig och säker vård	**Mål i RD: s plan** - Andel inneliggande patienter inom somatisk vård med vårdrelaterad infektion - Minska variation i tillgänglighet med bibehållen eller förbättrad medianväntetid avseende tid från remissbeslut till behandlingsstart för patienter med tjocktarms- och ändtarmscancer	Målen i regiondirektörens verksamhetsplan följs upp i delårsbokslut och årsbokslut

Utvecklingsområden	**Koppling till (exempel)**	Beskrivning av nuläge samt bedömt läge per 2015-12-31 ↑↓→
38. Patienterna ska få vård utan väntan.	Handlingsplan tillgänglighet	→ Måluppföljningen om tillgänglighet i årsredovisning 2014 visade att tillgänglighet till lokaler för personer med funktionsnedsättning är väl tillgodosedd men kraven på tillgänglighet till vård i rimlig tid, enligt kömiljardens krav, klaras inte. De första uppföljningarna för 2015 visar samma tendens. Några skäl som anges är ett ökat inflöde av patienter samt införandet av COSMIC som uppges ha påverkat produktion och tillgängligheten negativt. Handlingsplan för tillgänglighet samlar de aktiviteter som genomförs för att förbättra tillgängligheten. En ny plan håller på att utarbetas. Region Jämtland Härjedalen följer samtliga parametrar varje månad - det som är kopplat till Vårdgarantin dvs 0-7-90-90 och återbesök finns att ta del av på Vård Cosmic i Diveport - där data uppdateras dagligen. Det som kan följas upp är 4 h på akutmottagning, planerade och genomförda besök och behandlingar, ledtider på funktionsmedicin och röntgen, återbesök, vissa undersökningar (gastroscopi, coloscopi) Regionen följer även barn och ungdomars psykiska ohälsa - första besök och fördjupad utredning/åtgärd med tidsgränser 30 + 30. Månadsrapport per mars visade att de målvärdena var uppfyllda. I månadsrapporter och delårsbokslut finns fördjupade redovisningar om tillgänglighetsmålen. Kömiljarden finns inte för 2015 - däremot finns för 2015 en "tillgänglighets och samordningsmiljard" som kommer att fördelas till landsting/regioner. **Målet föreslås ska omformuleras för 2015. Förslag på ny lydelse: *Öka telefontillgängligheten i primärvården***

Utvecklingsområden	**Koppling till (exempel)**	Beskrivning av nuläge samt bedömt läge per 2015-12-31 ↑↓→
39. Vårdkontrakt ska införas som omfattar alla delar i hälso- och sjukvården; besök, undersökningar, röntgen, remisser. Individen ska kunna påverka och ha information om hela vårdkedjan.	Handlingsplan tillgänglighet	↓ Otydligt vad som menas med vårdkontrakt. **Möjligen är det en felskrivning där det skulle ha stått vårdkontakt men det bör ändå konkretiseras. Målet föreslås ska omformuleras för 2015. Förslag på ny lydelse: *Individen ska kunna påverka och ha information om hela vårdkedjan.***
40. Begriplig information innebär att viktig information ska finnas på flera språk och flera kommunikationsformer.	Handlingsplan nationella minoriteter	→ De viktigaste patientinformationerna finns tillgängliga på flera språk via 1177.se. Även hos de verksamheter som ofta möter patienter med andra språk finns översatt information. Ingen övergripande insats av kommunikationsstaben kommer dock inte att göras under 2015 eftersom ekonomiska resurser för det saknas. Däremot gör verksamheterna gör ibland egna insatser med hjälp av kommunikationsstaben. Samtliga nya skyltar kommer att vara översatta till sydsamiska.
41. Patienterna ska få sin vård på rätt nivå vilket också ska inkluderar vård i hemmet.		→ Pågår på olika sätt: cancervården sker så långt som möjligt i patientens hem. Samarbete med Storsjögläntan och kommunens distriktssköterskor finns. Samordnad vårdplanering genomförs för de mest sjuka äldre. I viss utsträckning görs vårdöverenskommelser mellan specialiserad vård och primärvård för att tydliggöra ansvar för en viss patientgrupp. **Målet föreslås ligga kvar men bör brytas ner till 2016 års verksamhetsplan.**
42. Vårdplanering ska ske med patienten i centrum och samordna alla aktuella vårdaktörer	Handlingsplan tillgänglighet	↑ Vårdplanering och samordnad individuell plan är frågor som diskuteras i många samverkansforum t ex i förhandlingarna om nya hemsjukvårdsavtal med kommunerna.

Utvecklingsområden	**Koppling till (exempel)**	Beskrivning av nuläge samt bedömt läge per 2015-12-31 ↑↓→
43. Suicidprevention ska prioriteras för att uppnå målet om en 0-vision.	Handlingsplan suicidpreventivt arbete	↑ Arbete pågår i enlighet med handlingsplan.
44. Utarbeta en rutin för hur patienter ska informeras och medvetandegöras om patientens rättigheter enligt den nya patientlagstiftningen.		↑ 1177.se är huvudkällan när det gäller information till patienter och medborgare om patientlagen. Där finns ett eget temaområde om patientlagen. Det finns också en kort information på regionens webbplats. På insidan finns också en samlingstext som är tänkt som information till medarbetarna. Arbetsgruppen som jobbar med att stötta verksamheterna i tillämpningen av patientlagen informerar också med jämna mellanrum om nya beslut och regionala rutiner som tas fram (eller förändras) med anledning av patientlagen.
45. Minst en huvudprocess inom varje område ska under 2015 har påbörjat utveckling vårdtjänster som använder distansoberoende teknik, teknik för sjukvård i hemmet eller som stöd för egenvård.	Handlingsplan E-hälsa	↑ Ledningsgruppen har beslutat i december 2014 om utveckling av distansoberoende teknik via projekt med kreativa team. Teamen tillsatta första kvartalet 2015. Arbete med införande av virtuella hälsorum pågår. Invigning av VHR i Bräcke i början på juni och i Ragunda hösten 2015.
MEDARBETARE		
Framgångsfaktor: Strukturerat och långsiktigt arbete med kompetensförsörjning		
46. Införa strukturerad modell för att tydligt kunna se kompetensbehov på kort och lång sikt.	Långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning	↑ Pågår inom ramen för Kompetensförsörjningssatsningen i LUP god ekonomisk hushållning
47. Samverka med andra aktörer för att påbörja den kommande generationsväxlingen.	Handlingsplan attraktiv arbetsgivare	↑ Pågår inom ramen för Kompetensförsörjningssatsningen i LUP god ekonomisk hushållning.
48. Sprida kunskap om yrken inom hälso- och sjukvården för ungdomar.	Handlingsplan attraktiv arbetsgivare	↑ Elever i årskurs 9 erbjuds studiebesök i syfte att sprida kunskap. Feriearbete erbjuds också.

Utvecklingsområden	**Koppling till (exempel)**	Beskrivning av nuläge samt bedömt läge per 2015-12-31 ↑↓→
49. Kartlägga invandrarnas vårdkunskaper för att underlätta former för rekrytering och medverka till att de stannar kvar i länet.	Handlingsplan attraktiv arbetsgivare	↑ Samarbetsprojekt har inletts med Arbetsförmedlingen.
Framgångsfaktor: En attraktiv arbetsgivare som många vill arbeta för	**Mål i RD: s plan** - Sänka sjukfrånvaron - Nyttjande av inhyrd personal ska minska	
50. Identifiera grundorsaker till den höga sjukskrivningen och arbeta aktivt med att minska den.	Handlingsplan attraktiv arbetsgivare	↑ Inom ramen för framtagandet av långsiktig utvecklingsplan för minskade sjukskrivningar återfinns även koppling till handlingsplan för attraktiv arbetsgivare. ESF-ansökan har skickats in för att få projektpengar för arbete med hälsofrämjande ledarskap hos chefer inom Region Jämtland Härjedalen. Den långsiktiga utvecklingsplan för minskade sjukskrivningar är planerad att beslutas i fullmäktige i oktober 2015. I månadsrapporten per mars redovisas att sjuktalen har minskat något.
51. Utbilda och informera medarbetarna om ett aktivt medarbetarskap.	Handlingsplan attraktiv arbetsgivare	↑ Kommer att ingå i kommande värdegrundsarbete. Se redovisning under punkt
52. Utbilda chefer i hälsofrämjande ledarskap som bidrar till en arbetsmiljö som skapar engagemang och utveckling.	Handlingsplan attraktiv arbetsgivare	→ Planer finns på att genomföra detta men inget har påbörjats.
53. Påbörja arbete med att ta fram karriärvägar för regionens medarbetare.	Handlingsplan attraktiv arbetsgivare	↑ Modell har tagits fram
54. Stimulera till forskning och utveckling. Andel disputerade ska mätas.		↑ Genomförs

Utvecklingsområden	**Koppling till (exempel)**	Beskrivning av nuläge samt bedömt läge per 2015-12-31 ↑↓→
55. Landstingsbostäder ska nyttjas som en resurs i regionens rekryteringsarbete.		↑ Genomförs
Framgångsfaktor: En chefsroll med tydligt uppdrag	**Mål i RD: s plan** - Daglig visuell styrning ska införas på vårdavdelningar och enheter	Målen i regiondirektörens verksamhetsplan följs upp i delårsbokslut och årsbokslut
56. Ge chefer kunskap och förståelse för grundläggande värderingar/Genus och motverka strukturella skillnader i maktförhållanden.	Handlingsplan attraktiv arbetsgivare Handlingsplan för arbete med en jämlik och jämställd verksamhet	↑ Arbete pågår i syfte att skapa medvetenhet kring frågor om jämställdhet och jämlikhet. På ”Ny som chef” hölls ett pass om normer och normkritik. Ett arbetsplatsmaterial har utarbetats i syfte att få igång en dialog på enheterna och i ledningsgrupperna kring jämställdhet och jämlikhet.
57. Ledarskapsutbildning för nya och gamla chefer ska införas som kompletterar den nuvarande utbildningen ”ny som chef”.	Handlingsplan attraktiv arbetsgivare	↑ Genomförs
58. Fortsätta utbildningen inom lean för chefer och kontinuerligt utbilda nya chefer inom lean.	Handlingsplan lean	↑ Genomförs kontinuerligt
59. Utreda chefsnätverk och mentorskap för nya chefer.	Handlingsplan attraktiv arbetsgivare	↑ Arbete pågår med utredning om hur chefsnätverk kan skapas
VERKSAMHETSRESULTAT		
Framgångsfaktor: Verksamhet anpassad efter intäktsutveckling		
60. God kostnadskontroll och ständiga förbättringar.	LUP Ekonomi Partiernas förslag på åtgärder	↓ Det ekonomiska läget är bekymmersamt men åtgärder har vidtagits och fortsatt arbete med att minska kostnaderna pågår.
61. Färdigställa utredningar för de nio åtgärdspaketen för kostnadsminskningar som finns i långsiktig	LUP Ekonomi	↑ Arbete pågår och redovisningar görs löpande till ekonomi-, fastighets- och upphandlingsutskottet och till regionstyrelsen.

Utvecklingsområden	**Koppling till (exempel)**	Beskrivning av nuläge samt bedömt läge per 2015-12-31 ↑↓→
plan för god ekonomisk hushållning.		
62. Revidera Långsiktig utvecklings plan för god ekonomisk hushållning under vården 2015 för att bland annat omfatta Region Jämtland Härjedalens hela verksamhet.	LUP Ekonomi	↑ Arbete pågår med beslut i regionstyrelsen i maj/juni.
63. Följa upp arbetet med regionens fastighetsinvesteringar.		↑ Görs löpande i ekonomi, fastighets- och upphandlingsutskottet. Redovisning kommer också att genomföras på regionstyrelsen i maj. En fastighetsutvecklingsplan håller på att utarbetas.
64. Följa upp arbetet med uppföljning av genomförda upphandlingar.		↑ Görs i ekonomi-, fastighets- och upphandlingsutskottet. Upphandlingsfrågor kommer löpande att finnas med som punkt på dagordningen. Utskottet ska framförallt följa uppföljning av avtal och avtalstrohet samt strategiska upphandlingar.
Framgångsfaktor: Satsningar för god ekonomisk hushållning		
65. Följa upp arbetet med satsningarna i långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning.	LUP Ekonomi	↑ Arbete pågår
Framgångsfaktor: Ständiga förbättringar		
66. Forskning och utveckling är ett prioriterat område för att verksamheternas förbättringsarbete ska ske evidensbaserat och styras med senaste kunskap.	FOU råd	↑ Arbete pågår
67. Verksamheternas kvalité ska följas genom deltagande i relevanta kvalitetsregister och genom analys av resultat och åtgärder för att sträva mot god medicinsk kvalitet.		↑ Pågår

Utvecklingsområden	**Koppling till (exempel)**	Beskrivning av nuläge samt bedömt läge per 2015-12-31 ↑↓→
68. Processorienterat arbetssätt ska användas med hjälp av den kunskap som leanutbildningarna har gett. All personals delaktighet i utvecklingen ska beaktas.		→ Erfarenhetsutbyte genom LeanFrödagar, ledaredialoger där vikten av att fortsätta arbeta leaninspirerat
69. Aktivt utföra styrning och insyn i de gemensamma nämnder, kommunalförbund och samordningsförbund som regionen är medlem i.		→ Regler för regionstyrelsens uppsiktsplikt och uppföljning håller på att utarbetas och förväntas vara klara under hösten.
70. Utreda former för regionens deltagande i samråd, gemensamma nämnder, kommunalförbund och samordningsförbund		↑ Regler för Region Jämtland Härjedalen som ägare i bolag och som medlem i förening håller på att utarbetas och ska tas upp för beslut senare i vår eller under hösten. Uppföljning av regionens deltagande i samråd, gemensamma nämnder, kommunalförbund och samordningsförbund genomfördes på regionstyrelsen i mars 2015. Styrelsen beslutade att utsedda ledamöter uppmanas att hålla regionstyrelsen informerad om strategiska frågor som hanteras i de olika organen. Framtidsdiskussioner i NRF bedömdes också vara viktiga.

Samordningskansliet
Mikael Ferm
Tfn: 063 – 14 75 53
E-post: mikael.ferm@regionjh.se

2015-05-08

RS/551/2015

Rapport om gemensam nämnd för närvård Frostviken utifrån regionstyrelsens uppsiktsplikt

Enligt kommunallagen (KL) 6 kap. 1 § ska styrelsen leda och samordna förvaltningen av regionens angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnders verksamhet. Regionstyrelsen ska också ha uppsikt över kommunal verksamhet som bedrivs i sådana juridiska personer som avses i 3 kap. 16a – 18b §§ och sådana kommunalförbund som kommunen eller landstinget är medlem i. (Lag 2014:573). Uppsiktsplikten innebär bland annat att styrelsen ska övervaka den ekonomiska förvaltningen, att verksamhet bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige bestämt, att lagar och förordningar följs och att medlen används ändamålsenligt.

Den här rapporten avser att utifrån det som uppsiktsplikten omfattar redovisa om Gemensam nämnd för närvård Frostviken bedriver sin verksamhet i enlighet med det som fullmäktige har bestämt. Rapporten utgår bland annat från den redovisning nämnden gjort i årsredovisning 2014, verksamhetsberättelse 2014, uppföljning inom Hälsovalet, samarbetsavtalet mellan nämnden och Region Jämtland Härjedalen samt andra relevanta styrdokument som nämnden använder för sin styrning och uppföljning. Information har också inhämtats från nämnden med utgångspunkt från följande frågeställningar:

- Beskriv hur organisationens styrs och hur organisationen planerar och följer upp sin verksamhet
- Beskriv vad organisationen arbetar med nu utifrån mål och riktlinjer som regionfullmäktige beslutat om samt lagar och förordningar.
- Beskriv hur organisationen följer upp sina mål och genomförda arbeten.
- Beskriv organisationens ekonomi och hur tilldelade medel används i verksamheten för att nå uppsatta mål.
- Beskriv åtgärder som planeras och behöver vidtas för att förbättra styrning, uppföljning och effektivitet.

Svaren på frågorna har sammanställts i en rapport. Se bilaga 1.

Om Gemensam nämnd för närvård i Frostviken

Region Jämtland Härjedalen och Strömsunds kommun har ett samarbetsavtal om en gemensam nämnd i Frostviken. Avtalet omfattar hälso- och sjukvård och socialtjänst i Frostviken. Nämnden inrättades den 1 januari 2005, enligt kommunallagen (1991:900) och lag (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet. Det senaste samarbetsavtalet upprättades den 1 januari 2012 och gäller tillsvidare. Nämnden är organiserade under Strömsunds kommuns och följer kommunens riktlinjer för styrning och uppföljning.

Syftet med den gemensamma nämnden enligt samverkansavtalet är att åstadkomma kostnadseffektiv vård och omsorg med hög kvalitet i Frostvikenområdet för medborgare och besökare. Det ska ske genom samordning av befintliga resurser och i samarbete med andra aktörer.

Uppdrag
Nämndens uppdrag bestäms av primärvårdsuppgifter enligt hälso- och sjukvårdslagen, inklusive ambulansverksamhet samt samtliga av Strömsunds kommuns uppgifter enligt socialtjänstlagen, lag o stöd och service till funktionshindrade samt hälso- och sjukvårdslagen – med undantag av de uppgifter som i kommunen fullgörs av Vård- och socialförvaltningens Individ och familjeomsorg. Viktiga styrdokument är också strategier, policys och avtal. Huvudarbetsgivare i uppdraget är Strömsunds kommun.

Verksamhet
Närvård Frostvikens verksamhet omfattar hälsocentral enligt hälsovalet, ambulansverksamhet, särskilt boende, trygghetsboende, fotvård, hemsjukvård, hemtjänst och verkställighet enligt beslut utifrån lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade. Verksamheten styrs av en nämnd där regionen och kommunen har tre ledamöter vardera.

Några viktiga händelser under 2014 som omnämns i årsbokslutet:

- Nämnden har sökt och fått godkänt att fortsätta driva hälsocentral och ambulansverksamhet från 2015-01-01 och året ut.
- För att hantera den nya situationen med asylsökande i området på ett bra sätt har handlingsplaner upprättats och samverkan inletts med andra organisationer samt frivillig verksamhet.
- Arbetsmiljöarbetet i särskilt boende, som påbörjades under 2013, har pågått under hela 2014 med arbetslagsutveckling och utbildning i personlig säkerhet.
- Initiativ till en granskning av den egna verksamheten enligt Lex Sarah och Lex togs. Anmälningarna skickades den 27 januari 2015 till IVO, Inspektionen för vård och omsorg.
- Planer om att flytta hälsocentralen till nya lokaler påbörjades.
- I det länsövergripande arbetet med ”Bättre liv för sjuka äldre” har ett geriatriskt team bildats, vilket kan bli ett stort stöd för nämndens verksamhet.

Mål och måluppfyllelse
Nämndens mål utgår i huvudsak inte från de mål som landstingsfullmäktige/ regionfullmäktige beslutat om utan stöds på de lagar som styr verksamheten. För 2014 fanns inriktningsmål samt verksamhetsspecifika mål. Inriktningsmålen som satts upp överensstämmer på många sätt de mål som finns för Region Jämtland Härjedalen. De omfattar bland annat fortsatt god ekonomisk hushållning, genomförande av folkhälsoprogrammet, ökat inflytande för vårdtagare/brukare, fortsatt kvalitetsutveckling, tillgänglighet till vården, trygg och säker läkemedelsanvändning, arbetsplatser som kännetecknas av mångfald, jämställdhet och tillgänglighet, trygg och säker verksamhet och jämställdhetsintegrering.

Måluppfyllelsen för verksamhetens mål är också relativt god. Förbättringsområden som omnämns är att i personalgruppen arbeta mer med hygienföreskrifter och genomföra hygienrond. I arbetet med olämpliga läkemedel för äldre finns planer på att ta hjälp av

geriatriskt team. Under 2014 gjordes också en genomgång av alla patienter över 65 år avseende läkemedel.

I och med att Närvård Frostviken för 2015 har blivit fortsatt godkänd som en av vårdgivarna av primärvård i Hälsovalet måste nämnden också följa de mål och krav som sätts för Hälsovalet. I verksamhetsberättelsen för 2014 uppges att de har uppnått en god tillgänglighet och uppfyller de flesta krav enligt kravspecifikationen. Utifrån uppföljning inom Hälsovalet åtog sig vårdgivarna att under 2014 arbeta med att analysera, förbättra och följa upp resultaten avseende diabetesvård, antibiotika- och kinolonanvändning samt den patientupplevda kvaliteten i form av resultaten i patientenkäten. I verksamhetsberättelsen anges att Närvård Frostviken nådde målen avseende diabetesvård och antibiotika 2013 och har därför inte upprättat några specifika handlingsplaner men arbetar ändå mycket medvetet med att hålla nere antibiotikaförskrivning. Patientsäkerhetsronder genomförs där distriktsläkaren deltar och får återkoppling. Listor upprättas för diabetespatienter som inte ligger bra behandlingsmässigt med syfte att få en översyn. När det gäller olämpliga läkemedel för äldre gjorde läkare och distriktssköterska under 2014 en genomgång av läkemedelslistor för alla personer över 65 år i området.

Styrning, uppföljning och effektivitet
Utifrån Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:9 har Strömsunds kommun utarbetat kvalitetsledningssystemet Vägvisaren. Det är ett ledningssystem för att kunna planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Det är ett system som nämnden för närvård i Frostviken följer. Dessutom följs Strömsunds kommun upprättade rutiner för

- Risk- och avvikelsehantering inom hälso- och sjukvården (SOSFS 2011:9 kap 5 § 3)
- Rapportering av missförhållanden eller påtaglig risk för missförhållanden
- Förslag, synpunkter och klagomål, rutin och hantering.
- Riktlinjer för den ekonomiska processen
- Riktlinjer för internkontroll

Via Nationella patientenkäten, lokala brukarsamråd, enskilda samtal med patienter, förslag, synpunkter och klagomålshantering, anhörigträffar fångas olika synpunkter på verksamheten upp. Ärenden som kommer via patientnämnden utreds av enhetschef/närvårdschef, återkoppling sker till verksamhet och patient, förbättringsåtgärder vidtas.

Nämnden deltar i registreringen i kvalitetssystem, NDR, Senior Alert, Palliativa registret, Sve-Dem, BPDS och olika kvalitetsmätningar som görs regelbundet som Kolada, Punktprevalensmätning samt lokala mätningar inom kommunen. Resultatet av dessa registreringar och mätningar återförs på olika sätt till hälsoplaner, genomförandeplaner, verksamhet och närvårdsnämnd.

Nämndens mål och ekonomin följs upp enligt Strömsunds kommuns riktlinjer. Verksamheten inom hälsocentralen följs upp genom den årliga verksamhetsberättelsen och den årliga patientsäkerhetsberättelsen. Samtliga vårdgivare som tillhör Hälsovalet har också till uppgift att lämna de uppgifter som regionen anser sig behöva för att följa upp och kontrollera

- att verksamheten bedrivs i enlighet med förfrågningsunderlaget och de mål och riktlinjer som organisationen fastställt.
- att leverantörens säkerhets- och kontrollsystem är tillräckliga.
- att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredställande sätt.

Inom Hälsovalet besöks samtliga verksamheter under mars månad för uppföljning av avtal och inlämnad verksamhetsberättelse. Eventuella förbättringsområden identifieras gemensamt, handlingsplaner/rekommendationer upprättas, verkställs och följs upp.

Ekonomi
Närvård Frostvikens omsättning 2014 uppgår till 32,9 miljoner kronor. Det är en ökning med 6,5 % sedan föregående år. Nettokostnadsutvecklingen uppgår till 7,6 %. För 2014 redovisas ett underskott med -187 000 kronor. Det är en försämring mot föregående år då ett positivt resultat redovisades med 821 000 kronor.

Orsaken till underskottet 2014 uppges vara främst personalkostnader inom särskilt boende. Den ersättning som erhållits från Jämtlands läns landsting (från 1 januari 2015 Region Jämtland Härjedalen) för varje person listad patient på Gäddede hälsocentral, uppges i det närmaste ha täckt hälsocentralens kostnader.

Vidare anges att ambulansverksamhetens ersättning ökade med 200 000 kronor under året och de totala intäkterna, ersättningen från landstinget samt övriga intäkter, motsvarar 5 225 000 kronot. Den totala kostnaden slutade på 5 990 000 kronor. Det innebär att det har behövts en kostnadstäckning på 765 000 kronor från Närvård Frostviken för att balansera ambulansverksamheten 2014. Den ökning med 200 000 kronor som erhölls från landstinget 2014 finns även med i ersättningen från 2015.

Närvård Frostviken beskriver inga investeringar eller kostnader för avskrivningar i sitt bokslut för 2014. Närvårdsnämnden upprättar ingen egen balansräkning . All egendom ägs av Strömsunds kommun enligt samarbetsavtalet. Kommunen svarar även för att det finns nödvändiga lokaler för Närvårdsnämndens verksamhet. Enligt årsredovisningen planeras för att ambulansverksamheten och hälsocentralen ska flytta in i andra lokaler under senare delen av 2015 eller början av 2016.

Bilaga 1: Rapport med underlag till regionstyrelsens uppsiktsplikt, 2015-03-20

Strömsunds Kommun
Straejmien tjïelte

2015-03-20

Gemensam nämnd för
närvård i Frostviken

Region Jämtland Härjedalen
Stryrelsen

Underlag för regionstyrelsens uppsiktsplikt

Den gemensamma nämnden för närvård i Frostviken lämnar härmed svar på nedanstående frågor.

1. Beskriv hur organisationen styrs och hur organisationen följer upp sin verksamhet

Regionen (Jämtland läns landsting) och Strömsunds kommun har ett samarbetsavtal om en gemensam nämnd i Frostviken. Avtalet omfattar hälso- och sjukvård och socialtjänst i Frostvikenområdet.

Verksamheten styrs av en nämnd där regionen och kommunen har tre ledamöter var. Länk till reglementet finns under avsnittet hänvisningar.

Verksamheten omfattar hälsocentral enligt hälsovalet, ambulansverksamhet, särskilt boende, trygghetsboende, fotvård, hemsjukvård, hemtjänst och verkställighet enligt beslut utifrån lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade. Verksamheten använder ett ledningssystem (Vägvisaren) för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOFS 2011:9, se hänvisningar.

Nämnden är organiserad under Strömsunds kommun och följer kommunens riktlinjer för styrning och uppföljning. Mest relevanta i detta sammanhang är riktlinjerna för den ekonomiska processen och internkontrollen, se hänvisningar. Kommunstyrelsen har uppsiktsplikt över nämnden och kommunens revisorer granskar nämndens verksamhet.

Regionens vårdvalskansli godkänner, efter ansökan från nämnden, hälsoval för ett år i taget. Nämnden följer upp verksamheten och rapporterar enligt kansliets riktlinjer.

Strömsunds Kommun
Storgatan 15 • Box 500 • 833 24 Strömsund • E-post stromsunds.kommun@stromsund.se
Telefon 0670-161 00 vx • Telefax 0670-161 05 • Bankgiro 991-1918

Strömsunds Kommun
Straejmien tjïelte

2015-03-20

Gemensam nämnd för
närvård i Frostviken

2. Beskriv vad organisationen arbetar med nu utifrån mål och riktlinjer som regionfullmäktige beslutat om samt lagar och förordningar

Nämnden är inte direkt berörd av de mål och riktlinjer som regionfullmäktige beslutar om. Verksamheten styrs av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), socialtjänstlagen (2001:453) och lagen om särskilt stöd till vissa funktionshindrade (1993:387).

3. Beskriv hur organisationen följer upp sina mål och genomförda arbeten

Nämnden följer upp sina egna mål och sin ekonomi enligt Strömsunds kommuns riktlinjer, se ekonomisk process under hänvisningar.

Verksamheten inom hälscentralen följs dessutom upp i den årliga verksamhetsberättelsen för hälsovalet och den årliga patientsäkerhetsberättelsen. Regionen får dessutom årligen en verksamhetsberättelse, som täcker nämndens hela verksamhet.

4. Beskriv organisationens ekonomi och hur tilldelade medel används i verksamheten för att nå uppsatta mål

Verksamhetens kostnader år 2014 uppgick till knappt 33 miljoner.

Strömsunds kommun står för den största delen av kostnaderna, knappt 21 miljoner. Medlen från regionen består av ersättning enligt hälsovalet, läkemedelskostnader för hälsocentalen och ersättning för driften av ambulanser, totalt 9,5 miljoner. Ersättningen från regionen och patientavgifterna balanserar i det närmaste kostnaden för hälsocentralen. Däremot har ambulansverksamheten under 2014 gått med ett underkott på knappt 0,8 miljoner.

Strömsunds Kommun
Storgatan 15 • Box 500 • 833 24 Strömsund • E-post stromsunds.kommun@stromsund.se
Telefon 0670-161 00 vx • Telefax 0670-161 05 • Bankgiro 991-1918

Strömsunds Kommun
Straejmien tjïelte

2015-03-20

Gemensam nämnd för
närvård i Frostviken

5. Beskriv åtgärder som planeras och behöver vidtas för att förbättra styrning, uppföljning och effektivitet

Såväl regionen som kommunen ställer krav på regelbunden rapportering. Samma uppgifter ska redovisas på olika sätt till kommunen och regionen, vilket i relation till verksamhetens omfattning tar omotiverad administrativ tid. Vi föreslår att regionen gör en översyn av sitt behov och former för rapportering och uppföljning.

Hänvisningar

Reglemente för närvårdsnämnden i Frostviken:
http://www.stromsund.se/12793.html

Vägvisaren – ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete:
http://www.stromsund.se/12797.html

Ekonomisk process- budget, mål och uppfölning:
http://www.stromsund.se/12802.html

Internkontroll: http://www.stromsund.se/12802.html

Bengt Bergqvist
Ordförande

Gunilla Mellgren
Sekreterare

Ekonomistaben
Lena Larsson
Tfn: 063-147509063-14 77 28
E-post: sandra.hedman@regionjh.se

2015-04-10

RS/544/2015

Rapport om gemensam nämnd avseende samordnad upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter

Styrning, planering och uppföljning

Den gemensamma nämnden styrs av reglemente och samarbetsavtal mellan Region Jämtland Härjedalen och länets samtliga kommuner. Nämnden sammanträder fyra gånger per år och med utgångspunkt från verksamhetsplanen för året. Nämndens mål är att genom att samordna upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter och hjälpmedel ge hög kvalitet och bästa möjliga kostnadseffektivitet.

I samband med att nämnden tar beslut om sin verksamhetsplan beslutar nämnden också om de upphandlingar som ska genomföras under året. Vid varje sammanträde görs en redovisning om pågående och avslutade upphandlingar. Beredningsgruppen för hjälpmedelsfrågor arbetar efter fullmäktigebeslut på uppdrag av gemensamma nämnden och redovisar de länsgemensamma frågor som tagits upp vid beredningsgruppens sammanträden.

Aktuella arbetsområden utifrån mål och riktlinjer samt lagar och förordningar

Under 2015 följer nämnden arbetet med följande frågor:

- Regionstyrelsens arbete med översyn av Hjälpmedelspolicyn och kommer vid behov att samverka i arbetet.
- Brukarrådet för hjälpmedelsfrågor i länet
- På vilket sätt den nya patientlagen (SoU24) påverkar regionen och länets kommuner.
- Nya tjänsten tema hjälpmedel (1177), för hjälpmedelsanvändare, och vilken påverkan den har på både brukare och huvudmän samt hur många som nyttjar medborgartjänsten.

Nämndens ekonomi och hur tilldelade medel används i verksamheten för att nå uppsatta mål

Budget för 2015 är 40 000 kronor och bekostar den administrativa tjänsten vid fyra sammanträden per år, samt arvode för handikappsorganisationernas medlemmar som deltar i samband medbrukarrådets möten under året. Resultatet för 2014 var 1000 kronor.

Åtgärder som planeras och behöver vidtas för att förbättra styrning, uppföljning och effektivitet

Nämndens mål är idag övergripande och ej mätbara. Inför verksamhetsplan 2016 arbetar nämnden med att tydliggöra de mätbara målen för verksamheten.

Jämtlands Läns Landsting

VERKSAMHETSPLAN 2015

Version: 2.0

Ansvarig: Gemensam nämnd avseende samordnad upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter

Version	Datum	Ändring
1.0	2014-09-17	
2.0	2014-09-29	Justeringar från gemensamma nämnden 2014-09-26

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 OM NÄMNDEN 4
2 SYFTE 4
3 BESKRIVNING AV NÄMNDENS UPPGIFTER 4
4 NÄMNDENS VERKSAMHET UNDER 2015 5
5 NÄMNDENS SAMMANSÄTTNING 5
6 NÄMNDENS MÅL 6
7 NÄMNDENS ARBETE UNDER 2015 6

1 OM NÄMNDEN

Gemensam Nämnd mellan Jämtlands läns landsting och länets samtliga kommuner avseende samordnad upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter är ett samarbete mellan Jämtlands läns landsting och länets kommuner. Med sjukvårdsprodukter avses produkter som används i sjukvård eller sjukvårdsliknande verksamhet samt hjälpmedel som hjälpmedelscentralen har ansvar för att tillhandahålla i länets kommuner och landsting.

Nämnden är tillsatt i Jämtlands läns landsting och ingår i landstingets organisation.

Landstinget ansvarar för beredning och verkställighet av nämndens beslut samt ombesörjer nämndens administration och ansvarar för dess handlingar.

Nämndens verksamhet regleras i ett samarbetsavtal mellan Jämtlands läns landsting och länets kommuner, samt ett fastställt reglemente.

En tjänstemannagrupp är tillsatt, vars uppgift är att handlägga och bereda frågor till nämnden, som berör hjälpmedelsverksamheten.

2 SYFTE

Nämndens syfte är att på affärsmässiga villkor svara för samordnad upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter, där hjälpmedel ingår som en del i hälso- och sjukvården. Nämnden har också till uppgift att erbjuda hjälpmedel för funktionshindrade till dem som är bosatta i kommunerna i länet. Uppgiften omfattar både kommunernas och landstingets ansvar att erbjuda hjälpmedel.

3 BESKRIVNING AV NÄMNDENS UPPGIFTER

Nämndens uppgifter regleras av ett reglemente och ett samarbetsavtal varav huvudpunkterna är:

- Att på affärsmässiga villkor svara för samordnad upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter.

- Nämnden har också till uppgift att erbjuda hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning till dem som är bosatta i kommunerna i länet. Uppgiften omfattar både kommunernas och landstingets ansvar att erbjuda hjälpmedel.

- Nämnden får besluta om tillämpningsanvisningar och rutiner för verksamheten, tolkning av hjälpmedelsfrågor där oklarheter råder och övergripande prioriteringsärenden (dubbelutrustning och liknande).

- Nämnden ansvarar för att sortimentsurval sker på ett sådant sätt att kommuner, landsting och brukarorganisationer har inflytande, att utvärdering och uppföljning sker av hjälpmedelsverksamheten ur ett brukarperspektiv.

4 NÄMNDENS VERKSAMHET UNDER 2015

Nämnden sammanträder vid fyra (4) tillfällen under 2015.

Ny nämnd förbereds och informeras om nämndens arbete	Februari
Bokslut beslutas	Februari
Förrådsstatistik redovisas	April
Information om miljöfrågor och sociala hänsyn i samband med upphandling	April
Nuvarande och kommande år	September
Verksamhetsplan beslutas	December
Budget 2015	December

Information om pågående och avslutade upphandlingar samt information från Beredningsgruppen för hjälpmedel sker vid varje mötestillfälle.

5 NÄMNDENS SAMMANSÄTTNING

Nämnden består av 9 ledamöter och 9 ersättare. Varje kommun och landsting utser vardera en ledamot och en ersättare. Jämtlands läns landsting utser ordförande och vice ordförande.

Nämndens ledamöter

Bengt Bergqvist, ordförande	Jämtlands läns landsting
Torsten Medalen	Bergs kommun
Lennart Skoog	Ragunda kommun
Anna-Lena Andersson	Härjedalens kommun
Cristine Persson, vice ordförande	Krokoms kommun
Karin Näsmark	Strömsunds kommun
Peter Jansson	Åre kommun
Anton Waara	Östersunds kommun
Anneli Valter	Bräcke kommun

Nämndens ersättare

Inger Jonsson	Jämtlands läns landsting
Ulla-Britt Lindblad	Bergs kommun
Margareta Nordling	Ragunda kommun
Torbjörn Andersson	Härjedalens kommun
Christer Toft	Krokoms kommun
Inga-Brith Nilsson	Strömsunds kommun
Roland Johansson	Åre kommun
Carina Zetterström	Östersunds kommun
Marina Mellgren	Bräcke kommun

6 NÄMNDENS MÅL

Nämndens mål är att samordna upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter som ger hög kvalité och bästa möjliga kostnadseffektivitet.

Genom samordnad upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter skapas mervärden till nytta för både verksamhet och brukare. Vår administration minskar, vi blir effektivare och vi drar nytta av vår samlade kompetens.

7 NÄMNDENS ARBETE UNDER 2015

I samband med Landstingsfullmäktige 2014-06-14 fick Landstingsstyrelsen i uppdrag att i samarbete med länets kommuner göra en översyn över Hjälpmedelspolicyn samt gällande regelverk. Nämnden arbetar under 2015 med att följa arbetet och kommer vid behov att samverka i detta.

Brukarråd gällande hjälpmedel startades upp under 2013. Under 2015 fokuserar nämnden på att följa brukarrådets arbete samt informera sig om det om rör detta.

Nämnden arbetar med de upphandlingar som är planerade att genomföras under året och utgår från de politiska beslut, inriktningsdokument och policys som ligger till grund för upphandlingsarbetet..

Nämnden följer på vilket sätt den nya patientlagen (SoU24) påverkar landstinget och länets kommuner.

Nämnden följer den nya tjänsten tema hjälpmedel (1177), för hjälpmedelsanvändare, vilken påverkan den har på både brukare och huvudmän samt hur många som nyttjar medborgartjänsten.

Jämtlands Läns Landsting

Miljöbokslut 2014

Version: 1.0

Ansvarig: Åsa Paletun, Miljöstrateg

Dnr RS/602/2015

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.	2015-04-24	Nyutgåva		
2.				
3.				

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 FÖRORD 5

2 JÄMTLANDS LÄNS LANDSTING 2014 6

2.1 Organisationsöversikt Jämtlands läns landsting 6

2.2 Hälso- och sjukvård och tandvård 7

2.3 Specialistvården 7

2.4 Primärvården 7

2.4.1 Hälsoval 8

2.5 Folktandvården 8

2.6 Utbildning 8

2.7 Centrum för diagnostik, teknik och service 8

2.8 Centrum för lednings- och verksamhetsstöd 9

3 MILJÖPOLICY JÄMTLANDS LÄNS LANDSTING 9

4 ORGANISATIONENS MILJÖLEDNINGSSYSTEM 10

5 REGIONENS PÅVERKAN PÅ MILJÖN 10

5.1 Betydande miljöaspekter 11

6 LAGSTADGADE MILJÖKRAV 11

7 MILJÖMÅL 12

7.1 Måluppfyllelse 13

7.1.1 Avfall 14

7.1.1.1 Mål 14

7.1.1.2 Måluppfyllelse 15

7.1.1.3 Farligt avfall 19

7.1.1.4 Kemikalieavfall 20

7.1.1.5 Skärande/stickande avfall, smittförande avfall och biologiskt avfall 20

7.1.1.6 Läkemedelsavfall 20

7.1.2 Användning av kopieringspapper 21

7.1.2.1 Mål och måluppfyllelse 21

7.2 Energianvändning 21

7.2.1.1 Egenproducerad vindkraft 22

7.2.2 Energieffektiviseringsstöd 22

7.2.3 Energianvändning Jämtlands läns landsting 2014 22

7.2.3.1 Mål 22

7.2.3.2 Total energiförbrukning – energiindexreglerad värmeenergi 23

7.2.3.3 Måluppfyllelse totala energianvändningen 23
7.2.3.4 Total energiförbrukning och klimatpåverkan 24
7.2.3.5 Värmeenergi 26
7.2.3.6 Elenergianvändningen 27
7.2.3.7 Energianvändning i hyrda fastigheter 28
7.2.4 Kemikaliehanteringssystem 29
7.2.5 Livsmedel 29
7.2.5.1 Mål 29
7.2.5.2 Måluppfyllelse 30
7.2.5.3 Jämförelsetal 30
7.3 Transporter och resor 31
7.3.1 Koldioxidutsläpp från tjänsteresor och transporter 32
7.3.1.1 Mål 32
7.3.1.2 Måluppfyllelse 32
7.3.1.3 Jämförelsetal 34
8 ÖVRIG MILJÖPRESTANDA 34
8.1 Utsläpp av avloppsvatten 35
8.2 Utsläpp till luft 36
8.2.1 Lustgasanvändning 36
8.2.2 Beräkning av landstingets utsläpp av 4 luftföroreningar 37
8.2.3 Köldmedia 38
8.2.4 Klimatpåverkan – koldioxidekvivalenter –summering 39
8.3 Vattenanvändning 40
8.4 Förbrukningsvaror 41
8.4.1 Förbrukning av vissa kemikalier m.m. 41
8.5 Upphandling och inköp 42
8.6 Sanering av PCB 42
8.7 Provtagning av läkemedelsrester 43
8.8 Intern utbildning 43

1 FÖRORD

Detta miljöbokslut omfattar den del av Region Jämtland Härjedalen som ingick i Jämtlands läns landsting under 2014.

Region Jämtland Härjedalen är en stor organisation som ansvarar för insatser inom hälso- och sjukvård, tandvård, utbildning, forskning, kultur och utveckling. Verksamheterna är av stor betydelse för den enskilde medborgaren och utvecklingen av Jämtlands län.

Landstingets vision har länge varit ”God hälsa och positiv livsmiljö för alla i Jämtlands län”.

Eftersom vi har en relativt stor miljöpåverkan i våra verksamheter har regionen integrerat miljöarbetet i ett miljöledningssystem sedan 2004. Från 2011 är miljöledningssystemet integrerat i regionens generella ledningssystem. Miljöledningssystemet är uppbyggt utifrån den internationella standarden ISO 14 001 och EU-förordningen EMAS. Ledningssystemet gäller för alla verksamheter i Region Jämtland Härjedalen.

Certifieringen gäller specialistvård, primärvård, tandvård samt utbildning och utveckling, service samt regionens centrum för lednings- och verksamhetsstöd. De verksamheter i regionen som inte är certifierade i dagsläget kommer under 2015 att förberedas för en certifiering.

De verksamheter som inte omfattas av certifieringen är stiftelser och bolag som helt eller delvis ägs av Region Jämtland Härjedalen, samt politiska beredningar, revisorer, Regionstyrelse, Vårdvalsnämnd, Regional utvecklingsnämnd och -fullmäktige.

Miljöledningssystemet ställer krav på organisationen att utifrån miljöpolicyn ställa upp miljömål och presentera resultaten av arbetet i en offentlig miljöredovisning. I den här miljöredovisningen kan du läsa hur vi lyckats i det arbetet, vad vi gjort och vad vi kan bli bättre på.

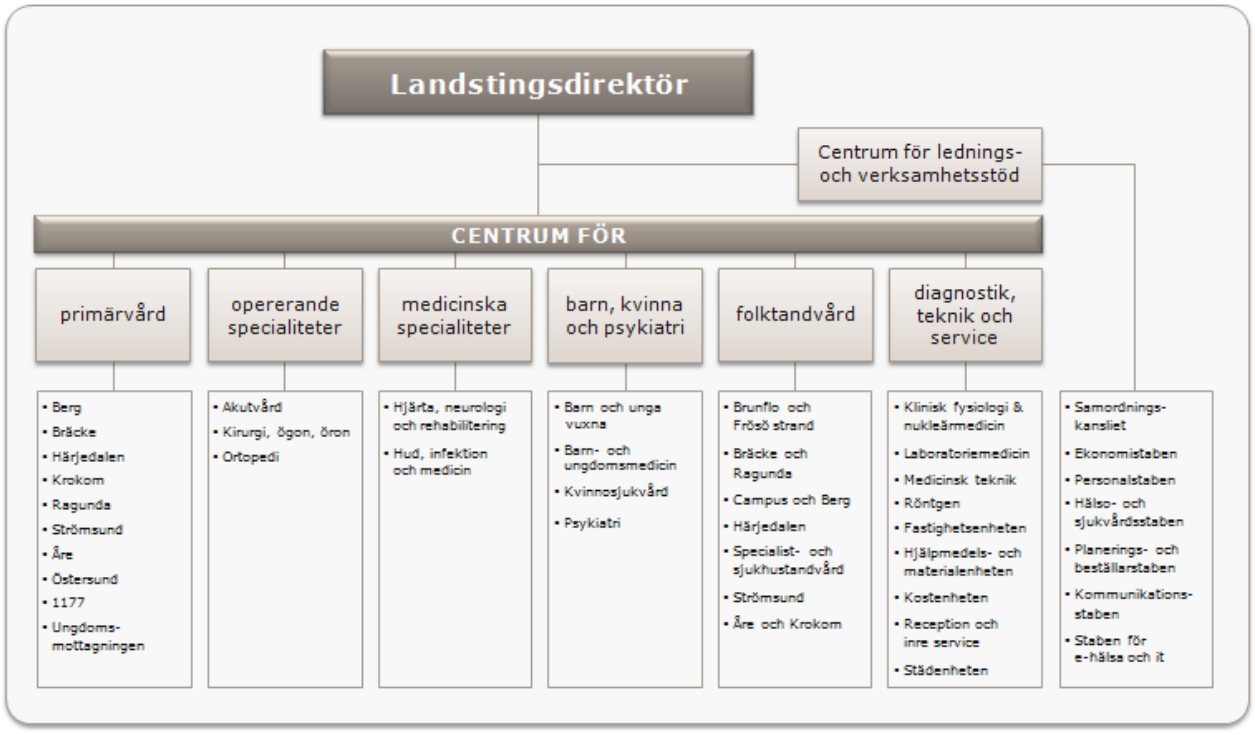
ISO 14001 MILJÖ CERTIFIERAD
SWEDAC ACKREDITERING 1450 ISO/IEC 17021
BMG TRADA CERTIFIERING

EMAS
KONTROLLERAT MILJÖLEDNINGSSYSTEM

2 JÄMTLANDS LÄNS LANDSTING 2014

2.1 Organisationsöversikt Jämtlands läns landsting

Organisationsskiss med områden



2.2 Hälso- och sjukvård och tandvård

Den dominerande verksamheten inom Jämtlands läns landsting är hälso- och sjukvården som kan delas upp i tre områden, specialistvård, primärvård och tandvård som organiseras i 6 centrum (inklusive diagnostik, teknik och service). Hälso- och sjukvård bedrivs vid sjukhuset i Östersund inklusive Remonthagen, 27 valbara hälsocentraler med distriktssköterskemottagning på ytterligare 7 orter, 11 ambulansstationer, 1 ambulanshelikopter, 1 ambuss, 20 allmänna folktandvårdskliniker och 1 specialisttandvårdsklinik samt genom 1177 – sjukvårdsrådgivningen.

Landstingets 6 centrum inom hälso- sjukvård och tandvård:

- Centrum för primärvård
- Centrum för opererande specialiteter,
- Centrum för medicinska specialiteter,
- Centrum för barn/kvinna och psykiatri,
- Centrum för folktandvården och
- Centrum för Diagnostik, Teknik och Service

2.3 Specialistvården

Region Jämtland Härjedalen har från 2012 specialiserad vård i fyra centrum främst lokaliserad vid Östersunds sjukhus: Centrum för barn/kvinna och psykiatri, Centrum för medicinska specialiteter, Centrum för opererande specialiteter samt Centrum för diagnostik, teknik och service. Verksamheten omfattar akutvård, medicin, kirurgi, ortopedi, medicinsk diagnostik och teknik, hud, infektion, ögon, öron, psykiatri, barn/kvinna och reumatologi/ rehabilitering. Inom akutvården finns dessutom 11 ambulansstationer runt om i länet fördelade på tre distrikt norr, mitt och syd. Länet har 12 dygnsbemannade ambulanser och en dygnsbemannad helikopter. Ambulanserna är stationerade på följande orter: Bräcke, Gäddede, Hammarstrand, Funäsdalen, Hede, Järpen, Krokom, Sveg, Svenstavik, Strömsund och Östersund (2 bilar). Under vintersäsongen utökas antalet ambulanser med 2 st. säsongsbilar placerade i Åre och Vemdalen.

Det ingår även en ambulansbuss som trafikerar Östersund-Umeå dagligen med länsinvånare som skall vårdas i Umeå.

2.4 Primärvården

Inom länet finns även 27 valbara hälsocentraler runtom i länet varav 21 st. drivs av landstinget. Utöver det finns ett antal distriktssköterskemottagningar .

2.4.1 Hälsoval

Hälsoval Jämtlands län infördes den 1 januari 2010. Det innebär att alla medborgare i Jämtlands län från och med 1 april 2010 fick möjlighet att välja hälsocentral i länet. Hälsovalet har ökat medborgarnas valfrihet och inflytande över vården.

I Hälsoval Jämtlands län måste hälsocentralerna, även privata, bli godkända av Region Jämtland Härjedalen för att få bedriva vård. Det är viktigt för att garantera den grundläggande kvalitén och att alla hälsocentraler får samma villkor. För att bli godkänd ska hälsocentralen uppfylla de krav som ställs av regionen. De regiondrivna hälsocentralerna ingår i regionens certifiering medan de privata inte ingår.

2.5 Folktandvården

Folktandvården är organiserad i 20 allmänna tandvårdskliniker och en specialist-tandvårdsklink.

1 januari 2014 införde landstinget sitt tredje vårdval enligt lagen om valfrihetssystem (LOV) för barn- och ungdomstandvård. I dagsläget är 20 folktandvårdskliniker och 23 privata anslutna. Cirka 15 procent har valt att tillhöra en privat tandvårdsklinik.

2.6 Utbildning

Kliniskt forskningscentrum, Östersunds sjukhus (KFC-Z) omfattar både forskningsstöd (disputerade handledare, statistiker; fördelning av FoU-medel), mottagning för forskningspatienter, medicinskt bibliotek och gemensam miljö med Umeå universitets lektorer inom den regionaliserade läkarutbildningen, studieort Östersund. Studierektorerna för AT- och ST-utbildning är också knutna till KFC-Z.

2.7 Centrum för diagnostik, teknik och service

Centrum för diagnostik, teknik och service ger genom sina ansvarsområden; laboratoriemedicin, röntgen, nukleärmedicin, fysiologavdelning, mammografi, medicinteknik, kost, registerservice, städ, fastighet, transport samt hjälpmedel- och förråd m.m., stöd och service till övriga verksamheter och kunder.

Fastighetsenheten ansvarar för regionens lokalförsörjning och tillhandahåller drift och service samt teknisk och ekonomisk förvaltning av fastighetsbeståndet. Man har också förvaltat det energieffektiviseringsstöd landstinget sökt och beviljats från Energimyndigheten och arbetar framgångsrikt med energieffektiviseringar. Transportfunktionen på Enheten för hjälpmedels- och materialenheten ansvarar för distribution av post, prover, tvätt, hjälpmedel samt gods från regionens förråd till regionens verksamheter och kunder. Transport svarar även för att farligt avfall samt källsorterat avfall från länet körs till miljöstationen på Östersunds sjukhus.

2.8 Centrum för lednings- och verksamhetsstöd

Centrum för lednings- och verksamhetsstöd ansvarar för bland annat strategiskt stöd till verksamheterna och politiska nivån. I centrumet ingår 7 staber, Ekonomistaben, Hälso- och sjukvårdsstaben, Kommunikationsstaben, Personalstaben, Planerings- och beställarstaben, Samordningskansliet samt Staben för e-hälsa och IT.

Inom Samordningskansliet och Enheten för krisberedskap, säkerhet och miljö återfinns sakkunnigstöd för miljöarbetet genom tjänsterna miljöstrateg och miljöhandläggare.

3 MILJÖPOLICY JÄMTLANDS LÄNS LANDSTING

Landstinget ska, genom att ständigt utveckla och förbättra miljö- och hälsoarbetet, verka för god hälsa och positiv livsmiljö för alla i Jämtlands län.

De egna verksamheterna ska sträva efter att välja tekniska, ekonomiska och hälsobefrämjande lösningar med största möjliga miljöhänsyn för att nå en långsiktig hållbar utveckling såväl ur ekologiskt, socialt som ekonomiskt perspektiv.

Vi ska leva upp till de miljökrav som ställs i gällande lagstiftning och till nationella och regionala miljö- och klimatmål och krav som landstinget berörs av. Vi ska tillämpa ett jämställdhets-, jämlikhets- och barnperspektiv på landstingets miljöarbete.

Miljöarbetet i Jämtlands läns landsting ska vara ett föredöme i Sverige och internationellt

Landstinget ska därför arbeta enligt följande;

- minska både vår indirekta och direkta negativa miljöpåverkan
- upprätta miljö- och klimatmål för verksamheten för att uppnå ständiga förbättringar
- minimera negativ läkemedelspåverkan på miljö och hälsa genom aktiva insatser
- minimera negativ påverkan på miljö och hälsa från kemikalier och kemiska produkter
- upphandla och köpa in varor och tjänster som medför minsta möjliga miljöbelastning och utvärdera deras miljö- klimat- och hälsoeffekter
- ställa krav på att entreprenörer och leverantörer följer landstingets miljöpolicy i tillämpliga delar
- upprätthålla tydliga ansvars- och beslutsfunktioner i miljöfrågor
- använda gröna nyckeltal för att följa miljöutvecklingen
- höja medarbetarnas kompetens och öka delaktigheten i miljöarbetet
- arbeta aktivt för att öka insikten om sambandet mellan miljö, hälsa, jämställdhet och jämlikhet
- samverka med andra aktörer i frågor om miljö och hälsa och stödja externa projekt inom området
- samverka med andra aktörer inom socialt ansvarstagande och miljömedicinskt arbete

4 ORGANISATIONENS MILJÖLEDNINGSSYSTEM

Förutsättningen för att en organisation i storlek med Region Jämtland Härjedalen ska få ett effektivt och tydligt miljöarbete är att det systematiskt förs in i det dagliga arbetet. Miljöledningssystemet beskriver hur miljöarbetet i organisationen ska bedrivas i den dagliga verksamheten. En reviderad miljöpolicy som ligger till grund för de övergripande och detaljerade miljömålen antogs 2013. Jämtlands läns landsting har infört ett miljöledningssystem enligt den internationella standarden ISO 14 001 och den europeiska motsvarigheten EMAS. EMAS och ISO 14 001 har samma gemensamma uppbyggnad, men för ett godkännande enligt EMAS krävs bl.a. även en offentlig miljöredovisning som allmänheten får ta del av.

I miljöledningssystemet dokumenteras rutiner för hur uppföljning och kontroll av regionens miljöarbete ska utföras. Tanken med miljöledningssystemet är att organisationen ständigt skall förbättra sin miljöprestanda. 2010-2011 infördes ett gemensamt ledningssystem som förutom det certifierade miljöledningssystemet, även omfattar kvalitetsledning, arbetsmiljö m.m.

Inom regionens olika verksamheter finns utsedda miljöombud. Miljöombuden ska genom sina kunskaper fungera som ett stöd ute på arbetsplatserna. Det är anställda inom organisationen som har miljöombudsrollen som en liten del av sitt arbete för att informera och öka miljömedvetenheten.

Under 2012 utarbetades en ny styrmodell för landstinget.

En långsiktig utvecklingsplan för miljö togs fram under 2013 som tillsammans med miljöpolicyn ska vara vägledande och styrande för miljöarbetet i landstinget.

De långsiktiga utvecklingsplanerna tar sikte 12 år framåt med målvärden på 4, 8 och 12 år och ger mål och inspel till landstingsplanen samt till den landstingsövergripande handlingsplan som tas fram för att styra miljöarbetet med 1-2-årsperspektiv.

5 REGIONENS PÅVERKAN PÅ MILJÖN

Bredden i regionens verksamheter gör att vi påverkar miljön både direkt och indirekt.

Regionen köper in stora mängder varor, upphandlar tjänster allt från förbrukningsartiklar, kontorsmaterial, sjukvårdsmaterial, utrustning, bränslen, livsmedel och läkartjänster och den totala mängden avfall för landstinget 2014 var ca 886 ton. Tjänsteresor och transporter inom och utom länet leder till stora utsläpp av koldioxid. Fastigheterna kräver stora mängder energi i form av el och värme. Kemikalier och läkemedel som används inom vården ger utsläpp både till luft och till vatten. För utförligare data se miljödata längst bak i dokumentet.

5.1 Betydande miljöaspekter

En miljöutredning som visar hur verksamheterna i Jämtlands läns landsting påverkar miljön har lett fram till en lista med miljöaspekter. Utifrån de miljöaspekterna har ett antal betydande miljöaspekter identifieras. Identifieringen av miljöaspekter och värderingen av betydande miljöaspekter genomförs av landstingets miljökoordinator. De betydande miljöaspekterna har delats upp i olika områden och berör områdena på olika sätt. De betydande miljöaspekterna har värderats utifrån miljö- och hälsokonsekvenser av följande aktiviteter:

- **Utsläpp till mark/vatten** av kemikalier, läkemedel, tungmetaller, näringsämnen
- **Utsläpp till luft** av klimatpåverkande gaser
- **Nyttjande av naturresurser; vattenanvändning**
- **Nyttjande av naturresurser; energi (**mediaanvändning; el, fjärrvärme, datorer)
- **Nyttjande av naturresurser; råvaror och material** (icke ekologiska livsmedel, engångsartiklar, organiska miljögifter i plaster)
- **Nyttjande av kemiska produkter** (hantering, förvaring, produktinformation)
- **Nyttjande av joniserande strålning** (röntgenverksamhet)
- **Framkallande av buller** (störande ljud från fläktar, byggnationer, helikopter)
- **Produktion av avfall**
- **Tillbud gällande brand** (påverkan på luft och vatten)
- **Krav vid upphandling (**på produkters och tjänster innehåll)
- **Tjänsteresor och transporter (**klimatpåverkande gaser, tungmetaller)
- **Krav på entreprenörer och leverantörer (**kunskaper att utföra uppdrag, produkters innehåll)
- **Indirekt påverkan** (information till allmänheten, samverkan med andra aktörer, stöd till projekt)

Kriterierna för att en miljöaspekt blir betydande är vilken miljöpåverkan de kan medföra, sannolikhet för miljöpåverkan och omfattning av eventuell miljöpåverkan. Miljöaspekterna prioriteras sedan utifrån lagar och krav, krav i landstingsplanen, miljöpolicy, nationella och regionala miljömål samt ekonomi.

6 LAGSTADGADE MILJÖKRAV

Regionens breda verksamhetsområde berörs av en lång rad föreskrifter, allt ifrån regler om livsmedelshantering, lag om skydd mot olyckor, kommunala renhållningsordningar, strålskyddslagstiftning, eu-förordningar och Miljöbalken m.m.

För att säkerställa att regionens alla verksamheter följer gällande lagstiftning har regionen upprättat en lagförteckning över de lagar och föreskrifter som verksamheterna berörs av. Lagförteckningen uppdateras årligen och alla chefer får årligen fylla i en checklista för att följa upp om man känner till reglerna och följer dem. Utöver det så granskas lagefterlevnaden vid både

interna och externa revisioner. Östersunds sjukhus får också återkommande inspektioner av tillsynsmyndigheten eftersom det räknas som miljöfarlig verksamhet.

7 MILJÖMÅL

I varje landstingsplan/regionplan anges inriktningsmål för kommande treårsperioden.

De viktigaste områdena som landstinget ska fokusera på i enlighet med Landstingsplan 2014-2016 var följande:

Målområde Patient:
* Vård efter behov och hälsofrämjande arbete
* Trygga patienter

Målområde Medarbetare:
* Hälsofrämjande arbetsmiljö
* Utveckling genom lärande och förnyelse

Målområde samhälle:
* Hållbar utveckling
* Goda samarbetsparter
* Aktiv demokratisk organisation

Verksamhetsresultat:
* Långsiktigt hållbar
* Effektiva processer

Landstingsplanerna har genom åren sett lite olika ut. Ibland har man angett ”långsiktiga mål” och ibland ”inriktningsmål” och aktiviteter för att uppnå dessa mål samt målvärden. För år 2014 är landstingsplanerna 2012-2014, 2013-2015 samt 2014-2016 relevanta. Här nedan redovisas de viktigaste långsiktiga/inriktningsmålen ur respektive landstingsplan vad gäller miljöfrågorna, sedan följer aktuella målvärden. För samtliga mål – se respektive landstingsplan/regionplan som ni hittar på regionens hemsida ”www.regionjh.se/.

Landstingsplan 2012-2014	Landstingsplan 2013-2015	Landstingsplan 2014-2016
Landstinget ska medverka till att den förnyelsebara energiproduktionen ökar.	I upphandlingsfrågor tar landstinget ett lokalt, etiskt, socialt och miljömässigt ansvar. I första hand väljs miljömässigt hållbara produkter och landstinget medverkar till att driva fram en hållbar utveckling. Inga produkter som tillverkas under oetiska förhållanden köps in. Utfasning av miljö- och hälsofarliga ämnen pågår.	Landstingets alla verksamheter tar ett etiskt, socialt, ekonomiskt och miljömässigt ansvar och strävar efter att ligga i framkant i dessa frågor. Landstingets verksamhet är ekonomiskt-, socialt- och miljömässigt hållbar. Verksamheten följer principen att varje generation bär sina egna kostnader utan att äventyra kommande generationers möjlighet att tillfredsställa sina behov.
Landstingets miljöarbete ska vara ett föredöme i Sverige och internationellt.	Landstinget arbetar med resurshushållning på alla områden; miljö, energi och ekonomi.	I upphandlingsfrågor tar landstinget ett lokalt, etiskt, socialt och miljömässigt ansvar. I första hand väljs miljömässigt hållbara produkter och landstinget medverkar till att driva fram en hållbar utveckling.
		Utfasning av miljö- och hälsofarliga ämnen pågår.
		Landstinget arbetar med resurshushållning på alla områden; miljö, energi och ekonomi. All verksamhet genomförs med minsta möjliga negativa påverkan på människor och miljö.

De detaljerade målen avseende miljöfrågor som gällde för 2014 återfinns i Landstingsdirektörens verksamhetsplan för 2014 samt i Landstingsövergripande handlingsplan miljö 2014.

De mål som är lyft i Landstingsdirektörens verksamhetsplan för 2014 är att energianvändningen ska minska med 1% per år under fem år från 2009. Mål 2014: högst 212 kWh/m^2 samt att nyttjandet av distansoberoende teknik ska öka med 10% jämfört med 2013.

Mål i landstingsövergripande handlingsplan för miljö 2014:

- Totala avfallsmängden ska minska med 2% till 2014 jämfört med 2011 (827 ton 2011 => 810,5 ton 2014).
- Mängden kopieringspapper ska inte öka jämfört med 2011 (42,6 ton)
- Energianvändningen ska minska med 1 % per år under fem år, från 2009 (mätt som kWh/m2, BRA-yta) från. Det innebär -5% till år 2013 jämfört med år 2009.
- Kemikaliehanteringssystem ska upphandlas och implementeras
- Andelen ekologiska livsmedel ska vara minst 20% av det totala utfallet av livsmedelsinköpen
- Andelen socialt-etiskt märkta livsmedel ska vara minst 4% av det totala utfallet för livsmedelsinköpen
- Koldioxidutsläppen från landstingsanställdas tjänsteresor och transporter ska minska med 10 % jämfört med år 2010

7.1 Måluppfyllelse

Uppföljningen av miljömålen sker utifrån de mål som finns i landstingsövergripande handlingsplan för miljö 2014 och de gäller dåvarande landstingets samtliga verksamheter. Verksamhetsområdena ska följa upp sina miljömål i sina respektive verksamhetsberättelser.

Mål	Resultat	Kommentar
Totala avfallsmängden ska minska med 2% till 2014 jämfört med 2011 (827 ton 2011 => 810,5 ton 2014).	+7% 886 ton	Alla kategorier avfall ökar utom avfall till deponi. Den nedåtgående trenden är bruten.
Mängden kopieringspapper ska inte öka jämfört med 2011 (42,6 ton)	-2,5 ton	Målet uppnått med marginal då vi ser en minskning
Energianvändningen ska minska med 1 % per år under fem år, från 2009 (mätt som kWh/m2, BRA-yta) från. Det innebär -5% till år 2013 jämfört med år 2009.	-4,3%	Vi valde att behålla en hög ambition genom att inte räkna om för avyttrade energieffektiva fastigheter, men är ändå nöjda med resultatet hittills och bibehåller en hög ambition.
Kemikaliehanteringssystem ska upphandlas och implementeras	Upphandlat & implementering påbörjad	Implementering fortsätter 2015 och vi bedömer att det kommer att vara till stor nytta för vår verksamhet.
Andelen ekologiska livsmedel ska vara minst 20% av det totala utfallet av livsmedelsinköpen	21,9%	Målet uppnått med god marginal
Andelen socialt-etiskt märkta livsmedel ska vara minst 4% av det totala utfallet för livsmedelsinköpen	7,4%	Målet uppnått med stor marginal
Koldioxidutsläppen från landstingsanställdas tjänsteresor och transporter ska minska med 10 % jämfört med år 2010	-7,4%	Målet ej uppnått, 93 ton mer än 2013, men ändå 115 ton mindre än 2010

7.1.1 Avfall

Källsortering av avfall har bedrivits inom hela landstinget sedan 1996. Samma system för källsortering har införts i landstingets samtliga verksamheter. Källsorterat avfall från regionens verksamheter i länet går med transportenhetens returtransporter in till miljöstationen på Östersunds sjukhus. Avfallet sorteras i över 40 olika fraktioner. Andelen hushållsavfall till deponi var år 1995 1 200 ton och under år 2014 deponerades 34 ton.

En stor del av den minskningen beror på att komposterbart och brännbart avfall sorteras ut. Andelen brännbart som tas om hand på Östersunds sjukhus är 376 ton och den komposterbara fraktionen är 142 ton. Mycket avfall sorteras också i olika fraktioner för återvinning.

7.1.1.1 Mål

- **Landstingets totala avfallsmängd ska minska med 2 procent till 2014 i förhållande till 2011 års nivå** (827 ton 2011 => 810,5 ton 2014)..
- **Mängden kopieringspapper ska inte öka jämfört med 2011** (42,6 ton)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Skillnad i % jmf 2011	Skillnad i ton, jmf m 2011
Total mängd i ton	**982**	**920**	**798**	**827**	**822**	**814**	**886**	**7%**	59
Varav farligt avfall	46	48	30	35	44	56	57	**61%**	22
Varav avfall till deponi	52	49	51	42	53	54	34	**-19%**	-8
Varav brännbart	355	354	321	357	365	329	376	**5%**	19
Varav komposterbart	270	202	162	136	143	133	142	**5%**	6
Varav källsorterat	259	267	233	258	217	241	277	**8%**	19

*I fraktionerna brännbart och komposterbart ingår enbart avfall från verksamheter belägna i landstingsägda fastigheter samt det konverterade smittförande avfallet.

7.1.1.2 Måluppfyllelse

Landstingets avfallsmål för 2014 var att minska den totala avfallsmängden med 2 % jämfört med 2011 men resultatet blev istället en ökning med 7%.

Totala avfallsmängden 2011 var 827 ton och 2014 var det ca 886 ton. En del av förklaringen till ökningen är den stora flytten inklusive rensning av arkivet vilket i sig gav en ökning av papperssekretessavfall med 24 ton. Vi har inte tidigare vägt det elektronikavfall som körs till kommunens återvinningsanläggning på Gräfsåsen. Under 2014 har vi börjat väga det själva vilket medför 11 ton mer i statistiken. Men även om man räknar bort dessa två faktorer, så har vi ändå en ökning med 3%. För detaljer – se tabeller nedan.

Vi kan se att alla avfallsgrupper ökar förutom avfall till deponi. Man har nationellt sett en trend med mer engångsmaterial/engångsinstrument etc inom hälso- och sjukvården, men om det kan vara en förklaring till vår ökning är oklart. I ett avfallsnätverk för landsting och regioner har vi försökt hitta något produktionsmått som kan relateras till totala avfallsmängden, men har ännu inte lyckats med det – så vi kan i dagsläget inte göra sådan jämförelse/analys.

Minskningen av det komposterbara avfallet till år 2011 är troligen enbart chimär, då schablonen för beräkning av mängd skiljde sig mycket från de faktiska mängderna åtminstone åren 2008-2009. Vi bedömer att vi har bättre kvalitetssäkring på statistiken från 2011 och framåt.

Förpacknings- metall- och pappers-återvinning, ton

År /Kategori	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Skillnad i % jmf 2011	Skillnad i ton
Wellpapp	78	73,40	70,34	104,79	68,36	71,42	72,58	-31%	-32,21
Papper	41	54,20	40,99	47,42	36,65	35,49	28,01	-41%	-19,41
Pappers-förpackningar	16	11,40	11,80	12,89	17,00	15,00	14,00	9%	1,11
Mjukplast	15	10,55	7,50	3,15	9,75	6,75	4,88	55%	1,73
Hårdplast	5,5	10,17	4,44	1,48	0,71	4,86	4,28	189%	2,80
Sekretess papper	22	21,27	18,16	19,63	18,44	19,57	40,62	107%	20,99
Sekretess plast/gips		0,27	-	0,69	0,13	0,00		-100%	-0,69
Färgat glas *	9	12,67	9,36	1,63	3,96	1,04	1,82	12%	0,19
Ofärgat glas*	6	3,20	0,00	2,48		1,95	1,95	-21%	-0,53
Metall-förpackningar	7	5,49	5,33	5,56	3,89	6,03	5,36	-4%	-0,20
Blyskrot	5,4	6,97	3,09	2,98	5,96	5,84	5,34	79%	2,35
Blandskrot	52	56,88	53,79	52,70	49,94	70,60	94,96	80%	42,26
Kabelskrot	2	0,58	1,44	2,04	2,42	2,08	3,18	56%	1,14
Skrot, Rostfritt	-	-	7,0	0,05	0,26	0,28		-100%	-0,05
Totalt	**258,9**	**267,1**	**233,2**	**257,5**	**217,5**	**240,9**	**277,0**	8%	19,48

Den stora ökningen av sekretesspappersavfall beror på en flytt av arkivet där man arbetat med rensning, vilket resulterade i 23,8 ton sekretesspappersavfall i sig.

Att mängden metallskrot ökar får stor effekt på totalsumman i vikt eftersom det väger väldigt mycket.

Mängden avfall till förpacknings- metall- och pappers-återvinning, har ökat med 8 % (ca 19 ton). Det måste sättas i relation till andra fraktioner, särskilt brännbart avfall. Om vi jämför hur andelen avfall till förpacknings- metall- och pappers-återvinning sett ut i förhållande till totala avfallsmängden så ser vi att andelen källsorterat är på ungefär samma nivå genom åren. Det källsorterade avfallet kan också jämföras med den brännbara fraktionen, där avfallet troligen hamnar då det inte källsorteras.

Det källsorterade avfallet har ökat med 19,5 % och det brännbara har ökat med 5 % jämfört med 2011 vilket tyder på att det inte handlar om någon försämring av källsorteringen.

Andel avfall till förpacknings- metall- och pappersåtervinning av totala avfallsmängden

Återvinningsgrad	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
(Kompost, Källsorterat+Elektronik & Batterier)	54,3%	51,4%	49,6%	47,7%	44,1%	46,8%	48,6%

Andelen avfall till återvinning är 48,6 % för 2014 vilket i interna jämförelser med andra landsting och regioner är högst av alla. Elektronikavfall och batterier ingår i kategorin farligt avfall. Stor del av detta avfall återvinns dock idag och i flera sammanhang kategoriseras det som en återvinningsfraktion tillsammans även med komposterbart avfall.

Avfall till deponi

Deponi, ton	2008	2009	2010	**2011**	2012	2013	**2014**	Skillnad i % jmf 2011	Skillnad i ton
Fettavskiljare	13	15,8	11,5	**17,9**	20,7	18,3	**16,6**	-7%	-1,3
Restavfall, hushållsavfall	39	32,7	33,3	**22,1**	32,0	36,0	**17,4**	-21%	-4,7
Sand & vatten, slambil	*		6,4	**2,0**				-100%	-2,0
Gips						15,52			
Totalt **	52	48,5	51,2	**41,9**	52,7	54,3	**34,0**	**-19%**	**-8,0**

* ”Sand & vatten, slambil” är då den uppsamlade fraktionen inte klassas som oljehaltigt slam.

** I tidigare miljöbokslut har ”industriavfall, byggverksamhet” återfunnits under rubriken ”Deponi”. Den avfallsfraktionen har fått den benämningen då vi lämnat brännbart avfall till kommunen, så den fraktionen är nu flyttad till rubriken ”Brännbart” nedan. Tidigare har även ”Slam, spolplatta” (nu benämnt ”Oljehaltigt slam”) återfunnits under rubriken ”deponi” då kommunen lagt denna fraktion på deponi, men numera skickas det som farligt avfall eftersom det handlar om tömning av oljeavskiljare.

Vi har sedan några år börjat separera ut gips från bygg- och rivningsarbeten i en separat container. Det medför även att mer (som till största delen normalt omhändertas av respektive entreprenör) tas om hand i landstingets avfallssystem. Dock har det varierat om vi fått in statistik från avfallstransportören av denna container. För referensåret 2011 och 2014 har vi ingen statistik för denna container i dagsläget.

Brännbart, ton	2008	2009	2010	**2011**	2012	2013	**2014**	Skillnad i % jmf 2011	Skillnad i ton
Brännbart träavfall *	-			10,7	1,4			-100%	-10,7
Industriavfall, byggverksamhet **	-				4,3				0,0
Brännbart avfall	355	354,2	320,7	346,2	359,0	329,5	376,3	9%	30,1
Totalt	**355**	**354,2**	**320,7**	**356,9**	**364,7**	**329,5**	**376,3**	**5%**	**19,4**

* Vi lämnar brännbart träavfall till Jämtkraft, men har under flera år inte fått det inte vägt, så uppgift om mängder saknas för flera år

** ”industriavfall, byggverksamhet” är en kategori som uppstår vissa år då vi vid större bygg- eller rivningsarbeten tar hand om avfallet själva istället för att det ingår i entreprenaden.

Vi har under några år inte kunnat få fram statistik för det brännbara träavfall vi skickat, så sammanlagda mängde varierar lite beroende på om vi får in siffror på det eller inte.
För 2014 har mängden brännbart avfall som är jämförbart med hushållsavfall ökat med 9 %.

Komposterbart, ton	2008	2009	2010	**2011**	2012	2013	**2014**	Skillnad i % jmf 2011	Skillnad i ton
Komposterbart avfall	270	201,9	162,3	**135,9**	143,4	132,8	**142,2**	5%	6,3

Den stora siffermässiga skillnaden 2010 och framåt jämfört med tidigare år beror sannolikt i princip enbart på korrigering av schabloner i beräkningarna av avfallsmängden. Från 2011 räknar vi med att vi har korrekta siffror.

7.1.1.3 Farligt avfall

Farligt avfall, ton	2008	2009	2010	**2011**	2012	2013	**2014**	Skillnad i % jmf 2011	Skillnad i ton
Fotokemikalier	1,5	3,8	0,21	0,76	1,69	0,87	0,24	-69%	-0,52
Oljeavfall *	0,5	0,05	0,008	0,059		0,615	0,105	78%	0,05
Spillolja	0,40	0,07	0,01	0,03	0,24	0,61	0,19	593%	0,17
PCB-haltig olja	-	-	-	0,18				-100%	-0,18
Oljehaltigt slam***	12	14,0	12,4	9,5	12,4	18,5	14,2	50%	4,72
Småkemikalier **	0,24	0,38	0,32	0,71	1,20	1,13	1,38	95%	0,67
Färg- Lack- & Limavfall	0,16	0,23	0,29	0,54	0,35	0,45	0,25	-54%	-0,29
Laboratorieavfall **	0								0,00
Förorenat vatten (Formalin)	1,6	1,0	1,6	1,9	3,4	2,4	3,1	63%	1,20
Lösningsmedel	0,7	0,8	0,2		0,6	0,4	0,4		0,37
Kvicksilver (amalgam)	0,6	0,2	0,04	0,05	0,72	0,01	0,04	-21%	-0,01
Syror **	0								0,00
PCB	0								0,00
Elektronikskrot	4,3	3,8	0,0	0,3	0,8	5,9	11,2	3377%	10,91
Småbatterier	0,09	0,53	0,36	0,94	0,65	0,88	0,57	-40%	-0,37
Biologiskt avfall	2	2,7	1,7	2,1	2,2	2,0	2,2	4%	0,09
Skärande stickande	5,5	5,8	4,5	8,9	8,3	9,3	8,3	-6%	-0,56
Cytostatika/Toxiska Läkemedel	10,5	11,0	8,6	9,2	11,1	12,8	14,1	53%	4,85
Alkaliskt avfall, flytande (rengöringsmedel)	0,04	1,8	0,004		0,053	0,023	0,047		0,05
Composite	0,035	0,05	0,01	0,044	0,097	0,084	0,073	66%	0,03
Glykol	0,26				0,045		0,106		0,11
Filmavfall	6	2,1			0,224	0,324	0,275		0,28
Asbestavfall	-	-	0,006						0,00
Totalt	**46,4**	**48,2**	**30,3**	**35,2**	**44,0**	**56,3**	**56,7**	61%	21,55

* I kategorin ”Oljeavfall” ingår oljebemängt avfall, t.ex. fat med kasserade oljefilter, trassel, papper, absol etc. Oljeavfall från oljeavskiljare återfinns under rubriken ”Oljehaltigt slam” .

** Tidigare har ”Slam, spolplatta” återfunnits under rubriken ”deponi” då kommunen lagt denna fraktion på deponi, men numera skickas det som farligt avfall eftersom det handlar om tömning av oljeavskiljare och vi har bytt benämning till ”Oljehaltigt slam” för att tydliggöra vad det handlar om.

*** Vi är i statistiken beroende av hur avfallsmottagaren benämner avfallet. I kategorin ”småkemikalier”, så ingår även det som tidigare skiljts ut som ”syror”, ”lösningsmedel”, ”glykol” och ”laboratorieavfall” .

Från vecka 21 år 2013 började vi väga elektronikskrotet själva, så från att tidigare haft bristfälliga data på denna avfallsfraktion har vi nu bra kontroll över mängderna. Ökningen med drygt 10 ton beror här alltså på att vi tidigare inte haft fullständig statistik tidigare.

Mängden oljehaltigt slam har ökat markant jämfört med 2011. De senaste åren har tömningsintervallet ökat, vilket får till följd att även avfallsmängden ökar, även om det är större andel vatten i avfallet i sig..

Den andra stora orsaken till att den totala mängden farligt avfall ökar kan vi härleda till att vi från april 2013 tar hand om allt läkemedelsavfall själva. Tidigare har det läkemedelsavfall som inte klassas som toxiskt, lämnats till apoteket varifrån vi haft svårt att få data på avfallsmängden.

Röntgenverksamheten har under några år digitaliserats och är från 2012 helt digitaliserad. I samband med det, så har man skickat iväg gamla fotokemikalier som inte kommer att användas och från 2012 och framåt är det bara enstaka analog utrustning kvar som står för användningen av fotokemikalier.

7.1.1.4 Kemikalieavfall

Fotokemikalier som används vid röntgenverksamheterna inom specialistvården, primärvården och tandvården har tidigare utgjort den största mängden kemikalieavfall. Nu ser vi betydligt mindre mängder sådant avfall, dock ökar användningen av desinfektionsmedel. Inom specialistvården används numera till största delen digital röntgen. Utbytet av fotokemikalier mot digital röntgen har skett under många år och under 2012 digitaliserades även mammografin på sjukhuset och den jonbytaranläggning som funnits på sjukhuset för att rena sköljvattnet från silver har kunnat avvecklas.

Tandfyllnadsmaterialet amalgam som innehåller kvicksilver samlas upp i amalgamavskiljare på folktandvårdsklinikerna.

7.1.1.5 Skärande/stickande avfall, smittförande avfall och biologiskt avfall

Det skärande/stickande avfallet skickas för destruktion. Det smittförande avfallet hettas upp i en ugn på miljöstationen för att ta död på smittfarliga ämnen. Efter upphettning hanteras avfallet som brännbart avfall. Biologiskt avfall fryses ned i väntan på transport till destruktion av Stena Miljö. Mängden skärande/stickande avfall har ökat de senaste åren och är nu nästan dubbelt så mycket som fram till 2011, men verkar nu ha stabiliserat sig runt 8-9 ton. Delvis påverkar det nya regelverket om integrerat stickskydd på kanyler vilket medför mer avfall per kanyl.

7.1.1.6 Läkemedelsavfall

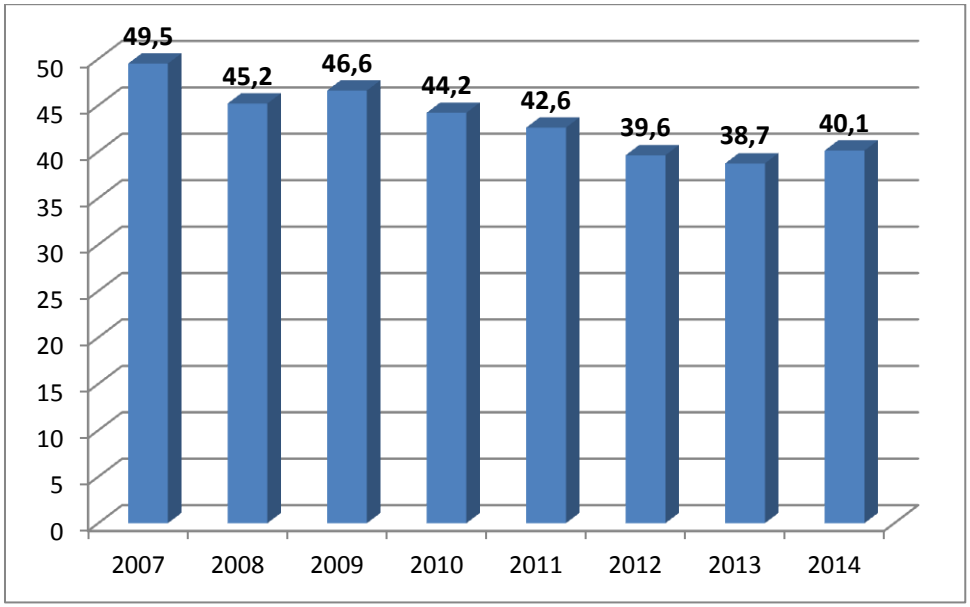
Läkemedelsrester hanteras som farligt avfall och skickas till Stena Mediclean och fram till våren 2013 även till Apoteket Farmaci för destruktion. Sjukhusapoteket som fram till april 2013 tog hand om landstingets läkemedelsavfall som inte är toxiskt, tog 2010 emot ca 1,2 ton läkemedelsavfall från landstinget och privatpersoner, som gick till destruktion. Apoteket Farmaci har inte kunnat leverera senare data.

Rester från cytostatikabehandling (cellgift), antibiotika och vacciner m.m. läggs i speciella kärl för toxiska läkemedel innan det hämtas för destruktion av Stena Miljö. Från våren 2013 läggs allt läkemedelsavfall i samma kärl. Mängden läkemedelsavfall som omhändertas var 14,1 ton år 2014.

7.1.2 Användning av kopieringspapper

7.1.2.1 Mål och måluppfyllelse

Mängden kopieringspapper ska inte öka jämfört med 2011 (42,6 ton)



Organisationen har ändrats mellan 2011 och 2014 då skolverksamheten (folkhögskolor och gymnasieskolan) övergick till andra huvudmän 2012, men även om man räknar bort utbildning och utveckling både från 2014 och från referensåret, så ser vi en minskning av användningen av kontorspapper/kopieringspapper med 2 ton.
Under 2014 har också förberedelser genomförts för att göra digitala kallelser till fullmäktige vilket implementeras från 2015 vilket förväntas minska pappersanvändningen.

Målet uppnås med god marginal.

7.2 Energianvändning

Energi i olika former används dagligen för att värma upp hus, driva datorer, fläktar och belysningen. Förbrukningen av fossila bränslen, såsom kol och olja, leder till utsläpp av koldioxid, vilket påverkar klimatet.

7.2.1.1 Egenproducerad vindkraft

Jämtlands läns landsting var det första landstinget i Sverige som beslutade att köpa ett vindkraftverk. Beslutet togs redan 2010 och syftet var att producera förnyelsebar el för egen förbrukning. Besparingen beräknas bli runt 2,4 miljoner kronor per år de närmaste åren. Kostnadsbesparingen bedöms mer precist till cirka 30 öre per kWh under verkets minst 20-åriga produktionstid.
Upphandlingen har skett enligt lagen om offentlig upphandling och intresserat hela vindkraftsbranschen.
Det har varit en komplicerad process och tagit över två år med bland annat en lång överklagandeprocess. Upphandlingen avslutades i mars 2013 då Förvaltningsrätten bedömde att landstingets utvärdering av anbuden var korrekt. Vindkraftverket på 3 MW är leverat av Greenextreme AB och är placerat söder Kalmar och ska testkördes 200 timmar våren 2014 innan fullskalig drift. Landstinget övertog ägandet av vindkraftverket 1 november 2014.
Vindkraftverket beräknas producera ca 8000 MWh/år och av den produktionen som kommer landstinget tillgodo motsvarar ca 30-35% av regionens totala elförbrukning.

Regionens fastighetsenhet, som förvaltar regionens fastighetsbestånd, använder ”Bra Miljöval”-el, till den el som köps in för drift och underhåll samt till verksamheternas elanvändning. Uppvärmningen av sjukhuset i Östersund sker med biobränsleproducerad fjärrvärme från Lugnvik. Sjukhuset har kraftverk som kan producera el vid strömavbrott och oljepannor för produktion av värme. I energieffektiviseringsarbetet bedriver vi ett samarbete med de fyra norrlandstingen där vi drar nytta av varandras erfarenheter och tar fram material som alla har nytta av i sin egen verksamhet. Från 2011 har stor del av arbetets fokus varit på beteenden samt visualisering av energiförbrukning.

7.2.2 Energieffektiviseringsstöd

Landstinget ansökte 2010 om ett energieffektiviseringsstöd som offentlig verksamhet kan söka från Energimyndigheten. Landstinget beviljades stöd och fick därmed bättre förutsättningar att arbeta med energieffektivisering och har också tagit fram ett tjänstemannaförslag på en energi- och klimatstrategi som ett led i det arbetet. Under 2012 projektanställde fastighetsenheten en person som Projektledare Energieffektivisering-Beteende för 2012-2013 som finansierades av energieffektiviseringsstödet. Energieffektiviseringsstödets sista år var 2014 och projektet som sådant är avslutat, men de prioriterade åtgärder som tagits fram fortsätter vi att arbeta med i möjligaste mån.

7.2.3 Energianvändning Jämtlands läns landsting 2014

7.2.3.1 Mål

- **Energianvändningen ska minska med 1 % per år under fem år, från 2009** (mätt som kWh/m2, BRA-yta) från. Det innebär -5% till år 2014 jämfört med år 2009.

Nytt målvärde från 2011

I landstingsplan 2011-2013 ändrades målformuleringen kring energi. Istället för att fokusera på totalförbrukningen, så går vi över till ett mål relaterat till det fastighetsyta vi har. På så sätt får vi ett bättre mått på hur energieffektiva vi är på den yta vi behärskar.

Målet är att minska den totala energiförbrukningen mätt som kWh/m^2 BRA-yta där vi energiindexjusterar värdet. Vi ska minska energiförbrukningen med 1 % per år i 5 år utifrån 2009 års nivå.
Tidigare har det varit relativt enkelt att vid avyttring eller anförskaffning av fastigheter justera referensårets data utifrån detta för att jämföra enbart de fastigheter vi fortfarande förfogar över. Under 2012 avyttrades ett par väldigt energieffektiva fastigheter. Om vi då skulle räkna om värdet för referensåret utifrån det och justera målet mätt i kWh/m^2 så skulle det i praktiken innebära att vi efter 2012 skulle kunna öka energianvändningen istället för att fortsätta minska.
Fastighetsenheten gjorde bedömningen att det ändå kunde vara möjligt att nå målvärdet för 2014 på 212,2 kWh/m^2, vilket gjorde att vi höll fast vid det målet. Det motsvarar en minskning med 8,4% jämfört med 2009 om man även för referensåret räknar energiförbrukningen för de fastigheter vi fortfarande äger.

Anledningen till att vi nu från 2009 väljer att korrigera utifrån energiindex istället för graddagar beror på att energiindex även tar hänsyn till sol- och vindförhållanden m.m.

7.2.3.2 Total energiförbrukning – energiindexreglerad värmeenergi

Energitabell 1 – Total energiförbrukning med energiindexreglerat värde för värme

ÅR	Elanvändning MWh	Värmeenergi MWh *	Totalt energi MWh	m^2 BRA-yta	Total kWh/m^2	Skillnad i %	Andel el av tot
2009	**19 512**	**21 556**	**41 068**	**184 385**	**222,72**	**-**	47,5%
2010	19 238	22 352	41 590	185 385	225,56	1,27	46,3%
2011	18 752	20 603	39 355	182 913	215,15	-3,30%	47,6%
2012	18 261	19 468	37 728	182913 165173	211,83	-4,9%	48,4%
2013	17 402	18 160	35 562	165173	215,30	-3,3%	48,9%
2014	**16 927**	**18 275**	**35 202**	**165 173**	**213,12**	**-4,3%**	48,1%

* energiindexreglerat värde
Två ytor presenteras 2012 beroende på att fastigheten Torsta/Rösta avyttrades 2012-06-30.

7.2.3.3 Måluppfyllelse totala energianvändningen

Den totala energianvändningen per ytenhet i landstingets egna fastigheter, både el och värme, har sedan 2009 minskat med 4,3 % och målvärdet var -5%. Referensvärdet för 2009 har dock i den

jämförelsen inte räknats om baserat på nuvarande fastighetsinnehav, utan vi jämför nuvarande fastighetsbestånd med dåvarande fastighetsbestånd, vilket är en förklaring till att målet inte nås. Den totala energianvändningen omfattar även energi som används för att producera ånga till sterilcentral och kostavdelningen Östersund sjukhus, där har man nyligen arbetat för att ersätta centralt producerad ånga (med transportförluster) med lokalt installerad ångproduktion. Olja används för närvarande endast på Östersunds sjukhus som reservkraft och för att producera ånga och Reservoljepanna finns på Bäckedals Folkhögskola och Birka folkhögskola.

7.2.3.4 Total energiförbrukning och klimatpåverkan

Energitabell 2 – Total energiförbrukning

År	El MWh	Skillnad i % jmf 2009	Fjärr-värme MWh	Olja MWh	Pellets MWh	Totalt MWh	Skillnad i %	Totalt CO_2-utsläpp, kg	Skillnad i %
2003	22 092	--	21 055	1 547	-	44 694	--	1 960 948	--
2004	21 871	--	20 373	1 556	-	43 800	--	1 913 485	--
2005	21 491	--	19 733	1 225	-	42 449	--	1 776 425	--
2006	20 723	--	18 708	1 398	-	40 829	--	1 761 141	--
2007	20 601	--	18 451	1 361	164	40 577	--	1 752 926	--
2008	20 192	--	18 148	155	1615	40 110	--	1 367 210	--
2009	**19512**	**--**	**19217**	**83**	**1588**	**40 400**	**--**	**1425500**	**--**
2010	19238	-1,40%	21809	316	2439	43802	8,40%	1002680	8,40%
2011	18752	-3,90%	16 204	316	1925	37 197	-7,90%	767 330	-7,90%
2012	18260,9	-6,41%	17 103	171,84	2347,13	37 883	-6,23%	953 559	-33,11%
2013	17402,3	-10,81%	14 615	116,57	2259,82	34 394	-14,87%	806 544	-43,42%
2014	**16927,02**	**-13,25%**	**14 737**	**237,2**	**1473,51**	**33 374**	**-17,39%**	**654 457**	**-54,09%**

Fastigheterna Torsta och Rösta övergick från och med 2012-07-01 i annans ägo.

Det totala koldioxidutsläppet från energianvändningen har minskat med ca 54 % till år 2014 jämfört med 2009, vilket vi kan vara mycket stolta över.

Den totala energianvändningen har minskat med drygt 13 %, men det beror delvis på avyttring av fastigheter

Det emissionstal vi tidigare använd för beräkning av koldioxidutsläpp har varit för högt. Från 2012 beräknas utsläppen enligt ett nytt (mer korrekt) emissionstal, som erhålls från Svensk Fjärrvärme, som ger lägre totalt utsläpp kg CO_2.

Av den energi som landstinget använder, är i dagsläget 99,8 % från förnyelsebara energikällor.

Energitabell 3 – Energianvändning och klimatpåverkan per kvadratmeter

År	Totalt, MWh	Area m2	Nyckeltal kWh/m2	Skillnad i % jmf 2009	Nyckeltal kg CO2/m2	Skillnad i %
2003	44 694	198 088	226*	--	9,9	--
2004	43 800	197 927	221*	--	9,7	--
2005	42 449	190 836	223*	--	9,3	--
2006	40 829	187 695	220*	--	9,6	--
2007	40 577	183 764	221*	--	9,4	--
2008	40 110	184 854	217*	--	7,4	--
2009	**40 400**	**184385**	**219***	**--**	**7,6**	**--**
2010	43 802	184 385	237	8,20%	9,1	19,70%
2011	37 197	182 913	203	-7,30%	4,20	-44,8%
2012	37 883	182913 165173	217,18	-0,83%	4,40	-42,1%
2013	34 394	165 173	207,93	-5,05%	4,88	-35,7%
2014	**33 374**	**165 173**	**202,06**	**-7,74%**	**3,96**	**-47,9%**

* Torsta och Rösta övergick från och med 20120701 i annans ägo
** Nyckeltalet omfattar all energianvändning, även exempelvis energi till ångtillverkning.

Ovanstående tabell gäller endast Landstingets egna fastigheter eftersom det inte i dagsläget går att få fram uppgifter för de verksamheter/fastigheter där Landstinget hyr lokaler. Landstinget använder ”Bra Miljöval”-el i sina fastigheter och därmed bedöms elen inte bidra till något CO_2-utsläpp.

Här är siffrorna inte heller korrigerade utifrån graddagar eller energiindex.

Vi kan se att vi även räknat per m^2 har åstadkommit en rejäl minskning av koldioxidutsläppen, en minskning med 47,9%.

Att energianvändningen per kvadratmeter här är lägre än i energitabell 1 beror på att vi, förutom energieffektiviseringsåtgärder, även hade ett gynnsamt år vad gäller väderlek och behov av uppvärmning av fastigheterna. När man energiindexreglerar siffrorna räknar man bort väderaspekten och får ett värde som representerar den energieffektivitet man själv åstadkommer med fastigheterna.

7.2.3.5 Värmeenergi

Energitabell 4 – Värmeenergi och värmeindexreglerat värde för värmeenergin

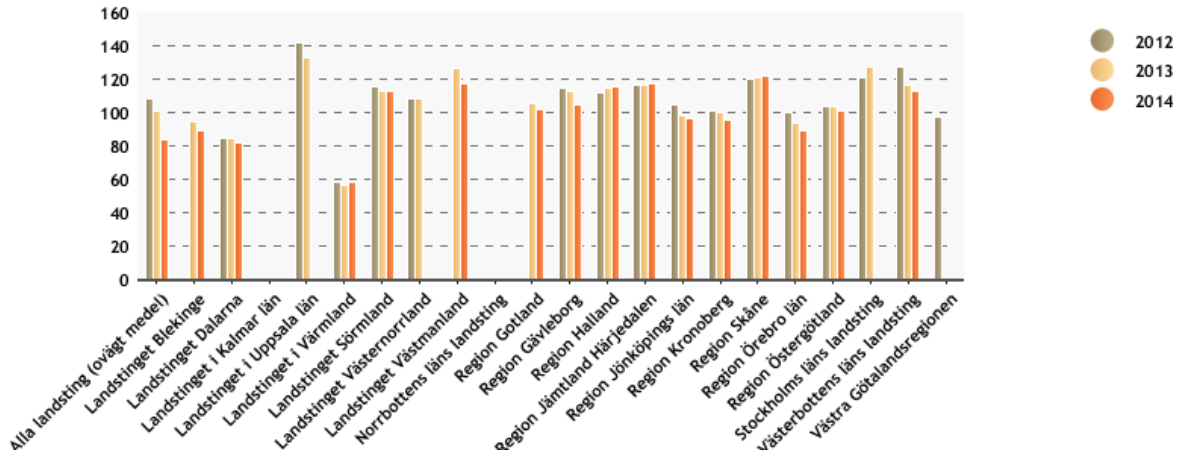
ÅR	Energi-index *	Total kWh/m^2	Energiindex-reglerat värde	Skillnad i %
2009	5903	114,75	116,9 kWh/m^2	-
2010	6709	134,5	121,31 kWh/m^2	3,70%
2011	5384	100,84	112,6	-3,60%
2012	6109	111,61	110,5	-5,5
2013	5706	102,87	109,94	-6,0%
2014	**5490**	**99,58**	**110,6**	**-5,4%**

* Energiindex tar hänsyn till väderförhållanden såsom solinstrålning och vind och gör att man bättre kan jämföra värden år från år även om det t.ex. varit en väldigt kall vinter ett år. Normalårsindex är 6100.

Med korrigering med energiindex så uppnås en minskning med 5,4 % jämfört med 2009.

Jämförelsetal

Det finns ingen jämförelse landsting och regioner emellan med energiindexreglerade värden. Däremot finns jämförelse med graddagskorrigerade värden, men då för köpt energi. Energi som egenproduceras i fastigheterna t.ex. med värmepumpar räknas då enbart med den energi som köps in för att driva pumparna. Det innebär att det inte blir ett mått på hur energieffektiv själva fastigheterna är.



Av de 15 landsting och regioner som hittills rapporterat in för 2014 hamnar Jämtlands läns landsting/Region Jämtland Härjedalen på 13 plats med 117 kWh/m^2. Medel är 101 kWh/m^2.

7.2.3.6 Elenergianvändningen

Energitabell 5 - Elanvändning

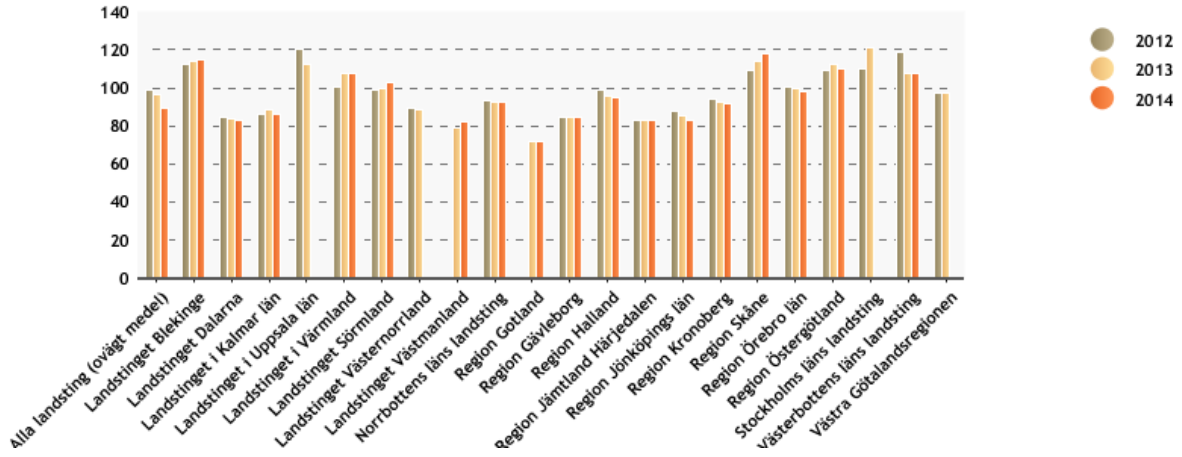
ÅR	Elanvändning MWh	Total kWh/m2	Skillnad i %
2009	19242	104,35	-
2010	18782	101,86	-2,40%
2011	18752	102,51	-1,70%
2012	18261	101,32	-3%
2013	17402,3	105,85	1,4%
2014	**16 927,0**	**102,48**	**-1,8%**

Resultat – elenergi:

Efter att 2013 sett en ökning av elenergianvändningen ser vi nu (2014) en minskning med 1,8 % jämfört med 2009. Jämfört med värmeenergi kan vi dock se att elanvändningen är vår största utmaning.

Istället för en central ångpanna på lasarettet, med överföringsförluster, installeras nu lokala, mindre elångpannor för sterilcentral, städcentral och centralköket.

Jämförelsetal



Av de 17 landsting och regioner som hittills rapporterat in värden för 2014 hamnar Jämtlands läns landsting/Region Jämtland Härjedalen på delad tredje plats i elenergiförbrukning per kvadratmeter för hela beståndet av ägda fastigheter.

Elenergiförbrukningen för 17 landsting var under 2014 mellan 73-118 kWh/m^2 med ett medelvärde på 95 kWh/m^2. Jämtlands läns landsting slutade på 83 kWh/ m^2

7.2.3.7 Energianvändning i hyrda fastigheter

I de fastigheter som landstinget hyr sker ingen årlig energiuppföljning. Med hjälp av schabloner har den specifika energianvändningen (el + värme) räknats fram. Schablonen har beräknats mycket grovt utifrån energianvändning per kvadratmeter i landstingsägda fastigheter och energianvändning i en hyrd hälsocentral. Schablonen har tidigare varit 300 kWh/m^2, men har nu justerats till 230 kWh/m^2.

År	Hyrd yta, LOA m^2	Specifik energianvändning (el + värme), MWh
2007	44 903	13 471
2008	44 380	13 314
2009	43 301	12 999
2010	43 949	13 185
2011	48 066	14 420
2012	50 951	11 719
2013	47 309	10 881
2014	**47 729**	**10 978**

LOA står för bruksarea för utrymmen inrättade för annat ändamål än boende eller sidofunktioner till boende eller för byggnadens drift eller allmänna utrymmen. BRA står för Bruksarea och omfattar i stort sett alla areor inom en byggnad med undantag för area under väggar mellan nyttjandeenheter, area under vägg mot utrymmen för drift m.m.
När vi räknar på egna fastigheter räknar vi därför med BRA för att få med all uppvärmd yta, medan vi för hyrda fastigheter räknar med LOA utifrån den yta vi hyr och nyttjar.
LOA=0,97*BRA.

Skillnaderna i hyrd yta mellan 2012 och 2011 består i huvudsak i att barn-kvinna området lämnade egna lokaler och blev externa hyresgäster med hela deras verksamhet för barn och unga vuxna.
En annan skillnad är att externt hyrda lokaler för den verksamhet som övergick till Regionförbundet övergick till den organisationen under 2012 (Folkets Hus (OSD), Designcentrum, Älggården).

På gång

Efter den varma sommaren 2014 påbörjades utbyggnad av komfortkyla på höghuset på Östersunds sjukhus. Vad det kommer att innebära i energianvändning är ännu oklart.

Fastighetsenheten har kommit på och med goda resultat testat en metod att bygga om ventilationsaggregaten för både ökad redundans och minskad energianvändning. Metoden har blivit nationellt känd som ”Östersundskopplingen”.

7.2.4 Kemikaliehanteringssystem

I jämförelse med andra landsting använder Region Jämtland Härjedalen gissningsvis ca 2000 kemiska produkter.

Det finns lagkrav inom miljö- och arbetsmiljöområdet att på varje arbetsplats:

- förteckna märkningspliktiga kemikalier
- uppdatera förteckningen minst årligen
- ha aktuella säkerhetsdatablad för respektive kemikalie
- göra riskbedömningar av kemikalierna
- byta ut skadliga kemikalier mot mindre skadliga där så är möjligt

Hittills har allt detta arbete skett manuellt och på respektive enhet, vilket medför att vi inte har en samlad överblick över kemikalieanvändningen och får svårt att arbeta med strukturerat utbyte av kemikalier. Beslut fattades därför att upphandla ett kemikaliehanteringssystem för att underlätta kemikaliearbetet på alla nivåer. Upphandlingen skedde under 2014 och systemet kommer att implementeras under 2015.

Mål för 2014 var att upphandla och implementera ett kemikaliehanteringssystem. Upphandlingen gjordes under året och implementeringen påbörjades.

7.2.5 Livsmedel

Att köpa in ekologiska livsmedel är ett sätt att bidra till minskad användning och spridning av giftiga bekämpningsmedel och antibiotika i djurhållning m.m.. Det har även betydelse för biologisk mångfald, djurhållning, ett rikt odlingslandskap, grundvatten med mera. En större efterfrågan på ekologiskt odlade produkter påverkar produktionen av både lokalt odlade och importerade livsmedel. Det har även en positiv påverkan på arbetsmiljön i produktionen.

7.2.5.1 Mål

– Andelen ekologiska livsmedel av de totala livsmedelsinköpen är minst 20 % till slutet av 2014.

– Andelen rättvisemärkta livsmedel av totala livsmedelsinköpen ska vara 4 % till 2014.

Landstingets mål formulerades ursprungligen i linje med det beslut som regeringen tog 2006 om ett inriktningsmål för ekologiska livsmedel i offentlig sektor på 25 % till år 2010. Då kostnaden för ekologiska livsmedel i många fall är ca 30% högre än för konventionellt framställda livsmedel krockade målet med de ekonomiska ramarna och sänktes därför till 20% för år 2011 och samma värde gäller sedan dess till och med 2014.

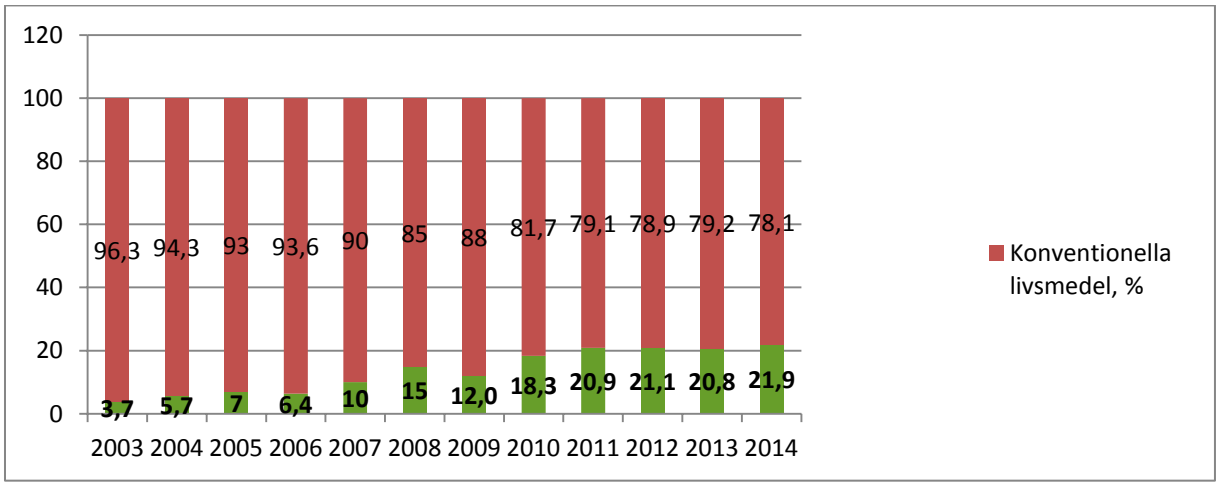
7.2.5.2 Måluppfyllelse

Då folkhögskolorna övergick till regionförbundet och naturbruksgymnasiet till gymnasieförbundet hade landstinget från 2012 fram till och med 2014 bara kvar ett produktionskök. I inköpt volym ingår livsmedel till kostenheten på sjukhuset samt landstingskaffet. Allt kaffe som köps in till kaffeautomater etc. är både ekologiskt och rättvisemärkt. Under hösten 2014 beslutades att all personal skulle erbjudas gratis kaffe under arbetstid. Det innebär att många fler enheter börjat beställa kaffet internt från förrådet, vilket ökar utfallet för kaffe och påverkar det procentuella resultatet i positiv riktning.

Kök	Andel Ekologiskt, %	Andel soc/ etiskt, %
Sjukhuset	20,1 %	5,3 %
Kaffe	100,0%	100,0%
Totalt:	**21,9 %**	**7,4 %**

Både målet om ekologiska livsmedel samt om socialt-etiskt märkta livsmedel uppnås.

Utveckling andel ekologiska livsmedel



7.2.5.3 Jämförelsetal

Under 2013 nådde 13 av 21 landsting upp till det nationella målet 25 procent ekologiska livsmedel, och 16 landsting rapporterar en ökning av den ekologiska andelen jämfört med 2012. Framgångsfaktorer för en ökad andel ekologiskt är bland annat politisk vilja, tydliga krav vid upphandling och god kunskap om ekologisk mat.

Landsting och kommuner ställer i ökad utsträckning krav på ekologiskt producerade livsmedel vid upphandling. Det inköpsviktade landsgenomsnittet ökade 2013 till 28 procent i jämförelse med 23 procent 2012. Västernorrland stod för den största ökningen av landsting och regioner under 2013 och gick från 5 till 17 procent tack vare ett nytt avtal där utvalda produkter enbart köps ekologiskt.

Kronobergs läns landsting har med 45 procent den högsta andelen ekologiska livsmedel bland landsting och regioner, tätt följd av Uppsala läns landsting med 39 procent samt Örebro och Blekinge med 38 procent. Spridningen mellan landstingen är dock stor.

Jämtlands läns landsting hamnar på en föga hedrande 17:e plats.

7.3 Transporter och resor

Länets storlek gör att det krävs många transporter av varor och persontransporter. Transportfunktionen på Hjälpmedels och MA enheten distribuerar varor från förrådet i Östersund ut till länets hälsocentraler och tandvårdskliniker. Returtransporterna tar med sig källsorterat avfall tillbaka till Östersund. Transport kör också post- och provturer i länet. Fyra stycken turer levererar post ut i länet och tar med blod- och urinprover till Östersund för analys. En postbil kör turer i Östersundsområdet. Transportfunktionens totala körsträcka för transporter och postturer uppgick 2014 till 70 294 mil.

Övriga transporter som utfördes i landstingets regi är persontransporter med ambulans och vissa sjuktransporter (AMBUSS). Övriga sjuktransporter är upphandlade och sker genom BC Jämtland AB. Distriktssköterskor i primärvården gör även hembesök hos patienter ute i länet. Ambulanssjukvården är uppdelad i tre geografiska områden; norr, mitt och syd. Den totala körsträckan med ambulans under 2014 uppgick till 144 000 mil. Regionen har också en ambulansbuss (AMBUSS) med dagliga resor mellan Östersund och Norrlands Universitetssjukhus i Umeå. Bussen är en komplett utrustad ambulans med plats för elva patienter plus personal och den avverkar ca 18 000 mil per år. Ambulanshelikoptern utförde 734 uppdrag med en flygtid på 871,7 timmar. Med ett koldioxidutsläpp på i genomsnitt 870 kg per timme ger det ett utsläpp på ca 758 ton koldioxid.

Tjänsteresor inom landstinget bedrivs med antingen egna eller leasade bilar, tillfälligt inhyrda bilar eller med egen privat bil. Landstinget förfogade 2014 över totalt 43 egna och 73 långtidsleasade bilar. Av dessa drivs 85 med diesel, 1 med biogas, 1 med bensin/etanol och resterande med bensin. Den största delen av alla resor och transporter, 47 %, görs med bil och transportfordon.

De resor och transporter som utfördes i landstingets regi 2014 uppgick till 836 849 mil, vilket blir ca 209 varv runt jorden. De totala utsläppen av koldioxid från landstingets tjänsteresor och transporter var under året 1 439 ton.

7.3.1 Koldioxidutsläpp från tjänsteresor och transporter

7.3.1.1 Mål

- Koldioxidutsläppen från landstingsanställdas tjänsteresor och transporter ska minska med 10 % jämfört med år 2010

Under 2013 minskade de totala koldioxidutsläppen från tjänsteresor och transporter med 214 ton, eller 13,5 % jämfört med målet på -6%. Med den positiva trenden sattes målet för 2014 i paritet med det resultatet.

Från 2009 och framåt har vi sett en kraftig minskning av resandet räknat i antalet mil.
Största orsaken till minskningen beror delvis på ekonomiska orsaker, men även med en utveckling av resfria alternativ framför allt inom telemedicin.
År 2012 överfördes vissa verksamheter till regionförbundet respektive gymnasieförbundet vilket också har inverkan på minskningen för 2012.

7.3.1.2 Måluppfyllelse

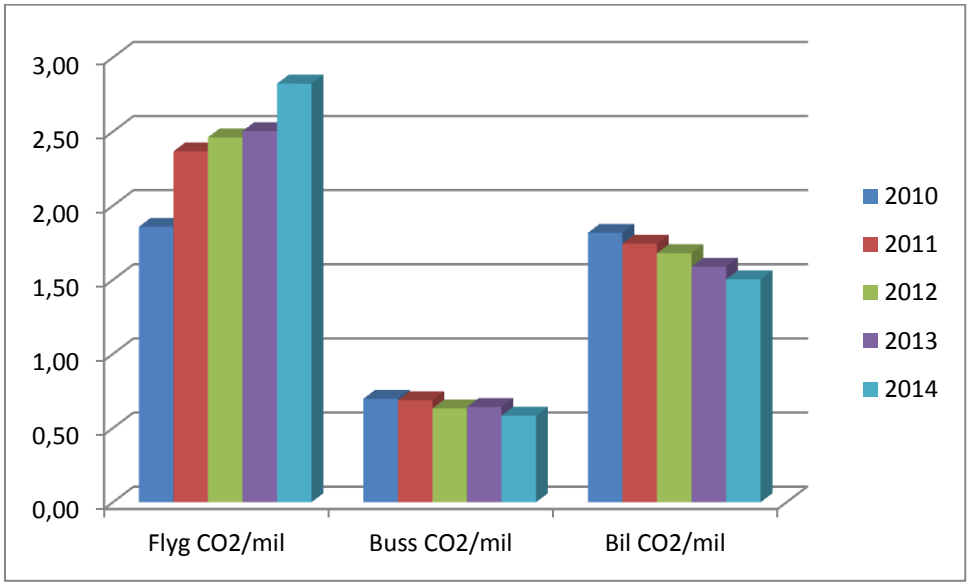
	Flyg		Tåg	Buss		Bil & transportfordon		Totalt			
År	mil	kg CO_2	mil	mil	kg CO_2	mil	kg CO_2	Resta mil	kg CO_2	+/- i %	kg CO_2/ mil
2005	308 117	467 508	68 049	23 121	16 185	640 449	1 240 285	**1 039 736**	**1 723 978**	-	1,66
2006	356 812	569 000	95 663	23 142	16 199	653 749	1 226 000	**1 129 366**	**1 811 199**	-	1,60
2007	336 359	511 266	116 635	19 408	13 586	649 773	1 194 633	**1 122 175**	**1 719 485**	-	1,53
2008	386 443	587 017	146 889	29 251	18 307	604 715	1 125 441	**1 167 298**	**1 730 765**	-	1,48
2009	271 927	462 308	208 504	20 647	14 034	593 272	1 114 925	**1 094 350**	**1 591 267**	-	1,45
2010	239 830	445 522	168 953	18 599	12 982	594 356	1 095 105	**1 021 738**	**1 553 609**	-	1,52
2011	188 197	445 346	101 276	28 749	19 790	655 593	1 138 199	**973 815**	**1 603 335**	3,2%	1,65
2012	243 605	604 771	96 831	16 931	10 713	463 061	778 111	820 428	1 393 595	-10,3%	1,70
2013	268 144	671 316	100 720	12 807	8 223	418 907	665 552	800 579	1 345 416	-13,4%	1,68
2014	**298 319**	**842 329**	**134842,3**	**11 216**	**6 552**	**392472,2**	**590 023**	**836 849**	**1 438 904**	**-7,4%**	**1,72**

Vi kan konstatera att vi inte når ända fram. Vi reser mer räknat i antalet mil än de senaste två åren och orsakar också mer koldioxidutsläpp från vårt resande än de senaste två åren.

När vi tittar på jämförelsetalet kg CO_2 per rest mil, så ser vi tyvärr att våra val av transportsätt och fordonsslag försämrats miljömässigt från 2009 och framåt. Vi har gått från 1,66 kg CO_2 per mil 2005 till 1,45 år 2009 och sen upp till 1,72 kg CO_2 per mil 2014.

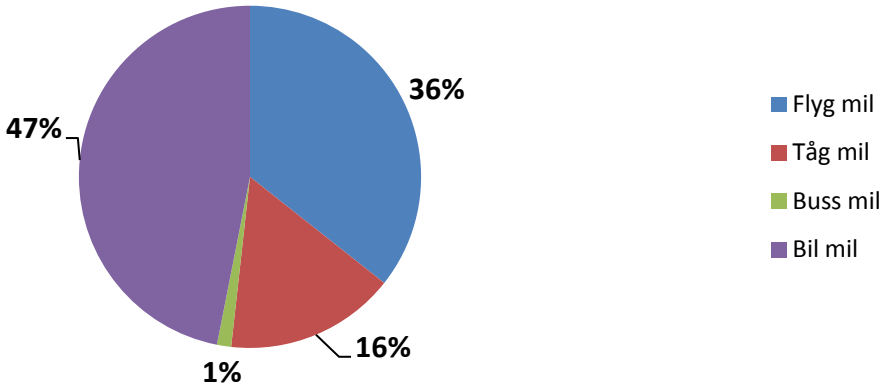
Jämfört med 2013 har antalet mil ökat med 4,5% men koldioxidutsläppen har ökat med nästan 7%. Där kan det finnas ett samband med ökad andel flyg till Bromma istället för Arlanda, då de flygplan som flyger till Bromma från Östersund släpper ut i genomsnitt 37 kg mer CO_2 per enkelresa än de plan som går till Arlanda.

Koldioxidutsläpp per rest mil med flyg, buss, bil



Flyget är det enda transportsätt vi använder som vi ser en ökning av koldioxidutsläppen per rest mil. Största utsläppen för flyg sker vid start och landning, varför kortare resor (inrikes) ger högre utsläpp per rest mil än längre resor. Sedan 2009 har vi sett en nedåtgående trend för tågresor. För 2014 ökade tågresandet något, men långt ifrån lika mycket som flygresandet ökade.

Andel i mil med olika transportsätt



Andelen mil vi reser med tåg idag är 16 % jämfört med 7 % 2005, men det är ändå betydligt mindre än år 2009 då andelen tåg var 19 %. En delförklaring kan vara att avgångs- och ankomsttider försämrades under en period för nattågstrafiken till Stockholm-Göteborg. Tågresandets andel av totalen har ökat något 2014 jämfört med 2013.

Regionen arbetar med distansoberoende teknik dels inom vården, s.k. telemedicin, men har även börjar ersätta resor till möten och seminarier med distansmöten via telefon, webmöten och videokonferenser.

7.3.1.3 Jämförelsetal

För nya bilar som kom ut på marknaden 2009 låg koldioxidutsläppen på i genomsnitt 1,65 kg/mil[1]. För nya bilar 2014 är genomsnittsutsläppen 1,31 kg/mil, så bara genom att byta till nyare bilar (med lägre utsläpp) kan man minska klimatpåverkan.

Tågresor räknar man med att det i princip ger nollutsläpp vad gäller koldioxid. Flygresor orsakar ca 1,0–2,5 kg/mil, en buss 0,4–0,8 kg/mil[2].

Statliga myndigheter och en del andra organisationer redovisar oftast utsläpp av koldioxid per årsarbetskraft. Då Jämtlands läns landsting har ca 3650 anställda och 3090 årsarbetskrafter blir vårt jämförelsetal där 466 kg CO_2 per årsarbetskraft räknat på tjänsteresor och transporter jämfört med 457 kg CO_2 per årsarbetskraft 2013 och 439 kg CO_2 per årsarbetskraft år 2012. För år 2010-2011 beräknades jämförelsetalet per anställd och år och var då 403 kg 2010 och 336 kg 2011.

Eftersom olika myndigheters och landstings uppdrag och organisation ser så olika ut bör man dock inte göra en jämförelse med andra organisationer när det gäller CO_2 per årsarbetskraft utan värdet bör endast användas för årsvis jämförelse med de egna resultaten.

Nyckeltal 2005: 0,32 kg CO_2/arbetad timme
Nyckeltal 2006: 0,34 kg CO_2/arbetad timme
Nyckeltal 2007: 0,33 kg CO_2/arbetad timme
Nyckeltal 2008: 0,31 kg CO_2/arbetad timme
Nyckeltal 2009: 0,28 kg CO_2/arbetad timme
Nyckeltal 2010: 0,20 kg CO_2/arbetad timme
Nyckeltal 2011: 0,25 kg CO_2/arbetad timme
Nyckeltal 2012: 0,25 kg CO_2/arbetad timme
Nyckeltal 2013: 0,26 kg CO_2/arbetad timme
Nyckeltal 2014: 0,26 kg CO_2/arbetad timme

8 ÖVRIG MILJÖPRESTANDA

Inför landstingets certifiering av miljöledningssystemet gjordes en utredning av på vilka sätt landstingets olika verksamheter och fastigheter påverkar miljön, s.k. miljöaspekter. Varje år uppdateras miljöaspektsförteckningen och de miljöaspekter som anses ha störst påverkan benämns betydande miljöaspekter.

För att kunna följa upp landstingets påverkan på miljön finns olika nyckeltal framtagna för vilka vi årligen samlar in data oavsett om de är målsatta eller inte.

[1] Källa: Pressmeddelande från Transportstyrelsen och Vägverket, 30 mars 2009.
[2] Källa: EU-kommissionen, kampanjsidan ”Climate change” (http://ec.europa.eu/environment/climat/home_en.htm)

Delar av uppgifterna krävs i enlighet med fastställt kontrollprogram för Östersunds sjukhus.

Här nedan följer en sammanställning av den statistiken.

En parameter som ibland används som referens är arbetade timmar.

Antal arbetade timmar i landstinget

2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
5 525 902	5 616 097	5 275 979	5 222 902	5 424 416	5 589 513	5 298 099	5 438 531

8.1 Utsläpp av avloppsvatten

För avloppsvatten i anslutningspunkter till kommunens spillvattennät, punkten Köpmangatan, gäller följande parametrar med riktvärden*.
Utsläppen till avloppet är kopplat till av Östersunds kommun fastställt kontrollprogram.

Provtagningar på sjukhusets avloppsvatten sker vartannat år.

**Riktvärde får överskridas om företaget/organisationen under tiden vidtar åtgärder som skall leda till att sänka utsläppen.*

	Riktvärden	2004	2006	2008	2010	2012	2014
Kvicksilver	0,0005 mg/l	0,0000832	0,000111	0,000135	0,00021	0,0000919	0,0000975
Kadmium	0,0005 mg/l	0,0000558	0,000122	0,000099	0,000076	0,00014	0,0000539
Formaldehyd	10 mg/l	<0,50	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,050
pH	6,5-10	6,5	7	7,4	7,2	Ej analyserat	7,4
Temperatur	<45 ·C	17	19 -38	17	16	Ej mätt hela provtagningsdygnet	Kunde ej mätas

Tidigare har utsläpp av silver från mammografin och specialisttandvården från analog röntgenutrustning gått genom en jonbytare för att avskilja silvret. Halterna av silver har konstant varit på nivåer långt under riktvärdet. Då röntgenverksamheten nu är helt digitaliserad har jonbytaranläggningen skrotats i början av 2012.

8.2 Utsläpp till luft

Landstingets verksamhet orsakar både direkta och indirekta utsläpp av växthusgaser. De mer direkta utsläppen kommer från tjänsteresor och transporter, energianvändning, lustgasanvändning samt köldmedieanvändning.

Vid förbränning bildas även andra ämnen som har negativ effekt främst på människors hälsa i tätorter där det sammantaget kan bli höga halter av fordonstrafikens utsläpp.

Koldioxidutsläpp från tjänsteresor och transporter samt energianvändningen återfinns under avsnitten om måluppfyllelse ovan. Övriga utsläpp redovisas nedan.

8.2.1 Lustgasanvändning

Lustgas är en kraftig växthusgas som är ca 310 gånger starkare som växthusgas än koldioxid.

Lustgas passerar kroppen utan att påverkas i sig, så om man inte omhändertar lustgasen så släpps den ut med utandningsluften. I snitt går det åt nästan 1 kilo lustgas per förlossning (lustgas används dock inte vid alla förlossningar, t.ex. inte vid planerade kejsarsnitt).

För att jämföra olika växthusgaser brukar man räkna om det till motsvarande mängd koldioxid, s.k. koldioxidekvivalenter. Omräkningsfaktor var 300 t.o.m. 2008, från 2009 korrigerad till 310.

År	kg lustgas	omräkningsfaktor	kg CO_2-ekv	Antal förlossningar
2005		300	333 000	
2006		300	327 000	
2007		300	330 000	
2008		300	530 175	1282
2009	1155	310	358 050	1313
2010	1335	310	413 850	ca 1300
2011	1427,84	310	442 630	1298
2012	1293,59	310	401 011	1271
2013	1323,75	310	410 363	
2014	1469	310	455 390	1350

Den 1 oktober 2014 bytte landstinget gasleverantör och i samband med det byttes alla behållare ut oavsett om de var tomma eller inte, vilket medför en högre siffra 2014 då vi mäter inköpt lustgas. Hela mängden har alltså inte i detta fall avgått till luften.

Den höga siffran 2008 är troligen ett registreringsfel och den verkliga mängden lustgas som användes var troligen någonstans mellan 2007 och 2009 års nivå. Genomgång av slangar för lustgas har genomförts för att minimera läckage och läcksökning sker regelbundet, men vi har ingen återsugsfunktion eller omhändertagande av lustgas installerat.

Lustgas kan även bli ett arbetsmiljöproblem i vissa fall. Lustgas kan vara skadligt för den som exponeras för den under en längre tid. Den kan därför bli ett problem för personal som utsätts ofta och länge. Personalen kan bland annat drabbas av illamående, huvudvärk, domningar, minskad känsel, brist på vitamin B12, minskad fruktbarhet, ökad risk för missfall och problem med balansen. Mätningar på förlossningsavdelningen på sjukhuset visar på halter under gällande gränsvärden.

8.2.2 Beräkning av landstingets utsläpp av 4 luftföroreningar

Bland de nationella miljömålen återfinns målen om Begränsad klimatpåverkan och Frisk luft. När det gäller frisk luft finns tre ämnen utpekade i EMAS-förordningen som man särskilt ska följa, kväveoxider (NO_X), svaveldioxid (SO_2) och partiklar (PM). Det är föroreningar som framför allt ställer till problem i tätorter ur hälsomässigt perspektiv.

De mål som finns formulerade nationellt är relaterade till kubikmeter luft och luftkvalitetsmätningar sker normalt i stationära mätstationer. Landstinget har ingen sådan mätning, men redovisar här en beräkning av vilka mängder vi totalt bidrar med från vår fordonstrafik. Vi redovisar även en beräknad halt av kolväten, en annan luftförorening.

Beräkning av landstingets totala utsläpp av 4 luftföroreningar från buss- och biltrafik 2014

Viktat medel 2012[3]	Km 2014	CO g/km	CO kg	HC g/km	HC kg	NOx g/km	NOx kg	PM g/km	PM kg	SO_2 g/km	SO_2 kg
Personbil*	607 286	2,22	1 348,2	0,44	267,2	0,32	194,3	0,0089	5,4	0,0009	0,5
Personbil bensin	308 681	3,33	1 027,9	0,66	203,7	0,31	95,7	0,0024	0,7	0,0012	0,4
Personbil diesel	2 787 962	0,23	641,2	0,04	111,5	0,42	1 170,9	0,0235	65,5	0,0002	0,6
Personbil E85/Bensin	1 332	1,94	2,6	0,44	0,6	0,12	0,2	0,0024	0,0	0,0009	0,0
Personbil gas/bensin **	12 686	1,06	13,4	0,12	1,5	0,08	1,0	0,0024	0,0	0,0012	0,0
Personbil elhybrid			0,0		0,0		0,0		0,0		0,0
Landsvägs-buss***	75 033	1,44	108,0	0,19	14,3	5,33	399,9	0,0874	6,6	0,0009	0,1
Totalt:	**3 792 979**		**3 141,4**		**598,8**		**1 862,1**		**78,3**		**1,6**

* Här återfinns de privatbilar som används i tjänsten, då vi inte kan se vilket bränsle man kör på i dessa bilar.
** I dagsläget finns inga data för kallstartsutsläpp för bifuel bilar (gas/bensin) i HBEFA. Vid beräkning av emissionsfaktorer för dessa fordon har därför utsläpp från kallstarter uppskattats vara en lika stor del av de totala utsläppen som för bensinbilar.

[3] Beräkningsmodell hämtad ur Trafikverkets "Handbok för vägtrafikens luftföroreningar" 2014-04-30, Bilaga 6.1 Emissionsfaktorer.

*** Observera att det är g/km som en buss orsakar. På en buss är det normalt flera passagerare, så det blir betydligt mindre om man ska räkna på personkilometer.

Våra lastbilar redovisas inte för sig, utan ingår i dieselberäkningen för personbilar.

Koldioxid, CO_2, beräknas separat eftersom vi där har kunnat ta hänsyn till bilparkens ålder i Jämtlands län respektive landstingets leasingbilar.

Förs samtliga parametrar har vi lägre värden än föregående år.

8.2.3 Köldmedia

Köldmedier används bl a i kylar, frysar, värmepumpar och luftkonditioneringsanläggningar. En del köldmedier innehåller ämnen som är skadliga mot ozonskiktet och bidrar till ökad växthuseffekt om de släpps ut i luften.

HCFC är ozonnedbrytande och påverkar dessutom klimatet genom att även vara växthusgaser, medan HFC (fluorkolväten) "bara" är växthusgaser. HCFC får bara användas i befintliga anläggningar, så de håller på att fasas ut.
Flera köldmedier är också kraftfulla växthusgaser, 1 kg HFC (i detta fall R134a) motsvarar 1 300 kg CO_2.

Köldmedia, kg	2008	2008	2009	2010	2011	2012	2013	**2014**
HCFC installerat	3	-	3	3	3	3	3	**0**
HCFC påfyllt	-	-		0	0	0	0	**0**
HCFC omhändertaget	-	-		0	0	0	0	**0**
HFC installerat	858,3	973,1	921,2	979,2	1233,7	1148	1139	**1159**
HFC påfyllt	46	56,5	115,4	33,4	27,9	25,5	201	**41,1**
HFC omhändertaget		0	36	9,5	50,2	4	10,1	**8,3**

Fastigheten för Torsta har avyttrades under 2012 och ansvaret för köldmedieanläggningen där (53,6 kg HFC) har övergått till nya ägaren.

Utsläpp 2014			
Köldmedietyp	**kg**	**CO2-faktor**	**kg CO2-ekv**
R134a		1300	0
R407C	16	1600	25 600
R410A	6	1900	11 400
R404A	8,3	3260	27 058
Summa:	**30,3**		**64 058**

Utsläppen är beräknade utifrån att påfyllnad skett utan att det handlar om nyinstallation eller ändrad fyllnadsmängd.

Utsläppen av köldmedia motsvarar 64 058 kg koldioxid vad gäller klimatpåverkan.

8.2.4 Klimatpåverkan – koldioxidekvivalenter –summering

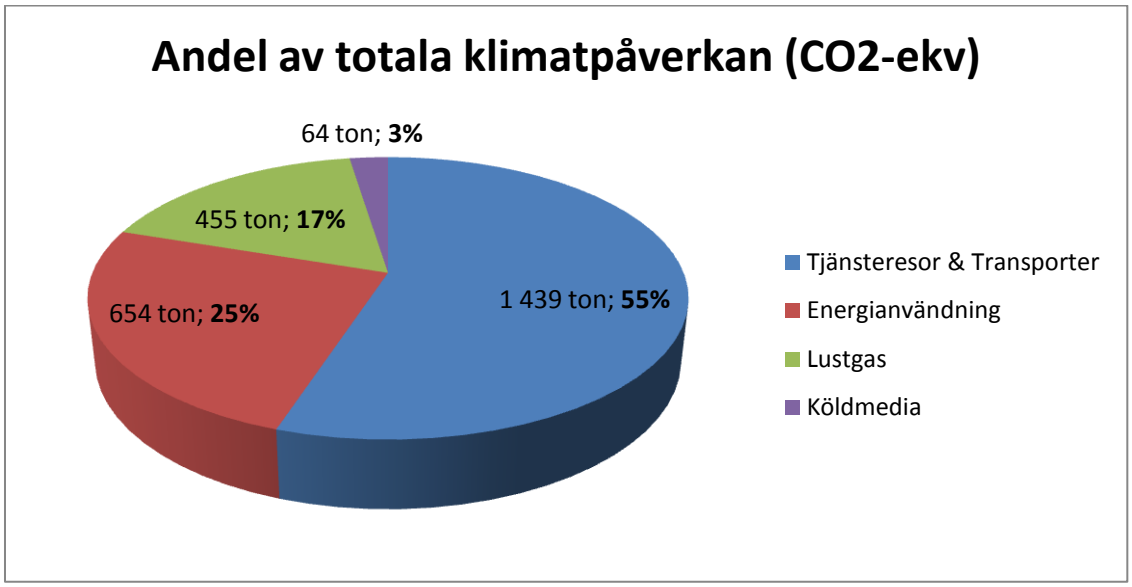
Sammanfattande tabell av utsläpp till luft i ton koldioxidekvivalenter

Utsläppstyp	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**
Energianvändning	1761,1	1752,9	1367,2	1407,7	1 678,8	767	954	807	654
Tjänsteresor & Transporter	1 811	1 719	1 731	1 591	1 553,6	1603	1394	1378	1439
Lustgasanvändning	327	330	530	358	413,9	442,6	401	410	455
Jordbruk & djur				244	261	6,1	0		
Köldmedia [4]					31,07	36	33,15	362	64
Summa (ton) CO_2/CO_2-ekv.):	3 899	3 802	3 628	3 601	3 938,6	2856	2782	2957	2613

Landstingets direkta utsläpp av växthusgaser är alltså motsvarande 2613 ton koldioxid, eller 2 612 809 kg vilket är de lägsta utsläppen vi haft. Vi har minskat koldioxidutsläppen inom energiområdet och har där mer än halverat utsläppen jämfört med 2009. Efter en lång trend av minskande utsläpp från resor och transporter har vi dock 2014 högre utsläpp än de senaste två åren.

Jordbruk och djur utgår då verksamheten förts över till annan huvudman. Ett större läckage av köldmedia medförde att våra totala utsläpp för 2013 blev högre än de två föregående åren.

[4] Baserat på Naturvårdsverkets tabell över vilken växthuseffekt olika köldmedier har jämfört med koldioxid.



Landstingets klimatgasutsläpp under 2014 motsvarar den koldioxid som kan tas upp av ca 396 ha skog, vilket motsvarar ca 16 % av länets produktiva skogsmark.[5]

Ett par landsting/regioner har arbetat med beräkningar av klimatpåverkan från förbrukningsmaterial och livsmedel och visar på att det har en stor andel av klimatpåverkan från landstingsverksamhet. Vårt landsting har inte gjort sådana beräkningar, därför är inte de områdena med i denna sammanställning.

8.3 Vattenanvändning

Landstingsägda fastigheter

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Vattenförbrukning, m^3	121 005	124 226	129 495	111 068	102 705	102 857	94 016	97 834

Vatten är väldigt viktigt i hygieniska sammanhang, i livsmedelshanteringen, för fordonstvätt m.m. och landstinget har även bassänger som omsätter en hel del vatten.
Från 2012 har flera verksamheter övergått till annan huvudman från halvårsskiftet, vilket förklarar att vi efter 2012 har lägre förbrukning.

[5] Beräknat på följande: Ett träd absorberar ca 12 kg CO2/år, det är ca 500-600 träd/ha skog och i Jämtlands län fanns 2008-2012 ca 2535 ha produktiv skogsmark (Källa: Skogsstyrelsen)

8.4 Förbrukningsvaror

Inom både sjukvård, laboratorieverksamhet och undervisning används en mängd olika kemikalier. De kemikalier vi använder oss mest av följer vi förbrukningen av via uppgifter från förrådet, hur mycket som rekvirerats därifrån under året.

8.4.1 Förbrukning av vissa kemikalier m.m.

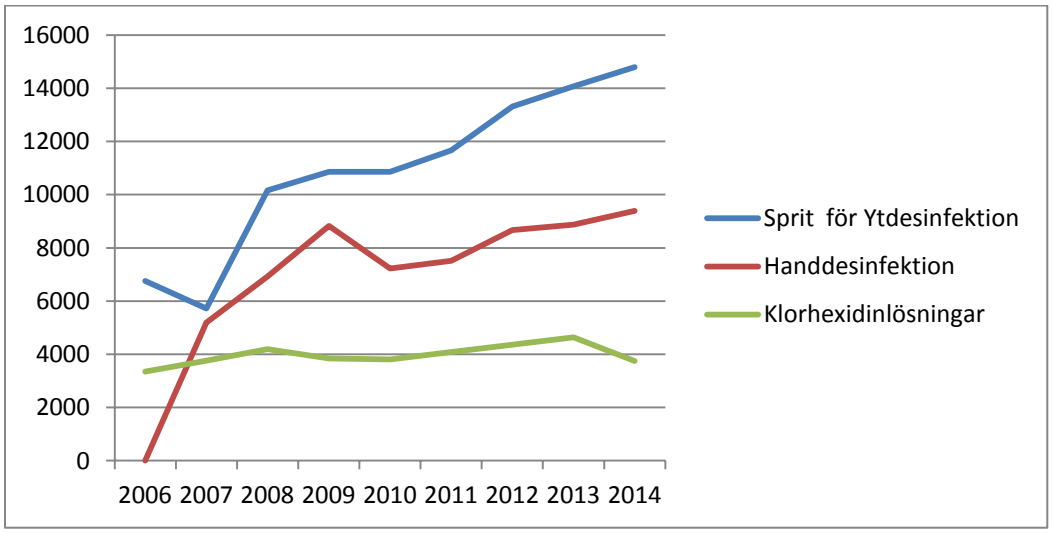
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	**2014**	**Skillnad +/- % jmf 2010**
Röntgenfilm, m^2	Primärvården	75,1	0	0	0	0	0	0	-
	Specialistvården	-	0	0	0	0	0	0	-
Sprit för ytdesinfektion, liter	Primärvården	981	903,0	859	948	1202	1211	1383	+61 %
	Specialistvården	6748	8138	7493	7999	8867	9516	9748	+30%
	Tandvården	2436	1811	2501	2713	3245	3344	3662	+46%
Hand-desinfektion, liter	Primärvården	597	1005	660	750	1056	1027	1180	+79%
	Specialistvården	5967	7262	6081	6282	6912	7229	7582	+25%
	Tandvården	365	554	484	485	701	615	628	+30%
Klorhexidin-lösningar*	Primärvården	196	126	127		-	199,5	156	+23%
	Specialistvården	3974	3713	3667		-	4415	3583	-2%
	Tandvården	20	8	9		-	20,73	8	-11%

* Apoteket Farmaci har inte kunnat lämna uppgift om mängder klorhexidinlösningar för vare sig 2011 eller 2012.

Digitaliseringen av röntgen har nu slagit igenom på allvar och det har inte skett någon nyanskaffning av röntgenfilm på flera år.

Sjukhuset och Remonthagen använde 9 748 liter ytdesinfektion för att rengöra britsar och andra hårdgjorda ytor efter patienter. Primärvården använde 1 383 liter ytdesinfektion. Folktandvården använde 3 662 liter.

Innehållet i ytdesinfektionsmedlen består av olika sorters alkoholer såsom etanol, isopropanol och n-propanol.



Vi kan konstatera att användningen av desinfektionsmedel ökar.

8.5 Upphandling och inköp

De varor som köps in varierar allt från sjukvårdsartiklar, medicinteknisk utrustning och läkemedel till byggnadsmaterial, kontorsmaterial och livsmedel.

Upphandlingsenheten (som återfinns i Ekonomistaben) genomför upphandlingar och skriver avtal med olika leverantörer för större delen av de varor och tjänster landstinget har behov av. Alla varor och tjänster som köps måste upphandlas i konkurrens. De regler som gäller finns i Lagen om offentlig upphandling (LOU) och bygger på de krav som gäller inom hela EU.

Av landstingets upphandlingspolicy framgår att, förutom att följa Lagen om offentlig upphandling, LOU, ska upphandling ske med hänsyn tagen till ekonomi, funktion, kvalitet, patient- och personalsäkerhet, miljö, sociala hänsyn och diskriminering.

8.6 Sanering av PCB

Landstinget har inventerat och sanerat PCB[6] i sina fastigheter. År 2009-2011 sanerades PCB-haltig mjukfog i höghuset på lasarettet. I samband med saneringen byttes alla fönster som en energisparande åtgärd också. Totalt sanerades 2,7 kilometer fog och hela arbetet slutfördes under 2011. Sammantaget skickades 896 ton PCB-haltigt avfall (>500 mg PCB/kg) för

[6] PCB-produkter (PCB – polyklorerade bifenyler) är tillverkade kemikalier i form av vätskor/vaxartade ämnen som är mycket svårnedbrytbara och svårantändliga. De är kroniskt giftiga för människor och djur. PCB-produkterna har hormonstörande inverkan och kan störa utveckling och immunförsvar. Detta i kombination med att de kan anrikas i livsmedel som fet fisk, kött, mjölk och ägg, gör att de finns med i EU-regler och internationella överenskommelser med syfte att förhindra att de kommer ut i miljön.

omhändertagande och totalt skickades 31 500 kg avfall som farligt avfall p.g.a. PCB-innehåll, då ingår både fönster och fog.

Sanering har även genomförts på en fastighet i Göviken under 2012 där 483 meter fönsterfog som ger cirka 50 kg PCB-haltigt material har sanerats. På Bäckedals Folkhögskola och Remonthagen har provtagningar visat att det inte finns PCB-haltig fog i fastigheterna. Undersökningar av de platser där det kan misstänkas finnas PCB har undersökts och där PCB konstaterats har sanering genomförts.

8.7 Provtagning av läkemedelsrester

År 2007, 2009 och 2011 tog landstinget prover på avloppsvatten, vatten i Storsjön och slam som analyserats på innehåll av läkemedelsrester. Läkemedelsrester hamnar i avloppsvattnet främst efter att ha passerat genom kroppen, men även till viss del genom att obetänksamma personer häller ut rester i avloppet.

Inom landstinget samlas alla överblivna läkemedel in och skickas för destruktion. Halterna vid provtagningen är väldigt låga, så bedömningen i dagsläget är att det inte ska ha någon betydande påverkan på miljö eller organismer, men mycket forskning pågår inom området. Vi följer utvecklingen inom området och medverkar i landstingens nätverk för läkemedel och miljö.

Analyserna visar att halterna är i nivå med de jämförbara provtagningar som skett på andra håll i Sverige. Större delen av utsläppen sker via hushållen då merparten av läkemedelskonsumtionen sker i hemmen och passerar kroppen och ut i avloppet. Det är väldigt låga halter, långt ifrån dosnivåer för människa som hamnar i Storsjön. Forskning visar dock på att det finns stor anledning att minimera utsläppen i miljön, då det finns påvisade effekter på t.ex. fiskar och groddjur för vissa substanser.

8.8 Intern utbildning

Miljöombuden samlas minst en gång per år för miljöutbildning. Under 2013 satsade vi på en ny omgång med grundutbildning som omfattade 3 heldagar, varav del 1 och 2 genomfördes hösten 2013 och del 3 februari 2014. Det var 73 personer som deltog vid utbildningen som var mycket uppskattad.

Frågor:

Har du några frågor som rör detta bokslut, kontakta gärna Miljöstrateg Åsa Paletun som du når via regionens växel.

Hälso- och sjukvårdsstaben
Patientsäkerhetsenheten
Maria Omberg

2015-04-28

Dnr RS/592/2015

Socialdepartementet

s.registrator@regeringskansiet.se
s.fs@regeringskansliet.se

Svar på remiss: Sedd, hörd och respekterad, ett ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården (SOU 2015:14)

Region Jämtland Härjedalen har fått möjlighet att lämna remissvar på rubricerade delbetänkande.

Regionen ställer sig i stort positiv till delbetänkandet och att utredningen har sitt fokus på att klagomålshanteringen utgår från patienternas behov och att patienternas erfarenheter effektivare ska tas till vara för att stärka hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet.

Klagomålsutredningens uppdrag är att ge förslag på hur hanteringen av klagomål mot hälso- och sjukvården kan bli mer ändamålsenlig. I delbetänkandet lämnar utredningen förslag till författningsförändringar som föreslås träda i kraft den 1 juli 2016. Förslagen gäller vårdgivarens skyldighet att besvara klagomål samt Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) handläggning av ärenden. Utredningen presenterar även ett antal bedömningar som beskriver hur utredningen anser att ett nytt klagomålssystem inom hälso- och sjukvården bör vara utformat i sin helhet. Bedömningarna kommer att konkretiseras i slutbetänkandet som redovisas 31 december 2015 och där de författningsförändringar som presenteras föreslås träda i kraft 1 juli 2017.

Utredningen identifierar ett flertal behov hos patienter och närstående som vill klaga på hälso- och sjukvården. Dessa är:

- att få en ursäkt
- att kunna lämna synpunkter
- att få en förklaring av vad som hänt
- att någon ska lyssna
- att bidra till att samma sak inte drabbar någon annan
- att någon ska hållas ansvarig för det som hänt
- att ta reda på om det som hände var rätt eller fel
- handfast hjälp i kontakt med hälso- och sjukvården.

Utredningen gör en sammanfattning av dagens klagomålssystem. Klagomål kan framställas till vårdgivare, patientnämnd eller anmälas till IVO. Det beskrivs att de olika funktionerna är otydliga för patienterna och det är inte klart vart man ska vända sig för

olika ändamål, information finns men är inte tillräcklig och förefaller inte alltid nå patienter. Samordning brister då det inte finns någon aktör som har ett övergripande ansvar. Patienternas förväntningar stämmer inte överens med de olika instansernas uppdrag, vilket kan leda till besvikelse och frustration.

Vårdens bemötande av patienter som klagar varierar. Forskning och fokusgrupper visar dock att ett tidigt bemötande av vårdgivaren är av stor vikt. Patienterna upplever i hög grad att patientnämnderna har ett gott bemötande, lyssnar och ger användbara råd. När en patient anmäler en händelse i vården till IVO, tar det lång tid innan patienten får svar på sina frågor och IVO:s beslut kan vara svåra att förstå för patienten. Det saknas oftast systematik och långsiktighet i vårdens lärande av klagomål. Det finns inte tradition i vården som innebär att man i tillräckligt hög grad ser värdet i patienternas synpunkter och reaktioner på den vård som ges.

Dagens klagomålssystem tar en betydande del av IVO:s resurser i anspråk vilket minskar myndighetens möjlighet att bedriva en effektiv och riskbaserad tillsyn.

Utredningens förslag

Utredningen föreslår att det nya klagomålssystemet ska förtydliga vårdgivarens ansvar för att tillgodose patienten behov. Om den som klagar i första hand vänder sig till den vårdgivare som man har synpunkter på, ökar chansen att klagomålet snabbt tas om hand och att den klagande får återkoppling och svar på sina frågor. I många fall kan missförstånd och oklarheter redas ut på en gång.

Vårdgivaren är skyldig att ta emot klagomål och synpunkter

Region Jämtland Härjedalen stöder utredningens förslag att det i patientsäkerhetslagen (2010:659) införs en bestämmelse som anger att vårdgivaren är skyldig att ta emot klagomål och synpunkter på den egna verksamheten. Region Jämtland Härjedalen välkomnar ställningstagandet att det inte har formulerats som i en lag en uttalad utredningsskyldighet för vårdigvare utan att det finns fokus på snabb återkoppling till den klagande.

Patientens behov ska tillgodoses av vårdgivaren

Region Jämtland Härjedalen instämmer i utredningens förslag att det i patientsäkerhetslagen (2010:659) och patientlagen (2014:821) införs bestämmelser som anger att patienten av vårdgivaren ska få en förklaring av vad som hänt och varför det inträffat, en beskrivning av vilka åtgärder vårdgivaren avser att vidta för att liknande händelse inte ska inträffa igen, och en möjlighet att lämna synpunkter på förbättringar. Det föreslås som en bestämmelse att vårdgivaren är skyldig att snarast besvara klagomål från patienter och deras närstående. Med begreppet snarast avses att klagomålet ska besvaras så snart som möjligt. Om vårdgivaren inte har möjlighet att omgående besvara klagomålet, bör patienten alltid, normalt sett nästa arbetsdag, få ett besked om att klagomålet är mottaget och när ett svar kan förväntas. Patienten ska normalt sett aldrig behöva vänta mer än fyra veckor på ett svar. Region Jämtland Härjedalen delar utredningens uppfattning att en avgörande faktor för att lära sig av patienternas erfarenheter inte är ett system och rutiner utan är en kultur hos medarbetare och chefer som efterfrågar patienternas synpunkter. Region Jämtland Härjedalen anser att

begreppet snarast och dess föreslagna tillämpning är mål att sträva mot men kan vara svåra att uppnå i den praktiska verksamheten och därför bör uttrycket *normalt senast* nästa arbetsdag bytas till *om möjligt*. Region Jämtland Härjedalen delar och stöder att klagomål från barn och unga bör hanteras extra skyndsamt.

Enhetlig information om hur man gör för att klaga
Region Jämtland Härjedalen delar utredningens förslag att det tas fram en enhetlig, nationell information som beskriver hur man klagar på vården. Region Jämtland Härjedalen vill särskilt understryka det som påtalas avseende speciella behov hos barn, personer med funktionsnedsättningar och personer med annat modersmål än svenska.

Långsiktig samverkansstruktur för nationell återkoppling och analys
Region Jämtland Härjedalen delar utredningens förslag att det bör tillskapas en långsiktig samverkansstruktur för nationell återkoppling och analys.

Förenklade förfaranderegler för IVO
Region Jämtland Härjedalen instämmer i utredningens förslag att IVO endast ska pröva anmälan från den patient som saken gäller eller, om patienten inte själv kan anmäla saken, en närstående till honom eller henne.
Delbetänkandet föreslår att kommunicering av förslag till beslut ska avskaffas i de fall tillsynsmyndigheten inte avser att rikta kritik . Förslaget stöds av Region Jämtland Härjedalen .

Utredningens bedömningar

Regionen ser positivt på att patienters synpunkter och erfarenheter inhämtas inom ramen för IVO:s tillsyn och instämmer i att IVO bör få i uppdrag att i sin återföring inkludera goda exempel på hur vårdgivare kan systematisera och lära sig av klagomål och synpunkter.

Utredningen bedömer att patientnämndernas roll bör förtydligas, förstärkas och utgå från de behov hos patienterna som utredningen identifierat. Patientnämndernas huvudsakliga uppdrag bör vara att aktivt hjälpa patienterna att få svar av vårdgivaren i enlighet med de föreslagna förändringarna i patientsäkerhetslagen. Patientnämndens placering nära patienterna och vårdgivarna ger möjligheter att tidigt identifiera brister i hälso- och sjukvården. Ett ökat fokus på analys av inkomna ärenden bör bidra med ökad kunskap om förbättringsområden.

Utredningen bedömer att det i patientsäkerhetslagen bör anges att IVO ska utreda om en åtgärd eller underlåtenhet av vårdgivare eller hälso- och sjukvårdspersonal strider mot lag eller annan föreskrift eller är olämplig med hänsyn till patientsäkerheten.

Utredningen bedömer att IVO:s utredningsskyldighet bör begränsas till ärenden av särskild karaktär och där vårdgivarens åtgärder enligt förslag till förändringar i patientsäkerhetslag och patientlag enligt den klagande inte varit tillräckliga. Klagomål från patienter som är föremål för tvångsvård bör alltid utredas, om inte klagomålet uppenbart är obefogat. Utredningen har ännu inte tagit ställning till hur ärenden av särskild karaktär ska avgränsas i lagstiftningen.

Utredningen bedömer att medarbetare av alla yrkeskategorier i hälso- och sjukvården i större utsträckning bör göras delaktiga och ges förutsättningar att lära av patienter klagomål och synpunkter.

Utredningen bedömer att en nationell funktion med uppgift att vägleda patienter och fördela klagomålsärenden till rätt instans tillgodoser inte patientens behov på bästa sätt.

Region Jämtland Härjedalen har inga invändningar mot de bedömningar som framförs i utredningen.

Region Jämtland Härjedalen vill dock särskilt understryka vikten av att IVO:s utredningsskyldighet görs tydlig och att begrepp som gäller allvarliga konsekvenser harmoniseras mot nu gällande begrepp i patientsäkerhetslagen.

REGIONSTYRELSEN

Ann-Marie Johansson
Regionstyrelsens ordförande

Björn Eriksson
Regiondirektör

REGERINGSKANSLIET

Remiss

2015-03-13 S2015/1547/FS

Socialdepartementet

Enheten för folkhälsa och sjukvård

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN

2015 -03- 18

Dnr...../...../20.....

Sedd, hörd och respekterad – ett ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården (SOU 2015:14)

Remissinstanser:

1. Riksdagens ombudsmän (JO)
2. Justitiekanslern (JK)
3. Domstolsverket
4. Förvaltningsrätten i Malmö
5. Kammarrätten i Jönköping
6. Regelrådet
7. Riksrevisionen
8. Statskontoret
9. Konsumentverket
10. Barnombudsmannen
11. Folkhälsomyndigheten
12. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd
13. Inspektionen för vård och omsorg
14. Myndigheten för delaktighet
15. Myndigheten för vårdanalys
16. Socialstyrelsen
17. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor
18. Stockholms läns landsting
19. Uppsala läns landsting
20. Södermanlands läns landsting
21. Östergötlands läns landsting
22. Jönköpings läns landsting
23. Kronobergs läns landsting
24. Kalmar läns landsting
25. Gotlands kommun (Region Gotland)
26. Blekinge läns landsting
27. Skåne läns landsting
28. Hallands läns landsting
29. Västra Götalands läns landsting

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

30. Värmlands läns landsting
31. Örebro läns landsting
32. Västmanlands läns landsting
33. Dalarnas läns landsting
34. Gävleborgs läns landsting
35. Västernorrlands läns landsting
36. Jämtlands läns landsting
37. Västerbottens läns landsting
38. Norrbottens läns landsting
39. Patientnämnden i Stockholms läns landsting
40. Patientnämnden i Uppsala läns landsting
41. Patientnämnden i Södermanlands läns landsting
42. Patientnämnden i Östergötlands läns landsting
43. Patientnämnden i Jönköpings läns landsting
44. Patientnämnden i Kronobergs läns landsting
45. Patientnämnden i Kalmar läns landsting
46. Patientnämnden i Gotlands kommun
47. Patientnämnden i Blekinge läns landsting
48. Patientnämnden i Skåne läns landsting
49. Patientnämnden i Hallands läns landsting
50. Patientnämnden i Västra Götalands läns landsting
51. Patientnämnden i Värmlands läns landsting
52. Patientnämnden i Örebro läns landsting
53. Patientnämnden i Västmanlands läns landsting
54. Patientnämnden i Dalarnas läns landsting
55. Patientnämnden i Gävleborgs läns landsting
56. Patientnämnden i Västernorrlands läns landsting
57. Patientnämnden i Jämtlands läns landsting
58. Patientnämnden i Västerbottens läns landsting
59. Patientnämnden i Norrbottens läns landsting
60. Arvika kommun
61. Avesta kommun
62. Bergs kommun
63. Bjuvs kommun
64. Bodens kommun
65. Borlänge kommun
66. Dals-Eds kommun
67. Degerfors kommun
68. Ekerö kommun
69. Eslövs kommun
70. Gävle kommun
71. Hudiksvalls kommun
72. Härnösands kommun
73. Jönköpings kommun
74. Kalmar kommun
75. Landskrona kommun
76. Ljungby kommun
77. Malmö kommun

78. Skellefteå kommun
79. Piteå kommun
80. Skövde kommun
81. Sundsvalls kommun
82. Uddevalla kommun
83. Umeå kommun
84. Uppsala kommun
85. Vansbro kommun
86. Årjängs kommun
87. Örebro kommun
88. Östersunds kommun
89. Famna
90. Handikappförbunden
91. Kommunal
92. Lika Unika
93. Läkemedelsförsäkringen
94. Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH)
95. Nationellt kompetenscentrum för anhöriga
96. Nordiskt nätverk för barn och ungas rätt och behov inom hälso- och sjukvård (Nobab)
97. Nätverket unga för tillgänglighet
98. Patientförsäkringen LÖF
99. Praktikertjänst
100. PRO
101. SPF Seniorerna
102. SACO
103. Svenska Läkaresällskapet
104. Svenska barnläkarföreningen
105. Svensk Förening för Allmänmedicin
106. Svensk sjuksköterskeförening
107. Svenskt Näringsliv
108. Sveriges Kommuner och Landsting
109. Sveriges Konsumenter
110. Sveriges läkarförbund
111. Sveriges Tandläkarförbund
112. Vision
113. Vårdförbundet
114. Vårdföretagarna

Remissvaren ska ha inkommit till Socialdepartementet **senast den 19 juni 2015.** Vi ser helst att ni endast skickar dem i elektronisk form och då både i wordformat och pdf-format. Remissvaren ska skickas till följande e-postadresser: **s.registrator@regeringskansliet.se** och **s.fs@regeringskansliet.se**

I remissvaren ska Socialdepartementets diarienummer S2015/1547/FS åberopas.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslaget eller materialet i rapporten. Om remissen är begränsad till en viss del av rapporten, anges detta inom parantes efter remissinstansens namn i remisslista. En sådan begränsning hindrar givetvis inte att remiss-instansen 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 synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcket 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 broschyr *"Svara på remiss. Hur och varför?"* Broschyren kan laddas ner från Regeringskansliets hemsida
http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/3652

Frågor under remisstiden besvaras av Klara Granat, Socialdepartementet, Enheten för folkhälsa och sjukvård, 08-405 17 38 eller klara.granat@regeringskansliet.se

Torkel Nyman
Departementsråd

Kopia till
Fritzes kundservice, 106 47 Stockholm

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

2015-04-28

RS/592/2015

Sammanfattning av remiss Sedd, hörd och respekterad

Länk till hela remissen

Klagomålsutredningens uppdrag är att ge förslag på hur hanteringen av klagomål mot hälso- och sjukvården kan bli mer ändamålsenlig.
Med ändamålsenlig menar vi att klagomålshanteringen utgår från patienternas behov, bidrar till ökad patientsäkerhet och är resurseffektiv. Vi har därför kartlagt vilka ändamål som ska uppnås genom klagomålssystemet, med särskilt fokus på patienters och närståendes behov. Anledningen till att vi har valt den inriktningen är att patienters behov inte tidigare undersökts, men även för att det är patienter och närstående som klagomålshanteringen är till för. Vårdgivarnas behov för att kunna lära sig av patienters erfarenheter och på så sätt förbättra hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet är ett annat viktigt perspektiv i utredningen.

I delbetänkandet lämnar utredningen förslag till författningsändringar som föreslås träda i kraft den 1 juli 2016. Förslagen gäller vårdgivarens skyldighet att besvara klagomål, den enligt utredningen viktigaste komponenten i ett ändamålsenligt klagomålssystem, samt Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) handläggning av ärenden. Utredningen presenterar även ett antal bedömningar i delbetänkandet. Dessa beskriver hur utredningen anser att ett nytt klagomålssystem inom hälso- och sjukvården bör vara utformat i sin helhet. Bedömningarna kommer att konkretiseras och fördjupas i slutbetänkandet som redovisas den 31 december 2015. De författningsändringar som presenteras i slutbetänkandet kommer att föreslås träda i kraft den 1 juli 2017.

Patienters behov
Utredningen har utifrån forskning och genomförda fokusgrupper med patienter identifierat ett flertal behov hos patienter och närstående som vill klaga på hälso- och sjukvården. Dessa är:
– att få en ursäkt
– att kunna lämna synpunkter
– att få en förklaring av vad som hänt
– att någon ska lyssna
– att bidra till att samma sak inte drabbar någon annan
– att någon ska hållas ansvarig för det som hänt
– att ta reda på om det som hände var rätt eller fel
– handfast hjälp i kontakten med hälso- och sjukvården.

Klagomålssystemet idag

Klagomål mot hälso- och sjukvården kan framställas till vårdgivare, till patientnämnd i landsting eller kommun eller anmälas till IVO. Utredningens kartläggning visar att de olika funktionerna i dagens klagomålssystem är otydliga för patienterna, och att det inte är klart vart man ska vända sig för olika ändamål. Information om hur man klagar finns, men är inte tillräcklig och förefaller inte alltid nå patienter. Kartläggningen har även visat att samordningen av klagomål brister, då det inte finns någon aktör i klagomålssystemet som har ett övergripande ansvar. Vidare stämmer patienternas förväntningar ofta inte överens med de olika instansernas uppdrag, vilket kan leda till besvikelse och frustration.

Vårdens bemötande av patienter som klagar varierar. I utredningens material finns goda exempel på när patienten fått en förklaring av vad som inträffat, men också exempel när det helt saknas. Forskning och fokusgrupper visar dock att ett tidigt bemötande av vårdgivaren är av stor vikt för att patienten ska känna att situationen blivit löst på ett tillfredsställande sätt.

Patienterna upplever i hög grad att patientnämnderna har ett gott bemötande, lyssnar och ger användbara råd. När en patient anmäler en händelse i vården till IVO, tar det lång tid innan patienten får svar på sina frågor. IVO:s beslut kan vara svåra att förstå för patienten. De behandlar inte alltid de frågor som patienten tycker är angelägna, och patientens eller den närståendes perspektiv är inte alltid synligt.

Det saknas oftast systematik och långsiktighet i vårdens lärande av klagomål. Det finns inte heller någon tradition i vården som innebär att man i tillräckligt hög grad ser värdet i patienternas synpunkter och reaktioner på den vård som ges.

Dagens klagomålssystem tar en betydande del av IVO:s resurser i anspråk. Av IVO:s totala kostnader går 28 procent till hanteringen av klagomål mot hälso- och sjukvården. Av de resurser som avsätts för tillsyn inom hälso- och sjukvårdsområdet går 60 procent till klagomålshanteringen. Detta minskar myndighetens möjlighet att bedriva en effektiv och riskbaserad tillsyn.

Återkopplingen från IVO till vårdgivaren har brister. Återkopplingen från patientnämnderna till vårdgivaren fungerar bättre, men stora skillnader finns. Återkoppling från vårdgivare till vårdpersonal verkar inte alltid fungera.

Ett nytt klagomålssystem

I det klagomålssystem som vi anser ska införas, förtydligas vårdgivarens ansvar för att tillgodose patientens behov. Om den som klagar i första hand vänder sig till den vårdgivare som man har synpunkter på, ökar chansen att klagomålet snabbt tas omhand och att den klagande får återkoppling och svar på sina frågor. I många fall kan missförstånd och oklarheter redas ut på en gång. Utredningen föreslår därför att det i patientsäkerhetslagen (2010:659) och i patientlagen (2014:821) införs bestämmelser som anger att patienten av vårdgivaren ska få en förklaring av vad som hänt och varför det inträffat, en beskrivning av vilka åtgärder som vårdgivaren avser att vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen, och en möjlighet att lämna synpunkter på förbättringar. Genom att tydliggöra att det är vårdgivaren som har ansvaret för att hantera klagomålet, ökar dessutom möjligheten att lära sig av patientens erfarenheter

och att snabbt åtgärda brister i verksamheten som patienten har identifierat. Eftersom utredningen bedömer att vårdgivarnas skyldighet att svara på klagomål är den enskilt viktigaste komponenten i ett ändamålsenligt klagomålssystem, läggs författningsförslaget fram i delbetänkandet och föreslås träda i kraft den 1 juli 2016.

I utredningens underlag framkommer emellertid att patienter inte alltid vill vända sig till vårdgivaren och att man ofta har behov av råd och stöd i kontakten med vården. I ett ändamålsenligt klagomålssystem är därför patientnämnden en viktig aktör som stödfunktion för patienten. Patientnämnden lyssnar på patienten, ger information om hur en klagomålsprocess går till och stödjer patienten och den närstående i att få sina behov tillgodosedda av vårdgivaren. Om vårdgivaren inte bemöter patientens klagomål på det sätt som anges i de föreslagna bestämmelserna, ska patientnämnden verka för att så sker.

Flera patienter som utredningen kommit i kontakt med har uttryckt att man inte förstått vilken instans det varit lämpligast att framföra sitt klagomål till, och att det varit en slump att man vänt sig till IVO eller patientnämnden. Det finns därför behov av att skapa *en* väg in i systemet. Den ska utgöras gemensamt av vårdgivaren och patientnämnden, där det är vårdgivarens uppgift att tillgodose patientens behov, och patientnämndens att stödja patienten i den processen. Alla patienter ska därför först vända sig med sitt klagomål till någon av dessa aktörer.

Utredningen anser emellertid att IVO i vissa fall måste vara skyldig att utreda en händelse för att bedöma om vårdgivaren eller den enskilde yrkesutövaren brutit mot lag eller annan föreskrift genom handlandet i det enskilda fallet. Det bör understrykas att en sådan bedömning även omfattar om vårdgivarens eller enskild hälso- och sjukvårdspersonals handlande varit i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Vi menar att IVO:s avgöranden ibland är otydliga och vill understryka deras skyldighet att ta ställning till om ett handlande varit författningsenligt eller inte.

Som framgått ovan bedömer utredningen att patienterna i de allra flesta fall får sina behov bäst tillgodosedda av vårdgivaren eller patientnämnden, och att dessa oftast kan ge en snabb, personlig och informell hantering, medan IVO:s hantering av klagomål ofrånkomligt kommer att vara av mer formell karaktär. Myndighetens formella handläggning tillgodoser vanligen inte patientens behov. Vi anser därför att IVO:s utredningsskyldighet ska begränsas till sådana situationer där det finns särskilda behov av att få en oberoende och formell prövning av en händelse. Detta hindrar inte att alla patienter har möjlighet att ta kontakt med IVO. Utredningsskyldigheten av ett klagomål infaller dock endast i de fall när vårdgivaren har haft möjlighet att besvara klagomålet och patienten därefter fortfarande inte är nöjd med hanteringen. Det måste också röra sig om en händelse av särskild karaktär, vilket definieras som sådana fall där händelser i vården fått eller riskerat att få allvarliga konsekvenser för patienten.

En begränsad utredningsskyldighet för IVO kan resultera i att myndigheten i större utsträckning kan bedriva en riskbaserad tillsyn. Denna kan bland annat riktas in på vårdsituationer för särskilt utsatta grupper som sällan klagar eller framför sina synpunkter. Utredningen anser dessutom att patientperspektivet i den ordinarie tillsynen behöver förstärkas. Vi menar att IVO måste säkerställa att patienter och närstående

kommer till tals vid inspektioner. Det finns också skäl att ge vårdens funktion och innehåll ur patienternas perspektiv större utrymme när det gäller val av tillsynsobjekt samt att inrikta tillsynen på hur vårdgivaren säkerställer att informationen till patienten är tillräcklig, adekvat och ges på ett sätt som patienten kan ta emot.

Förslag och bedömningar

Vårdgivaren tar emot synpunkter och tillgodoser klagande patienters behov
I det klagomålssystem som föreslås förtydligas vårdgivarens ansvar för att tillgodose patientens behov. Utredningen *föreslår* att det i patientsäkerhetslagen införs en bestämmelse som anger att vårdgivaren är skyldig att ta emot klagomål mot och synpunkter på den egna verksamheten. Vidare *föreslår* utredningen att en bestämmelse som tydliggör att vårdgivaren ska besvara klagomål, och vilka åtaganden vårdgivaren i samband med det har i förhållande till den som klagar, ska införas i 3 kap. patientsäkerhetslagen. En motsvarande bestämmelse om vad den klagande har rätt att förvänta sig i klagomålsprocessen bör införas i 11 kap. patientlagen. Bestämmelserna anger att vårdgivaren ska ge en förklaring av vad som hänt och varför det inträffat, en beskrivning av vilka åtgärder som vårdgivaren avser att vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen och en möjlighet att lämna synpunkter på förbättringar. Utredningen vill understryka att det inte är system och rutiner som är en avgörande faktor för att lära sig av patienters erfarenheter, utan en kultur hos medarbetare och chefer som efterfrågar patienternas synpunkter. Författningsändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2016.

Patienterna får mer stöd av patientnämnden
Utredningen *bedömer* att patientnämndernas roll bör förtydligas och förstärkas och utgå från de behov hos patienterna som utredningen har identifierat. Patientnämndernas huvudsakliga uppdrag bör vara att aktivt hjälpa patienten att få svar av vårdgivaren i enlighet med den föreslagna bestämmelsen i 3 kap. 8 b § patientsäkerhetslagen. Utredningen kommer att i slutbetänkandet återkomma till hur det förändrade uppdraget bör komma till uttryck i lagstiftning. Vi kommer även i slutbetänkandet ta ställning till om förändringen förutsätter att patientnämnderna ska tillföras resurser så att de kan vara en kraftfull stödfunktion för patienten på ett enhetligt sätt i hela landet.

Patienterna får enhetlig och tydlig information
Information om vart man vänder sig med klagomål bör vara enkel att hitta och förstå, och enhetlig i hela landet. Utredningen *föreslår* att det ska tas fram enhetlig, nationell information som beskriver hur man klagar på hälso- och sjukvården. IVO, landstingen, kommunerna och patientnämnderna bör samverka om innehållet i en sådan information. Informationen bör beskriva vilka aktörer man kan vända sig till, hur man gör när man klagar, vad man kan förvänta sig bli resultatet av klagomålet samt hur klagomålen används i hälso- och sjukvårdens förbättringsarbete. Detta kan bidra till att skapa rätt förväntningar på vad en klagomålsprocess kan resultera i.

IVO:s prövning blir tydligare
Utredningen *bedömer* att det i patientsäkerhetslagen bör anges att IVO ska utreda om en åtgärd eller underlåtenhet av vårdgivare eller hälso- och sjukvårdspersonal strider mot lag eller annan föreskrift eller är olämplig med hänsyn till patientsäkerheten.

IVO:s utredningsskyldighet begränsas
Utredningen *bedömer* att IVO:s utredningsskyldighet bör begränsas till ärenden av särskild karaktär, och där vårdgivarens åtgärder enligt förslaget till 3 kap. 8 b § patientsäkerhetslagen enligt den klagande inte har varit tillräckliga. Klagomål från patienter som är föremål för tvångsvård bör alltid utredas, om inte klagomålet är uppenbart obefogat.

Det första kravet som utredningen anser ska vara uppfyllt för att IVO:s utredningsskyldighet ska föreligga, är således att vårdgivaren har haft möjlighet att besvara patientens klagomål i enlighet med den föreslagna bestämmelsen i patientsäkerhetslagen. Det andra kravet är att det rör sig om ett ärende av särskild karaktär, vilket definieras som fall där händelser i vården fått eller riskerat att få allvarliga konsekvenser för patienten, t.ex. genom skada, sjukdom eller död, eller som påverkat eller hotat patientens självbestämmande, integritet eller rättsliga ställning. Utredningen har ännu inte tagit ställning till hur utredningsskyldigheten ska avgränsas i lagstiftningen, utan avser att återkomma till det i slutbetänkandet.

Även om det inte föreligger någon utredningsskyldighet, kan det finnas situationer när myndigheten ändå finner skäl att utreda. Detta kan exempelvis vara om klagomålet avser ett systemfel, ensampraktiker i vars verksamhet myndigheten har liten eller ingen insyn, om det framförts upprepade klagomål mot viss verksamhet, om det finns tecken på uppenbara patientsäkerhetsrisker eller klagomålet inte är att hänföra t i ll endast en verksamhet.

IVO:s handläggning förenklas
Utredningen *föreslår* att IVO endast ska pröva en anmälan om klagomål från den patient som saken gäller, eller om patienten inte själv kan anmäla saken, en närstående till honom eller henne. Detta för att det förekommit ärenden då annan än patienten har anmält en händelse mot patientens vilja. I nu gällande lagstiftning har patienten inte möjlighet ett avsluta ett sådant ärende, eftersom denne inte är part.

Utredningen *föreslår* även att kommunicering av förslag till beslut ska avskaffas i de fall när tillsynsmyndigheten inte avser att rikta kritik. I fall av kritik ska kommunicering endast ske med berörd vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal som kritiseras. Vi anser att detta kan spara både tid och kraft för såväl patienter, vårdgivare som tillsynsmyndighet. Författningsändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2016.

Patienterna kommer till tals i tillsynen
Utredningen *bedömer* att patienternas synpunkter och erfarenheter bör inhämtas inom ramen för tillsynen. Det är därför nödvändigt att patienter och närstående kommer till tals i tillsynsarbetet, exempelvis i samband med inspektioner. Svårt sjuka personer med

ett starkt beroendeförhållande till vården behöver tillfrågas om sina erfarenheter för att tillsynsmyndigheten ska få ett fullständigt underlag. Därutöver anser utredningen att vårdens funktion och innehåll ur patienternas perspektiv behöver få större utrymme i tillsynen även när det gäller val av tillsynsobjekt. Tillsynen behöver också inriktas på hur vårdgivaren säkerställer att informationen till patienten är tillräcklig, adekvat och att den ges på ett sätt som patienten förstår.

Samverkan förbättras

Utredningen anser att det måste finnas en fast struktur inom vilken aktörerna i klagomålssystemet kan ta ett gemensamt och övergripande ansvar för analys och återkoppling från klagomålshanteringen, då samverkan i dagens system är bristfällig. Vi *föreslår* därför att regeringen ger IVO i uppdrag att tillsammans med landsting, kommuner och patientnämnder skapa en långsiktig samverkansstruktur för nationell analys och återkoppling av synpunkter och klagomål mellan dessa aktörer. Som ett första steg bör IVO få i uppdrag att tillsammans med patientnämnder, landsting och kommuner lämna förslag på en sådan struktur.

Återföring och analys förstärks

Utredningen *bedömer* att medarbetare av alla yrkeskategorier i vården i större utsträckning bör göras delaktiga och ges förutsättningar att lära av patienters klagomål och synpunkter. Vårdpersonalens delaktighet i att diskutera, analysera och föreslå åtgärder i relation till patientklagomål, interna avvikelser och ”lex Maria anmälningar”[1] är av stor vikt för möjligheten att lära sig av misstag och andra negativa händelser.

Utredningen *bedömer* att patientnämndernas uppdrag bör utvidgas med en skyldighet att inte bara sammanställa, utan även analysera inkomna patientärenden samt i högre grad fokusera på klagomålens innehåll i sin analys.

Utredningen *bedömer* att IVO i sin återföring bör sprida goda exempel på hur vårdgivare kan systematisera och lära sig av klagomål och synpunkter.

[1] Enligt 3 kap 5 § patientsäkerhetslagen är vårdgivaren skyldig att anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till IVO, en så kallad anmälan enligt lex Maria.

REGERINGSKANSLIET

Remiss

2015-04-01 U2013/1724/UH

Utbildningsdepartementet

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN
2015 -04- 09
Dnr...../...../20.....

Remiss av betänkandet För framtidens hälsa – en ny läkarutbildning (SOU 2013:15)

Remissinstanser:

1. Riksdagens ombudsmän
2. Riksrevisionen
3. Justitiekanslern
5. Kommerskollegium
6. Kammarkollegiet
7. Universitetskanslersämbetet
8. Universitets- och högskolerådet
9. Överklagandenämnden för högskolan
10. Högskolans avskiljandenämnd
11. Centrala studiestödsnämnden
12. Överklagandenämnden för studiestöd
13. Socialstyrelsen
14. Statens beredning för medicinsk utvärdering
15. Vetenskapsrådet
16. Regelrådet
17. Uppsala universitet
18. Lunds universitet
19. Göteborgs universitet
20. Umeå universitet
21. Linköpings universitet
22. Karolinska institutet
23. Örebro universitet
24. Stockholms läns landsting
25. Landstinget i Uppsala län
26. Södermanlands län landsting
27. Landstinget i Östergötland
28. Region Gotland
29. Landstinget i Jönköpings län
30. Landstinget Kronoberg

Postadress 103 33 Stockholm
Besöksadress Drottninggatan 16
Telefonväxel 08-405 10 00
Telefax 08-21 68 13
E-post: u.registrator@regeringskansliet.se

31. Landstinget i Kalmar län
32. Landstinget Blekinge
33. Skåne läns landsting
34. Region Halland
35. Västra Götalandsregionen
36. Landstinget i Värmland
37. Örebro läns landsting
38. Landstinget Västmanland
39. Landstinget Dalarna
40. Landstinget Gävleborg
41. Landstinget Västernorrland
42. Jämtlands läns landsting
43. Västerbottens läns landsting
44. Norrbottens läns landsting
45. Alvesta kommun
46. Bodens kommun
47. Borås kommun
48. Göteborgs kommun
49. Eskilstuna kommun
50. Falu kommun
51. Helsingborgs kommun
52. Huddinge kommun
53. Jönköpings kommun
54. Karlstads kommun
55. Kiruna kommun
56. Kungsbacka kommun
57. Köpings kommun
58. Linköpings kommun
59. Lunds kommun
60. Malmö kommun
61. Motala kommun
62. Norrköpings kommun
63. Oskarshamns kommun
64. Skövde kommun
65. Stockholms kommun
66. Sundsvalls kommun
67. Södertälje kommun
68. Umeå kommun
69. Uppsala kommun
70. Västerås kommun
71. Åmåls kommun
72. Örebro kommun
73. Örnsköldsviks kommun
74. Östersunds kommun
75. Handikappförbunden
76. Akademikerförbundet SSR
77. Medicine Studerandes Förbund
78. Ordförandekonventet för medicine studerande i Sverige

79. Saco Studentråd
80. Svenska läkaresällskapet
81. Svensk sjuksköterskeförening
82. Sveriges akademikers centralorganisation
83. Sveriges förenade studentkårer
84. Sveriges Kommuner och Landsting
85. Sveriges läkarförbund
86. Sveriges universitets- och högskoleförbund
87. Sveriges Yngre Läkares Förening
88. Tjänstemännens Centralorganisation
89. Vårdförbundet

Remissvaren (6 ex. varav ett original) ska ha kommit in till Utbildningsdepartementet senast den 2 juli 2015. Svaren bör lämnas både på papper och per e-post till u.registrator@regeringskansliet.se.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen i betänkandet.

De ekonomiska konsekvenserna av utredningens förslag beskrivs framför allt i termer av ett övergripande långsiktigt perspektiv i betänkandet. Remissinstanserna ombeds att yttra sig över dessa, samt tänkbara ekonomiska konsekvenser i närtid.

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.

Maria Eka
Expeditions- och rättschef

Kopia till

Riksdagens utredningstjänst
Fritzes kundservice, 106 47 Stockholm

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

2015-04-28

RS/739/2015

Sammanfattning av remiss För framtidens hälsa – en ny läkarutbildning (SOU 2013:15)

Länk till hela remissen

Läkarutbildningsutredningen föreslår följande förändringar i läkarutbildningen:

- Att läkarexamen utökas med en termin till att omfatta sex års studier (360 högskolepoäng) och att studenten vid examen ska visa sådan kunskap och förmåga som fordras för att få behörighet som läkare.
- Att läkarexamen, utan ytterligare krav på praktisk tjänstgöring, ska utgöra underlag för legitimation, och att ordningen med allmäntjänstgöring (AT) efter examen upphör.
- En ny examensbeskrivning införs som i högre utsträckning än tidigare betonar vetenskaplig och professionell kompetens och förmåga till medicinskt beslutsfattande.

Förslagen skapar förutsättningar för en sammanhållen utbildning med tydlig vetenskaplig förankring och genomtänkt progression, det vill säga att kunskaper och kliniska färdigheter kontinuerligt breddas och fördjupas.

För framtidens hälsa – en ny läkarutbildning
Vi har valt att ge betänkandet titeln *För framtidens hälsa – en ny läkarutbildning*. Genom att lyfta fram begreppet hälsa vill vi fästa uppmärksamheten på det övergripande syftet med utbildningen av läkare. Läkarutbildningen ska vara en vetenskapligt förankrad yrkesutbildning som tränar studenternas professionalitet och samtidigt stimulerar deras intresse för medicinsk forskning och framtida utveckling av sjukvården. Utredningen betonar betydelsen av förståelse för förhållanden i samhället som påverkar hälsan för enskilda och olika grupper, ur ett såväl nationellt som globalt perspektiv. Vi bedömer att den framtida läkarrollen innebär ett ökat fokus på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete i samverkan med andra aktörer. Utredningen tar samhällsansvar genom att utgå från samhällets långsiktiga behov och betonar vikten av ett systemperspektiv på utbildningen och den framtida läkarrollen. Förslagen är väl förankrade i den internationella utvecklingen av utbildningar inom vård och medicin. Morgondagens läkare ska kunna arbeta och forska såväl i Sverige som i andra länder. Förslagen har också tydlig koppling till övriga faser i läkarnas livslånga lärande.

Betänkandets titel knyter an till våra utgångspunkter i utredningsarbetet. Dessa har utgjorts av de nationella målen i lagstiftningen för hälso- och sjukvården, för folkhälsopolitiken och för högre utbildning. Detta har inneburit att vi prioriterat:

- patient- och medborgarperspektiv med fokus på hälsa och god vård,
- studentperspektiv med fokus på en utbildning av hög kvalitet.

Vidare har vi tagit intryck av den internationella utvecklingen av hälso- och sjukvårdssystem och medicinsk utbildning.

Utredningens analys av nuläget

Vi har vinnlagt oss om att belysa dagens situation vad gäller såväl utvecklingen inom hälso- och sjukvården som de olika stegen fram till läkarlegitimation. Bakgrundsmaterial har tagits fram inom flera områden, bland annat vad gäller den historiska utvecklingen av läkarrollen och läkarutbildningen, och förhållanden som rör studenternas lärande inom vårdens verksamheter. Från de myndigheter, organisationer och intressentgrupper som utredningen samrått med har värdefulla synpunkter och uppgifter inhämtats. Utifrån analysen av dagens situation konstaterar utredningen att:

- läkarutbildningen tydligare behöver ta sin utgångspunkt i de framtida globala behoven i hälso- och sjukvården, den medicinska forskningen och det övergripande kunskapssamhället,
- med syfte att främja studenternas lärande behöver vägen fram till legitimation i högre grad präglas av progression och integration av basvetenskaper och kliniska vetenskaper,
- det är angeläget att hälso- och sjukvården prioriterar lärande och vetenskaplig förankring i verksamheterna.

Sedan läkarutbildningen senast var föremål för statens översyn har hälso- och sjukvården genomgått betydande förändringar. Dessa omfattar bland annat den demografiska utvecklingen, sjukdomspanoramat och vårdens organisation i kombination med en allt snabbare kunskapsutveckling. Också högskolan har genomgått stora förändringar och lärosätena har i dag större möjligheter än tidigare att styra på vilket sätt verksamheten utformas. Målen för läkarexamen, och därmed läkarprogrammen, behöver på ett tydligare sätt ta sin utgångspunkt i hälso- och sjukvårdens, den medicinska forskningens och det övergripande kunskapssamhällets behov. Samverkan och kommunikation mellan lärosätena och sjuk-vården behöver stärkas för att de ska kunna hantera de framtida gemensamma utmaningarna, till exempel när det gäller kursmål och examination.

Progression är centralt inom all utbildning. I dagens struktur för läkarutbildningen med krav på minst 18 månaders allmäntjänstgöring (AT) efter läkarexamen, finns en risk att viktig träning i centrala färdigheter skjuts upp och inte tydligt bygger på de kunskaper och färdigheter studenten fått fram till examen. Den långa tjänstgöringsperioden efter examen har på många sätt bedömts vara värdefull, men kvaliteten över landet förefaller ojämn, och kopplingen mellan målen för läkarexamen och målen för AT är oklar. Vi menar att AT tjänat ut sin roll och redogör i betänkandet för flera skäl till detta.

Sex år till examen och legitimation

Utredningen föreslår att läkarexamen totalt ska omfatta sex års studier (360 hp) och att studenten vid examen ska visa sådan kunskap och förmåga som fordras för att få behörighet som läkare. Utredningen föreslår därför nya mål i examensbeskrivningen. Vi föreslår också att läkarexamen, utan krav på ytterligare utbildningsmoment eller praktisk

tjänstgöring efter examen, ska utgöra underlag för legitimation. Följaktligen inbegriper utredningens förslag att den nuvarande strukturen med allmäntjänstgöring efter examen upphör. Detta innebär att de lärosäten som har tillstånd att utfärda läkarexamen ansvarar för att studenterna vid examen har den kompetens som krävs för att självständigt utöva yrket. Utöver de specifika målen för läkarexamen ska studenten också nå de mål som finns i högskolelagen för utbildning på så kallad avancerad nivå.

Läkarutbildning ska planeras och genomföras med fokus på den kompetens en student ska ha uppnått vid examen och vid legitimationstillfället. Vi menar därför att basvetenskaper och kliniska vetenskaper i högre grad måste integreras för progressionen i studenternas lärande ska främjas, det vill säga en successivt ökande svårighetsgrad i träningen av deras kliniska kompetens.

Tidigt i utredningsarbetet identifierades följande principer som särskilt väsentliga för en modern läkarutbildning:

- progression genom hela utbildningen med ett tydligt systemperspektiv och fokus på läranderesultat,
- integrering av basvetenskaper, kliniska vetenskaper och träning i klinisk färdighet genom hela utbildningen,
- fokus på professionell utveckling, vetenskapligt förhållningssätt, interprofessionellt teamarbete och förmåga att medverka i förbättringsarbete,
- socialt ansvarstagande med inslag av globala perspektiv,
- studentaktiverande lärandemetoder,
- examination för att dokumentera uppnådd professionell kompetens och fortlöpande formativ utvärdering så att varje student uppnår sin individuella utvecklingspotential,
- långa sammanhängande perioder av verksamhetsintegrerat lärande för att möjliggöra träning av professionella färdigheter,
- möjligheter till breddning och fördjupning på individbasis.

Bild

Lärosätena ansvarar för och har frihet att styra utbildningsprocessens utformning. På vilket sätt utbildningen planeras har emellertid stor betydelse för studenternas möjligheter att vid examen ha uppnått de förväntade läranderesultaten. Detta, menar vi, innebär bland annat att den kliniska träningen bör introduceras tidigt i utbildningen och på allvar integreras med de teoretiska utbildningsmomenten. De delar av utbildningen som är verksamhetsintegrerade kommer att vara avgörande för kvaliteten, i kombination med användningen av vetenskapligt förankrade bedömnings- och examinationsmetoder.

Alla moment av verksamhetsintegrerat lärande ska ingå i kurser, med tydliga mål och examination som ger studenterna återkoppling på deras professionella utveckling. Förslaget får till följd att kravet på allmäntjänstgöring (AT) efter examen upphör. Hela den blivande läkarens väg fram till behörighet inordnas i högskolans system för kvalitetsuppföljning och därmed blir ansvaret för kvaliteten tydligare. Med förslaget lägger vi särskild tonvikt på medicinskt beslutsfattande och träning av kliniska färdigheter. Utredningen framhåller betydelsen av att den kompetens och erfarenhet

som byggts upp för AT kan komma landstingen och universiteten till godo i den nya läkarutbildningen. Samverkan kring utvecklingen av goda arenor för verksamhetsintegrerat lärande är nödvändig.

Andra alternativ som övervägts

Vi har övervägt tänkbara alternativa modeller för vägen till legitimation. Två av dessa är:

- Bevara den nuvarande strukturen med krav på allmäntjänstgöring (AT) efter examen men vidta åtgärder för att säkra kvaliteten.
- En sexårig läkarutbildning som krav för legitimation enligt principerna för utredningens huvudförslag men med sista året särskilt avsatt för klinisk träning i vårdens verksamheter.

Utredningens samlade bedömning är att dessa alternativa modeller innebär förbättringar i vissa avseenden, men inte skapar de förutsättningar för förändring som är nödvändiga för en ändamålsenlig och fullt ut kvalitetssäkrad läkarutbildning.

Vi menar att av de viktigaste principerna för en läkarutbildning anpassad för behoven i framtidens hälso- och sjukvård är att den bygger på tydlig progression. Ansvaret och svårighetsgraden i de blivande läkarnas träning ska öka successivt för att deras lärande ska främjas. Med lärosätena som ansvariga för utbildningens kvalitet fram till examen och legitimation omfattas hela vägen till behörighet för yrket av högskolans krav på vetenskaplig förankring. Detta ger i sin tur förbättrade förutsättningar för genomtänkt progression.

Nya mål med betoning på professionella kompetenser och vetenskaplig förankring

Utredningen föreslår flera nya, respektive modifierade, mål för läkarutbildningen. Betoningen ligger på centrala professionella kompetenser, som förmåga att kommunicera, socialt ansvarstagande, samarbetsförmåga och förmåga att delta i forsknings- och utvecklingsarbete. Globalt perspektiv och ett hälsofrämjande förhållningssätt är andra aspekter som lyfts fram.

Syftet med den nya examensbeskrivningen är dels att lyfta fram relevanta professionella kompetenser, dels att tydligare anknyta till målen för god vård. Förslaget innehåller fler mål jämfört med tidigare, något som utredningen bedömer kunna underlätta både utformning av läkarprogrammen, examination och framtida extern kvalitetsgranskning. Innehållet på detaljnivå i läkarutbildningen måste hållas aktuellt och fortlöpande förnyas, omprövas och utvecklas. Det är därför inte ändamålsenligt att för en hållbar läkarutbildning föreslå mål i examensbeskrivningen av en sådan detaljeringsgrad att de riskerar att snabbt bli inaktuella. Vi förordar därför att lärosätena, i samverkan med varandra och tillsammans med företrädare för hälso- och sjukvården, Socialstyrelsen och de professionella organisationerna, beskriver mål i en högre detaljeringsgrad och fortlöpande omprövar dem. På motsvarande sätt vill vi stimulera till samverkan kring utveckling av examinationsmodeller och examinationsuppgifter.

Eftersom utredningens förslag innebär att läkarexamen kommer att utgöra grunden för behörighet och för Socialstyrelsens utfärdande av legitimation, har flera av de nya målen i examensbeskrivningen fokus på medicinskt beslutsfattande.

Några exempel är att studenten för läkarexamen ska:

- visa fördjupad förmåga till professionellt bemötande gentemot patienter och deras närstående med respekt för patientens integritet, behov, kunskaper och erfarenheter,
- visa förmåga att självständigt diagnostisera och inleda behandling av akuta livshotande tillstånd,
- visa fördjupad förmåga att ur ett patofysiologiskt och psykosocialt perspektiv självständigt diagnostisera de vanligaste sjukdomstillstånden och i samverkan med patienten handlägga dessa,
- visa förmåga till ledarskap och interprofessionellt samarbete, såväl inom hälso- och sjukvården som med professioner inom andra delar av samhället,
- visa förmåga att initiera, medverka i och genomföra förbättringsarbete samt visa sådan färdighet som fordras för att delta i forsknings- och utvecklingsarbete.

Förslaget till ny examensbeskrivning syftar också till att underlätta framtida nationella kvalitetsutvärderingar.

Undervisning och lärande i vårdens verksamheter

Vårdens utveckling med minskat antal vårdplatser på sjukhus, en allt äldre befolkning samt ökade krav på kvalitet och patientsäkerhet innebär utmaningar för verksamhetsförlagda delar av utbildningen. Primärvården och akutsjukvården är därför allt viktigare arenor för studenternas träning för att kunna nå flera av de mest centrala målen i examensbeskrivningen och för utvecklingen av deras kliniska kompetens. I olika delar av landet pågår också en utveckling mot att i större utsträckning använda första linjens sjukvård i samband med undervisning och lärande i vården.

Utredningen förordar längre sammanhållna perioder av verksamhetsintegrerat lärande för att tydligt prioritera klinisk träning och bedömning av den professionella kompetensen, liksom förmågan till samverkan med andra yrkeskategorier i vården.

Längre perioder av träning av kliniska färdigheter i vården möjlig-gör dessutom att intresset för kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete uppmuntras och kan tas till vara. Vårdverksamheter som erbjuder goda förutsättningar för studenternas lärande kan påverka valet av framtida yrkesinriktning och specialiseringstjänstgöring.

Kontinuerlig bedömning av studenternas utveckling

Våra förslag innebär att studenten vid examen ska visa sådan kunskap och förmåga som fordras för behörighet som läkare. Lärosätena kommer därmed att ansvara för att säkra att studenterna når en sådan grad av självständighet att examen kan ligga till grund för Socialstyrelsens utfärdande av legitimation. Vi betonar därför att användningen av olika examinationsformer behöver utvecklas, särskilt bedömning av studenternas förmåga till kliniskt beslutsfattande och annan professionell kompetens, exempelvis bemötande och kommunikation.

De kunskaper och färdigheter som en nylegitimerad läkare behöver ska utgöra miniminivån för vad en student förväntas ha visat vid examen. Med förslaget vill vi även stimulera en utveckling mot att utbildningen ger varje student möjlighet att nå sin individuella potential.

Bild

Källa: Omarbetad efter Lancetkomissionen

Undervisning och examinationsformer ska ta sin utgångspunkt i studenternas förväntade läranderesultat, det vill säga vad en student ska kunna vid examen, snarare än i ett traditionellt ämnesbaserat upplägg. Mot bakgrund av behoven i samhället, den förväntade kompetensen hos den legitimerade läkaren och examinationen formas den lärandemiljö som ska stödja studenternas arbete med att uppnå målen. Detta systemperspektiv på läkarutbildningen sammanfattas i Figur 2 ovan och är centralt för våra förslag.

Goda examinationsformer, kontinuerlig bedömning av studenternas prestationer och fortlöpande återkoppling ger, enligt utredningen, trygghet åt de studerande i deras kommande yrkesroll. Utredningen ser att samverkan mellan universiteten och landstingen är nödvändig för att skapa förutsättningar för detta.

Om lärande i vården och introduktion i yrket
Det är nödvändigt att se läkarutbildning som ett livslångt lärande från första dagen på läkarprogrammet till slutet av den yrkesverksamma perioden. Förutsättningarna för studenternas lärande i vården behöver stärkas, och vi förslår att sjukvårdshuvudmännens medverkan i medicinsk utbildning tydliggörs i hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

De olika faserna i det livslånga lärandet bör planeras så att de bygger vidare på varandra. Detta, menar vi, är särskilt angeläget för den första tiden efter legitimation. Den framtida läkarrollen påverkas även av ökande global rörlighet hos patienter, befolkning och hälso- och sjukvårdspersonal. Med en genomtänkt och individanpassad introduktion i sjukvården förbättras patientsäkerheten och kvaliteten i vården. Detta gäller inte minst den stora gruppen läkare med utländsk examen och svensk legitimation. Samtidigt är det viktigt att framhålla att introduktionen också behöver ses som en möjlighet för lärande i vården, genom kunskap från dem som nyligen genomgått utbildningen i Sverige och från läkare med erfarenhet från vårdverksamheter i andra länder.

Sjukvårdshuvudmännen, Socialstyrelsen, lärosätena och de professionella organisationerna bör gemensamt ta ställning till hur introduktion till arbete i hälso- och sjukvården kan utvecklas och utformas. Vi menar att det är angeläget att introduktionen är flexibel och kan anpassas utifrån den enskilda läkarens tidigare kunskaper, erfarenheter och behov.

Lärande i vården är centralt, och ytterst är det verksamhetschefens ansvar att den aktuella arbetsplatsen utvecklas till en god lärandemiljö. Delaktighet, kompetensutveckling och ett engagerat ledarskap utgör hörnpelare för att skapa en lärandemiljö på en arbetsplats. Samtidigt visar erfarenheter att lärandet inom hälso- och sjukvården inte är enkelt. I det vardagliga arbetet kan det vara svårt att prioritera tid till reflektion i syfte förändra och förbättra.

Stöd till genomförandet

Förslagen om förändrad omfattning av läkarexamen och anpassade krav för legitimation, i kombination med de nya målen, ställer krav på intensifierat utvecklingsarbete inom de universitet som i dag har tillstånd att utfärda läkarexamen. Det kan handla om bland annat förändringar av kursplaner, utvecklade examinationsmetoder samt fortlöpande omvärldsanalys i nära samverkan med företrädare för hälso- och sjukvården. Ett såväl nationellt som globalt perspektiv är i detta sammanhang angeläget. Utmaningen ligger i att enas om vad som bör prioriteras för den blivande läkaren, och att fokusera på lärande med inriktning på kompetens, förståelse och sammanhang.

Vi menar att staten bör stödja införandet av den nya läkarutbildningen, och föreslår att regeringen tillsätter en samrådsgrupp som får till uppgift att ta fram en strategi med syfte att främja samverkan mellan lärosäten, landsting och andra intressenter.

Konsekvenser av förslagen

Våra förslag är inriktade på att skapa en läkarutbildning som bättre stämmer överens med hälso- och sjukvårdens, den medicinska forskningens och kunskapssamhällets framtida behov. De nya målen för läkarexamen med ökad betoning på centrala professionella kompetenser och kunskap om kvalitets- och patientsäkerhetsarbete, bör på sikt bidra till en säkrare och mer effektiv hälso- och sjukvård. Även de ökade förutsättningarna för en snabbare väg till specialistläkare bör kunna vara kostnadsbesparande för staten och samhället.

Patienter och sjukvårdshuvudmän

Den nya utbildningen kommer att ha en rad fördelaktiga konsekvenser för såväl patienterna som för sjukvårdshuvudmännen. De nya målen lyfter fram kommunikativ förmåga, vetenskapligt förhållningsätt och kunskap om patientsäkerhet och kvalitet i hälso- och sjukvården.

Med lärosätenas ansvar för utbildningen fram till examen och legitimation ökar förutsättningarna för en vetenskapligt förankrad utbildning av hög kvalitet, hela vägen fram till behörighet för yrket. Förslagen förutsätter samtidigt att samverkansformerna mellan hälso- och sjukvård och lärosäten utvecklas och intensifieras. Vi menar också att det är angeläget att den handledarkompetens som i dag finns inom sjukvården tas till vara när nya arenor för studenternas lärande utvecklas.
Utredningens förslag innebär att landstingens skyldighet att tillhandahålla tjänster för AT upphör. Inledningsvis kan förslagen få vissa konsekvenser inom de verksamheter där AT-läkarna utgjort en viktig resurs.

De blivande läkarna

De blivande läkarnas rättssäkerhet har varit en viktig utgångspunkt för arbetet. Utan krav på allmäntjänstgöring efter examen kommer studenterna att i högre grad än i dag kunna förutsäga när de kan erhålla legitimation. Förslaget innebär att kraven för läkarexamen ökar i omfattning men att den sammanlagda tiden fram till legitimation minskar.

REGERINGSKANSLIET

Remiss

2015-03-24 S2015/1650/FS

Socialdepartementet

Enheten för folkhälsa och sjukvård

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN

2015 -03- 27

Dnr...../...../20.....

SOU 2015:20 Trygg och effektiv utskrivning från sluten vård

Remissinstanser:

1. Riksdagens ombudsmän (JO)
2. Datainspektionen
3. Socialstyrelsen
4. Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
5. Myndigheten för vårdanalys
6. Statskontoret
7. Uppsala universitet
8. Göteborgs universitet
9. Arjeplogs kommun
10. Arvika kommun
11. Borgholms kommun
12. Borås kommun
13. Botkyrka kommun
14. Eskilstuna kommun
15. Eslövs kommun
16. Falköpings kommun
17. Gotlands kommun
18. Göteborgs kommun
19. Helsingborgs kommun
20. Hudiksvalls kommun
21. Härjedalens kommun
22. Jönköpings kommun
23. Kalmar kommun
24. Kiruna kommun
25. Kristianstads kommun
26. Kungälvs kommun
27. Leksands kommun
28. Lindesbergs kommun
29. Linköpings kommun
30. Ljungby kommun
31. Ljusdals 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. Ludvika kommun
33. Malmö kommun
34. Markaryds kommun
35. Munkedals kommun
36. Nora kommun
37. Norrtälje kommun
38. Nyköpings kommun
39. Nässjö kommun
40. Ovanåkers kommun
41. Piteå kommun
42. Sigtuna kommun
43. Simrishamns kommun
44. Skövde kommun
45. Sollefteå kommun
46. Stockholms kommun
47. Strömsunds kommun
48. Sundsvalls kommun
49. Torsby kommun
50. Umeå kommun
51. Uppsala kommun
52. Vilhelmina kommun
53. Västerviks kommun
54. Västerås kommun
55. Åre kommun
56. Åtvidabergs kommun
57. Älvdalens kommun
58. Örebro kommun
59. Övertorneå kommun
60. Stockholms läns landsting
61. Uppsala läns landsting
62. Södermanlands läns landsting
63. Östergötlands läns landsting
64. Jönköpings läns landsting
65. Kronobergs läns landsting
66. Kalmar läns landsting
67. Blekinge läns landsting
68. Skåne läns landsting
69. Hallands läns landsting
70. Västra Götalands läns landsting
71. Värmlands läns landsting
72. Örebro läns landsting
73. Västmanlands läns landsting
74. Dalarnas läns landsting
75. Gävleborgs läns landsting
76. Västernorrlands läns landsting
77. Jämtlands läns landsting
78. Västerbottens läns landsting
79. Norrbottens läns landsting

80. Sveriges läkarförbund
81. Vårdförbundet
82. Akademikerförbundet (SSR)
83. Kommunal
84. Vision
85. Handikappförbunden
86. Lika Unika
87. Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH)
88. Sveriges Kommuner och Landsting
89. PRO Pensionärernas Riksorganisation
90. Sveriges Pensionärsförbund (SPF)
91. Sveriges Pensionärers Riksförbund (SPRF)
92. Vårdföretagarna
93. Praktikertjänst
94. Capio

Remissvaren ska ha inkommit till Socialdepartementet **senast den 30 juni 2015.** Vi ser helst att ni endast skickar dem i elektronisk form och då både i wordformat och pdf-format. Remissvaren ska skickas till följande e-postadresser: **s.registrator@regeringskansliet.se** och **s.fs@regeringskansliet.se**

I remissvaren ska Socialdepartementets diarienummer 2015/1650/FS åberopas.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet. Om remissen är begränsad till en viss del av betänkandet, 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.

Torkel Nyman
Departementsråd

Kopia till
Fritzes kundservice, 106 47 Stockholm

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

2015-05-18

RS/669/2015

Sammanfattning av remiss: Trygg och effektiv utskrivning från sluten vård (SOU 2015:20)

Länk till hela remissen

Uppdraget

Vi har haft i uppdrag att göra en översyn av lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, förkortad betalningsansvarslagen (BAL), i syfte att åstadkomma en god vård, där ledtiderna mellan sluten vård på sjukhus och vård och omsorg i det egna hemmet eller i särskilt boende kan hållas så korta som möjligt och att onödig vistelse på sjukhus därmed så långt möjligt kan undvikas för utskrivningsklara patienter.

Vi har särskilt fokuserat på *förutsättningarna* för att patienter i sluten vård som bedöms utskrivningsklara och som behöver fortsatta insatser från den kommunalt finansierade socialtjänsten eller hälso- och sjukvården och som också kan ha behov av insatser från den landstingsfinansierade öppna vården så snabbt som möjligt kan ges fortsatt vård och omsorg i det egna hemmet eller inom särskilt boende. Formerna för och innehållet i huvudmännens samverkan avseende utskrivningsklara patienter har varit en viktig utgångspunkt i arbetet samt att översynen ska vara så allsidig som möjligt avseende olika patientgrupper och olika typer av vård.

Utredningens arbete har bedrivits integrerat med utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:14).
Arbetet har bedrivits öppet och utåtriktat och stor vikt har lagts vid kunskapsinhämtning från de som är praktiskt verksamma i arbete med utskrivningsklara patienter samt hur patienter upplever utskrivningsprocessen. Utredningen har i arbetet fört dialoger med berörda statliga myndigheter, företrädare för kommuner och landsting, läns- och regionförbund, Sveriges Kommuner och Landsting, fackliga organisationer, yrkesföreningar, privata utförare, patient/brukar företrädare och andra som berörs av frågan. Utredningen har därtill medverkat vid ett flertal konferenser och seminarier.

Översynen av betalningsansvarslagen

Betalningsansvarslagen infördes som en del av Ädelreformen. Lagen innebar att kommunerna fick betalningsansvar för somatisk långtidssjukvård samt för medicinskt färdigbehandlade personer inom landstingens akutsjukvård och geriatriska vård. Betalningsansvarslagen kompletterades med bestämmelser om medicinskt färdigbehandlade inom psykiatrin i samband med psykiatrireformen. Syftet med betalningsansvaret är att det ska utgöra ett incitament för kommunerna att inom rimlig tid överta ansvaret för insatser till patienterna när de inte längre behöver vårdas i slutenvård.

Nuvarande betalningsansvarslag

Betalningsansvarslagen innehåller bestämmelser om vårdplanering. Slutenvården ska underrätta berörda enheter att en patient kan komma att behöva insatser efter slutenvårdstiden genom ett inskrivningsmeddelande. Slutenvården ska kalla till vårdplanering och en vårdplan ska upprättas för en patient som efter att ha skrivits ut från sluten vård bedöms behöva kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård, eller landstingets primärvård, öppna psykiatriska vård eller annan öppenvård. Senast dagen före det att en patient beräknas skrivas ut från slutenvården ska berörda enheter underrättas genom ett utskrivningsmeddelande. I Socialstyrelsens föreskrifter finns kompletterande bestämmelser om informationsöverföring i samband med utskrivning.

Lagen innehåller också bestämmelser om kommunernas betalningsansvar. Dessa bestämmelser innebär att kommunen är betalningsskyldig för utskrivningsklara patienter som har en upprättad vårdplan. Betalningsansvaret kan tidigast inträda fem vardagar, lördag, midsommarafton, julafton och nyårsafton oräknade, efter det att kommunen mottagit kallelsen till vårdplaneringen. För patienter i den psykiatriska slutenvården kan betalningsansvaret tidigast inträda trettio vardagar, lördag, midsommarafton, julafton och nyårsafton oräknade, efter det att kommunen mottagit kallelsen till vårdplaneringen.

Lagen är i dag delvis dispositiv, dvs. huvudmännen kan avseende vissa bestämmelser avtala om att annat ska gälla mellan parterna. Parterna kan exempelvis avtala om tidpunkten för inträdet av kommunernas betalningsansvar och de belopp som i sådant fall ska erläggas av kommunen. Det finns dock mycket få exempel på att sådana överenskommelser gjorts.

Problem med nuvarande lagstiftning

Alltför långa väntetider för patienterna

En klar majoritet av alla som omfattas av betalningsansvarslagen är över 65 år. Riksgenomsnittet för denna grupp är att de får vänta cirka fyra dagar efter att de bedömts som utskrivningsklara innan de kan lämna slutenvården.

I första hand är väntetider ett kvalitetsproblem för de berörda patienterna. Slutenvården är inte anpassad för patienternas behov efter att de bedömts som utskrivningsklara. Dessutom finns vissa patientsäkerhetsrisker med sluten vård. Väntetiden att få komma vidare i vårdkedjan medför även en onödigt hög kostnad för samhället eftersom kostnaden för en vårdplats i slutenvård normalt sett är betydligt högre än kostnaden för öppen vård och omsorg. Vården av utskrivningsklara patienter är även en bidragande

orsak till överbeläggningsproblematik. Vid överbeläggningsproblematik kan personalen pressas att skriva ut de patienter som är ”minst sjuka” för att få plats med andra patienter med större behov av vårdplatsen. Det uppstår bl.a. risk för att patienter skrivs ut för tidigt och därigenom ökar också risken att patienter blir återinlagda inom kort. Utskrivningsklara patienter som blir kvar i slutenvård skapar således en ond cirkel. För personal i slutenvård innebär även vården av utskrivningsklara patienter ett etiskt dilemma eftersom en vårdplats som upptas av en utskrivningsklar patient hade kunnat ges till en patient med ett större behov.
Det är mycket stora skillnader i väntetider mellan landstingen, mellan kommuner och mellan olika kliniker. Skillnaderna kan inte entydigt förklaras med olika lokala förutsättningar eller tillgång till resurser. I stället är det ett komplicerat samspel mellan olika faktorer som påverkar ledtidernas längd. Utöver patientens hälsotillstånd, behov och önskemål finns en lång rad andra faktorer som påverkar hur långa ledtiderna blir. Några exempel är hur väl informationsöverföringen fungerar, logistiken kring praktiska ting i samband med utskrivning, omfattningen av och formerna för planeringsarbete, vilket stöd kommunerna har från primärvården eller annan landstingsfinansierad öppenvård, samt vilket insatsutbud kommunen har att erbjuda patienten/brukaren. Utredningen har analyserat vad som kännetecknar de kommuner som i dag har mycket korta ledtider och gemensamt för dessa är att de höjt medvetenheten och prioriterat arbetet med utskrivningsklara patienter, att samverkan mellan olika verksamheter fungerar väl och att arbetssätten inom socialtjänsten anpassats.

Bestämmelserna om vårdplaneringsprocessen är inte adekvata för dagens och morgondagens behov.

Dagens konstruktion av betalningsansvaret medför att vårdplaneringen ofta görs innan patienten lämnar slutenvården. Det är visserligen inte otillåtet att vårdplanera efter att patienten skrivits ut men det kommunala betalningsansvaret förutsätter att vårdplanen är upprättad innan utskrivning. Denna ordning är inte längre fullt ut adekvat mot bakgrund av de stora strukturella förändringar som både hälso- och sjukvården och socialtjänsten genomgått sedan Ädelreformen.
Antalet vårdplatser inom akutsjukvården och annan sluten vård har mer än halverats på tjugo år. Medelvårdtiden i slutenvård inom vuxenpsykiatri har minskat från 60 dagar 1987, 17 dagar 2008 till 15 dagar 2012. Det innebär att allt mer av hälso- och sjukvården flyttat ut från sjukhusen och förväntningarna på vad såväl kommuner som den landstingsfinansierade öppenvården ska klara har förändrats.
De kortare vårdtiderna innebär också att den faktiska planeringstiden för de mottagande enheterna blivit kortare. Den vårdplanering som ska göras enligt betalningsansvarslagen med berörda mottagande enheter tenderar i dag att komma alltför tidigt i patientens återhämtnings- och rehabiliteringsprocess. Det finns även tecken på att vårdplaneringen blir en punktinsats. Planeringen blir därmed inte en process med naturlig uppföljning som det borde vara.
Vidare finns det för en del patienter fördelar med att planeringen görs efter att patienten lämnat sjukhuset och har hunnit återhämta sig något. Patienten kan på så sätt bli mer delaktig i planeringen. Planeringen av insatserna kan bli både mer träffsäker och långsiktig när berörd personal på plats i patientens hem kan se hur han eller hon fungerar i sin vardag. Betalningsansvarslagens konstruktion ger dock starka incitament att i stället vårdplanera på sjukhuset.

Det är mycket vanligt att representanter för primärvård eller annan öppenvård som patienten behöver efter slutenvårdstiden inte deltar i planeringsarbetet i samband med utskrivning. Den vårdplan som upprättas enligt betalningsansvarslagen blir därmed i hög utsträckning en plan över de åtgärder som de berörda kommunala enheterna planerat för den enskilde. Slutenvårdens ansvar för patienten tar normalt slut i samband med att patienten skrivs ut och därmed uppstår risk för ett ”glapp” i ansvarskedjan för patienten.
Utredningen menar att detta är en mycket allvarlig brist i nuvarande system, vilket bidrar till att de samlade insatserna inom vård och omsorg inte hänger samman. Sannolikt är detta en bidragande orsak till oplanerade återinläggningar i slutenvård.

Utredningens förslag

Det finns en tämligen bred enighet om behovet av att åtgärda problemen med patienter som blir kvar onödigt länge i slutenvården. Samtidigt finns intressemotsättningar mellan olika parter avseende vad som behöver åtgärdas för att komma tillrätta med problemen. Utredningen konstaterar att nuvarande betalningsansvarslag inte ger huvudmännen tillräckliga incitament och verktyg för att åtgärda problemen. Lagen ger för svaga incitament för kortare väntetider och vårdplaneringsprocessen är inte anpassad efter de arbetssätt och behov som finns i dag. Planeringen blir inte det effektiva sätt att hålla samman den enskildes insatser som skulle behövas.
Utredningen föreslår att nuvarande betalningsansvarslag upphävs och ersätts av en ny lag – lagen om samverkan vid utskrivning *från sluten hälso- och sjukvård*. Utredningen har i arbetet gjort avvägningar mellan olika intressen och värden med hänsyn taget till de praktiska förutsättningar som råder i dag att åstadkomma förändring.
Syftet med den nya lagen är att patienter som inte längre har behov av den slutna vårdens resurser så snart som möjligt ska kunna lämna slutenvården på ett tryggt sätt. Patienter ska inte vara på sjukhus när de inte behöver. Målgruppen för den föreslagna lagen är patienter som efter utskrivning från den slutna vården behöver insatser från den kommunalt finansierade socialtjänsten eller hälso- och sjukvården och som också kan ha behov av insatser från den landstingsfinansierade öppna vården, inklusive primärvården. Patienter som vårdas med stöd av lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård undantas från lagen eftersom planerings- och utskrivningsprocessen för dessa patienter är radikalt annorlunda än för andra patienter.

En förändrad planeringsprocess

I den nya lagen föreslås en förändrad planeringsprocess. De enheter som ska ta över ansvaret för patientens insatser efter utskrivning från slutenvård behöver snabbare än i dag få kännedom att patienten kan komma att behöva den berörda enhetens insatser. Utredningen föreslår att behandlande läkare i sluten vård inom 24 timmar efter att patienten skrivits in underrättar berörda enheter genom ett inskrivningsmeddelande. Inskrivningsmeddelandet ska innehålla en bedömning av när patienten är utskrivningsklar. Utredningen bedömer att det underlättar mottagande enheters förberedelser om sådan information kommer så tidigt som möjligt.
Utredningen föreslår att skyldigheten att upprätta en vårdplan i dess nuvarande form tas bort. I stället ska redan befintlig bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen om *samordnad individuell plan* tillämpas i planeringsarbetet. Den föreslagna lagen styr inte mot när i tid den samordnade individuella planeringen ska göras vilket innebär att planeringen kan göras även efter att patienten skrivits ut. Den

samordnade individuella planeringen med berörda enheter ska ske när det är mest optimalt för patienten.
Utredningen föreslår att när en berörd enhet i den landstingsfinansierade öppna vården har fått ett inskrivningsmeddelande angående en patient, ska verksamhetschefen utse en *fast vårdkontakt* för patienten, om han eller hon inte redan har en sådan. Bestämmelser om fast vårdkontakt finns sedan tidigare i HSL och patientlagen och länkas nu samman med bestämmelser om utskrivningsprocessen.
Patientens fasta vårdkontakt får enligt utredningens förslag, *ansvar för att kalla berörda enheter* till samordnad individuell planering. Avsikten med detta är att säkerställa den öppna vårdens medverkan i den samordnade individuella planeringen i samband med utskrivning.

Krav på att huvudmännen ska komma överens om samverkan kring utskrivningsklara

Lagstiftningen måste vara så flexibel att den inte förhindrar anpassning till lokala förhållanden och arbetssätt. Anpassning till lokala förhållanden är en viktig förutsättning för att resurser ska användas på det mest optimala sättet. Ett principiellt ställningstagande är därför att lagen endast ska säkerställa vissa nödvändiga principer och regler. I första hand ska huvudmännen *komma överens om gemensamma riktlinjer för samverkan*. De ska kunna välja den detaljeringsgrad som är nödvändig utifrån lokala förutsättningar och önskemål. Detta gäller exempelvis rutiner för informationsöverföring, vad som ska vara åtgärdat innan patienten skrivs ut från sluten vård, vem som ansvarar för vad, hur patienter ska följas upp m.m.
Utredningen föreslår att det ska vara obligatoriskt för huvudmännen att komma överens om när kommunernas betalningsansvar inträder och vilka belopp som kommunerna i sådant fall ska betala, faktureringsrutiner samt hur huvudmännen ska lösa eventuella tvister med varandra.

Lagstiftningen innehåller en ”back-up-lösning” om huvudmännen inte kommer överens

Utredningen bedömer att det även framgent behövs ekonomiska incitament för att väntetiderna mellan sluten vård och vård och omsorg i öppna former ska kunna hållas så korta som möjligt. Vad som är rimliga planeringstider (och därmed väntetider) är dock avhängigt många olika faktorer, t.ex. lokala förutsättningar, den enskilde patientens situation och hur effektiv samverkan är mellan olika verksamheter. Utredningen föreslår att huvudmännen ges en skyldighet att mellan sig överenskomma tidsramar, belopp och andra villkor för det kommunala betalningsansvaret. På detta sätt kan väntetiderna bli bättre anpassade till lokala förhållanden. En målsättning ska vara att väntetiderna ska hållas så korta som möjligt.
Utredningen föreslår att lagen förses med en ”back-up-lösning” om huvudmännen inte kan komma överens om tidfrister och belopp avseende betalningsansvaret för utskrivningsklara patienter. ”Back-up-lösningens” konstruktion innebär skarpare krav på huvudmännen jämfört med dagens lagstiftning. Utredningens avsikt med detta är att stimulera huvudmännen till förbättringsarbete utifrån lokala förutsättningar och att huvudmännen därigenom ska komma överens om vilka fristdagar och belopp som är adekvata lokalt. Förslaget innebär att förändrings- och förbättringsarbete kommer att behöva utföras hos båda huvudmännen.
I dagens betalningsansvarslag räknas tidsfristen från tidpunkten då kommunen mottagit kallelse till vårdplanering. Betalningsansvaret kan tidigast inträda fem vardagar efter att

kallelsen mottagits respektive trettio vardagar för patienter i psykiatrisk vård. De tidsfrister för betalningsansvarets inträde som finns i dag sattes mot bakgrund av vad som vid den tiden ansågs vara en god standard. Utredningens förslag är att det kommunala betalningsansvaret inträder *tre dagar* efter att behandlande läkare i slutenvård underrättat berörda enheter om att patienten är utskrivningsklar. Utredningen konstaterar att många kommuner redan i dag har rutiner som säkerställer snabbare övergångar. Utredningens förslag innebär därmed att standarden sätts efter de som i dag arbetar effektivt med utskrivningsklara patienter. Utredningens förslag innebär att regelverket kring fristdagar blir lika för alla patienter vilket innebär att patienter som vårdas i psykiatrisk slutenvård inte längre får avvikande regler.
Utredningen föreslår att det för varje år ska finnas ett nationellt fastställt belopp som kommunerna ska betala om betalningsansvaret inträtt och om huvudmännen inte kommit överens om annat. Beloppet ska motsvara ett genomsnitt i landet och inte differentieras avseende typ av vårdplats. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska årligen fastställa detta belopp med hänsyn till utvecklingen av kostnaden för en vårdplats i slutenvård.

Det kommunala betalningsansvaret villkoras - landstingen måste ha utfört vissa centrala uppgifter

Kommunernas möjligheter att snabbare än i dag ta över sin del av ansvaret för utskrivningsklara patienter är i mycket stor utsträckning avhängigt såväl slutenvårdens agerande som att den landstingsfinansierade öppenvården är delaktig i processen. Landstingen sitter således på centrala förutsättningar för kommunerna att ta sin del av ansvaret.
Mot denna bakgrund bedömer utredningen att det kommunala betalningsansvaret för utskrivningsklara patienter ska villkoras på så sätt att landstinget måste ha uppfyllt vissa centrala delar i processen för att det kommunala betalningsansvaret överhuvudtaget ska komma ifråga.
Utredningens förslag innebär att landstingen inom 24 timmar efter att patienten skrivits in i slutenvård ska underrätta berörda enheter inom kommuner och landstingsfinansierad öppenvård att patienten kan komma att behöva insatser efter att patienten skrivs ut. Inskrivningsmeddelandet ska innehålla uppgift om beräknad utskrivningsdag. På detta sätt får kommunen och berörda enheter inom landstinget på ett tidigare stadium än i dag möjlighet att planera för mottagandet av patienten. Om den slutna vården inte skickar ett inskrivningsmeddelande för patienten kan kommunen inte få något betalningsansvar.
En stor och allvarlig brist i dag är att den landstingsfinansierade öppna vården som patienten behöver efter utskrivning från sjukhus inte är tillräckligt delaktig i planeringsarbetet runt patienterna. Utredningen bedömer att detta ofta är en bidragande orsak till oplanerade återinläggningar av patienter. Primärvårdens/öppenvårdens frånvaro i planeringsprocessen kan också bidra till längre ledtider mellan slutenvård och vård och omsorg i öppna former. Detta eftersom kommunernas verksamheter ofta är beroende av insatser från primärvården eller annan öppenvård för att på ett patientsäkert sätt kunna ta över sin del av ansvaret för patienten. Det är således viktigt att patientens vistelse i slutenvård även blir en angelägenhet för den landstingsfinansierade öppna vården. För att säkerställa att den landstingsfinansierade primärvåren/öppenvården är delaktig i planeringsarbetet i samband med utskrivning föreslår utredningen att patienter som omfattas av den föreslagna lagen alltid ska få en fast vårdkontakt utsedd i den landstingsfinansierade öppna vården. Den fasta

vårdkontakten får ansvar för att kalla till samordnad individuell planering. Kallelsen ska skickas inom tre dagar efter att slutenvården underrättat berörda enheter att patienten bedömts som utskrivningsklar. Om så inte sker kan kommunen inte heller bli betalningsansvarig till landstinget om patienten blir kvar i slutenvård efter att tre dagar gått.

Huvudmännen behöver stöd i förändringsarbetet

Utredningen föreslår utöver de lagändringar som nämns ovan att regeringen tar initiativ till ett utvecklingsprogram för att stödja huvudmännen i den omställning som är önskvärd för att åstadkomma kortare väntetider. Utvecklingsprogrammet har flera olika delar; stöd till huvudmännen att teckna överenskommelser om samverkan avseende utskrivningsklara patienter, utredningsstöd för att hitta de lokala ”bromsklossarna” i systemet, metodstöd avseende samordnade individuella planer, utvecklad statistik vad gäller utskrivningsklara patienter och sambandet med oplanerade återinläggningar, stöd till kommunerna att införa nya arbetssätt, utveckling av metoder och arbetssätt avseende fast vårdkontakt m.m. Utredningen föreslår även att regeringen efter en tid tar initiativ till en uppföljning av utvecklingen av väntetider och eventuella undanträngningseffekter.

Ekonomiska och andra konsekvenser

En målsättning med den nya lagen är att den ska leda till ett effektivare resursutnyttjande av hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens sammantagna resurser, samtidigt som kvaliteten ökar för patienterna. Utredningens förslag innebär att huvudmännen lokalt måste komma överens om tidsfrister för inträdet av kommunernas betalningsansvar samt vilka belopp som kommunerna i sådant fall ska betala. Det är därmed inte möjligt att i förväg beräkna utfallet av de förändringar som utredningen föreslår.

Om utredningens förslag avseende tidsfrister och belopp skulle tillämpas nationellt uppskattar utredningen att den totala medelvårdtiden efter att patienten bedömts som utskrivningsklar skulle kunna halveras. I sammanhanget är det inte adekvat att tala om besparingar i monetära termer eftersom de vårdplatser som skulle frigöras kommer att behövas för andra patienter alternativt underlätta i situationer där det finns överbeläggningar. Samtidigt som resurserna används mer effektivt höjs kvaliteten på vården och omsorgen för de berörda patienterna/brukarna eftersom de slipper onödig väntetid. Utredningens förslag innebär en effektivisering av planeringsprocessen och vi bedömer, mot bakgrund av befintliga exempel där man redan i dag har arbetsätt som möjliggör korta väntetider, att kostnaderna generellt sett inte ökar. Utredningen kan heller inte se några skäl till att kostnaderna för kommunernas avgifter till landstingen generellt sett skulle öka. Utredningen bedömer att kommunernas planeringsförutsättningar ändras på ett sådant sätt att omställningen är möjlig utan att det generellt sett behövs tillföras mer resurser. Målgruppen och behoven är i princip desamma som i dag. Kostnaderna för kommunernas ansvar för att ge insatser, även med kort varsel, skatteväxlades i samband med Ädel- och psykiatrireformerna.

Utredningen anser att finansieringsprincipen inte är tillämplig i detta fall. Finansieringsprincipen gäller förhållandet mellan staten och kommunsektorn och detta förslag avser endast ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting.

REGERINGSKANSLIET

Remiss

2015-04-30

S2015/3030/FST

Socialdepartementet
Enheten för familj och sociala tjänster

Annika Streiler
Telefon 08-405 31 31

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN

2015 -05- 04

Dnr...../...../20.....

Bidrag till glasögon för barn och unga (Ds 2015:xx)

Remissinstanser:

1. Riksdagens ombudsmän (JO)
2. Kammarrätten i Jönköping
3. Förvaltningsrätten i Stockholm
4. Domstolsverket
5. Socialstyrelsen
6. Folkhälsomyndigheten
7. Myndigheten för delaktighet
8. Barnombudsmannen
9. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor
10. Diskrimineringsombudsmannen (DO)

11. Blekinge läns landsting
12. Dalarna läns landsting
13. Gävleborgs läns landsting
14. Hallands läns landsting
15. Jämtlands läns landsting
16. Jönköpings läns landsting
17. Kalmar läns landsting
18. Kronobergs läns landsting
19. Norrbottens läns landsting
20. Skåne läns landsting
21. Stockholms läns landsting
22. Södermanlands läns landsting
23. Uppsala läns landsting
24. Värmlands läns landsting
25. Västerbottens läns landsting
26. Västernorrlands läns landsting

27. Västmanlands läns landsting
28. Västra Götalands läns landsting
29. Örebro läns landsting
30. Östergötlands läns landsting

31. Ale kommun
32. Borgholms kommun
33. Enköpings kommun
34. Flens kommun
35. Gotlands kommun
36. Gävle kommun
37. Göteborgs kommun
38. Hagfors kommun
39. Halmstads kommun
40. Karlskrona kommun
41. Lindesbergs kommun
42. Malmö kommun
43. Nässjö kommun
44. Piteå kommun
45. Sala kommun
46. Skellefteå kommun
47. Solna kommun
48. Stockholms kommun
49. Växjö kommun
50. Örebro kommun

51. Handikappförbunden (HSO)
52. Lika Unika
53. Majblommans Riksförbund
54. Nätverket för Barnkonventionen
55. Optikbranschen
56. Optikerförbundet
57. Riksföreningen för ögonsjukvård
58. Riksorganisationen unga synskadade
59. Rädda Barnen
60. Sveriges Kommuner och Landsting
61. Synskadades riksförbund
62. Sveriges ögonläkarförening

Remissvaren ska vara inkomna till Socialdepartementet senast **den 20 augusti 2015.**

Svaren ska endast skickas i elektronisk form, både i word- och pdf-format. Vänligen ange diarienumret S2015/3030/FST och remiss-instansens namn i rubriken på e-postmeddelandet.

Remissvaren skickas till följande e-postadresser: s.registrator@regeringskansliet.se och s.fst@regeringskansliet.se.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på promemorian.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

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

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

Med vänlig hälsning

Per-Anders Sunesson
Departementsråd

Kopia till

Fritzes kundservice, 106 47 Stockholm

Ds 2015:xx

Bidrag för glasögon till barn och unga

REGERINGSKANSLIET
Socialdepartementet

Innehåll

1 Sammanfattning 5

2 Författningsförslag 7

2.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 7

2.2 Förordning om bidrag för kostnad för glasögon eller kontaktlinser till barn och unga 9

3 Bakgrund 11

3.1 Barns och ungas synutveckling 11

3.2 Barn och ungas behov av glasögon 11

3.3 Landstingens stöd till barn och unga med behov av glasögon 12

3.4 Andra former av stöd 14

3.5 Skillnader i landstingens bidragsgivning till glasögon 14

4 Överväganden och förslag 17

4.1 Bidrag för glasögon till barn och unga 17
- 4.1.1 Målgruppen för bidraget 17
- 4.1.2 Bidragets omfattning 18
- 4.1.3 Bidragshanteringen 18
- 4.1.4 Förutsättningar för att få bidrag 19
- 4.1.5 Återbetalning och återkrav 19

4.2 Ikraftträdande 20

5 Konsekvenser av förslaget 21

5.1 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen 21

5.2 Ekonomiska konsekvenser för landstingen 22

5.3 Konsekvenser för barn och unga 23

5.4 Konsekvenser för jämställdhet 23

6 Författningskommentarer 25

6.1 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 25

1 Sammanfattning

I denna promemoria ges förslag till ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) om att bidrag ska lämnas för glasögon eller kontaktlinser till barn och unga. Förslaget syftar till att ge varje flicka eller pojke, oavsett bakgrund eller funktionsförmåga, de bästa förutsättningarna för att utveckla sin potential och kunna delta på egna villkor såväl i skolan som på fritiden.

I dag råder det stora skillnader i landstingens bidragsgivning för glasögon till barn och unga. Alla landsting ger bidrag till standardglasögon eller kontaktlinser efter recept av ögonläkare till barn i åldern 0–7 år. Det är däremot bara ett fåtal landsting som ger bidrag för standardglasögon till barn och unga över 8 år och subventionsgraden varierar.

För att ge barn bättre förutsättningar för att delta i skola och på fritiden, föreslås att barn och unga i åldern 8–19 år ska få bidrag för glasögon eller kontaktlinser.

Ändringarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2016.

2 Författningsförslag

2.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Härigenom föreskrivs att 3 b § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)[1] ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*

3 b §[2]

Landstinget ska erbjuda dem som är bosatta inom landstinget eller som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas där,

1. habilitering och rehabilitering,
2. hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning, och
3. tolktjänst för vardagstolkning för barndomsdöva, dövblinda, vuxendöva och hörselskadade.

Landstingets ansvar omfattar dock inte habilitering, rehabilitering och hjälpmedel som en kommun inom landstinget har ansvar för enligt 18 b §. Landstingets ansvar innebär inte någon inskränkning i de skyldigheter som arbetsgivare eller andra kan ha enligt annan lag.

Habilitering eller rehabilitering samt tillhandahållande av hjälpmedel ska planeras i samverkan med den enskilde. Av planen ska planerade och beslutade insatser framgå.

Landstinget ska ge den enskilde möjlighet att välja hjälpmedel enligt vad som anges i 7 kap. 2 § patientlagen (2014:821).

Landstinget ska lämna bidrag

[1] Lagen omtryckt 1992:567.
[2] Senaste lydelse 2014:822.

för kostnad för glasögon eller kontaktlinser till barn och unga som är mellan 8 och 19 år. Regeringen får meddela föreskrifter om bidragets storlek och övriga villkor för bidraget.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2016.

2.2 Förordning om bidrag för kostnad för glasögon eller kontaktlinser till barn och unga

Regeringen föreskriver följande.

1 § Denna förordning innehåller bestämmelser om bidrag för kostnad för glasögon eller kontaktlinser till barn och unga enligt 3 b § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Bidragets omfattning

2 § Bidrag för kostnad enligt 1 § ska som lägst uppgå till 800 kr per person.

Om kostnaden för glasögonen eller kontaktlinser är ett lägre belopp än vad som anges i första stycket ska bidrag uppgå till den faktiska kostnaden.

Bidrag lämnas inte för kostnad för glasögon eller kontaktlinser som har skadats eller tappats bort eller kostnad för reservglasögon eller motsvande kontaktlinser.

Förutsättningar för bidraget

3 § För att få bidrag för glasögon eller kontaktlinser krävs recept eller ordinationsunderlag från en ögonläkare, ortoptist eller optiker.

Återbetalning och återkrav

4 § Den som har tagit emot bidrag enligt denna förordning är återbetalningsskyldig, om

1. mottagaren genom att lämna oriktiga uppgifter eller på något annat sätt har förorsakat att bidraget har lämnats felaktigt eller med för högt belopp,
2. bidraget av något annat skäl har lämnats felaktigt eller med för högt belopp och mottagaren borde ha insett detta,
3. bidraget inte har använts för det ändamål som det har beviljats för.

Landstinget får besluta att helt eller delvis kräva tillbaka ett bidrag om någon är återbetalningsskyldig enligt första stycket.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2016.

3 Bakgrund

3.1 Barns och ungas synutveckling

Ett barns syn utvecklas snabbt. Från födseln fram till omkring fyra års ålder har barn utvecklat en synskärpa nästan som hos en vuxen. Synutvecklingen fortsätter sedan fram till omkring 8–10 års åldern med individuella variationer. Utvecklingen av synen är individuell och kan leda till olika former av synnedsättning. Formen av synnedsättning beror på synfelens karaktär och art. Variationerna är stora och kan periodvis utvecklas snabbt. Barn kan också ha helt olika behov av lösningar för sitt synfel, allt från korrektion till synträning. Många barn är översynta (hyperopi) vid födseln men det ger för de flesta barn inte några problem. När barn börjar läsa och når skolåldern brukar översyntheten minska. I de tidiga tonåren har de flesta barn inget brytningsfel men hos vissa ändras detta och leder till närsynthet (myopa). Den utvecklingen kan fortsätta till 20-årsåldern.[3]

3.2 Barn och ungas behov av glasögon

År 2014 fanns det i Sverige knappt 1 303 366 barn och unga i åldern 8–19 år.[4] I Socialstyrelsens kartläggning[5] från 2013, görs antagandet att cirka 12–13 procent av barnen i grundskoleåldern (8–16 år) kan behöva glasögon eller kontaktlinser. Givet att det inte finns ett större behov i åldern 17–19 år skulle det innebära att mellan 156 400 och 169 400 barn och unga, 8–19 år, är i behov av glasögon eller

[3] S:t Eriks Ögonsjukhus webbsida.
[4] Inkluderar även barn i familjer som söker asyl, ensamkommande flyktingbarn samt barn som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.
[5] Socialstyrelsen (2013) *Landstingens stöd till glasögon för barn – En kartläggning inom ramen för landstingens hjälpmedelsverksamhet.*

kontaktlinser. Det finns säkerligen stora skillnader i gruppen gällande behovet av glasögon eller kontaktlinser eftersom synfelen är av individuell art och karaktär, men det har tyvärr inte varit möjligt att redovisa skillnader inom gruppen närmare, exempelvis skillnaden i flickors och pojkars behov.

Kostnad för glasögon till barn och unga

Kostnaden för glasögon varierar. Vanliga standardglasögon har tidigare varit kostsamma men i och med produktutveckling och ökad konkurrens har priserna sjunkit. Ett par enkla glasögon inklusive glas och båge till barn och unga kan kosta runt 500 kronor medan ett par glasögon med bättre glas, repskydd och båge kan kosta cirka 1 200 kronor.[6]

3.3 Landstingens stöd till barn och unga med behov av glasögon

I de fall ett barn har ett så svårt synfel att barnet bedöms ha en funktionsnedsättning ska landstinget erbjuda de hjälpmedel som den enskilde har behov av utifrån den påverkan synfelet har på det dagliga livet. En sådan bedömning görs av hälso- och sjukvården i varje enskilt fall.

Utöver ansvaret för hjälpmedel har landstingen också möjlighet att ge frivilliga subventioner till barns glasögon, om de bedömer att behovet finns. Bidragen är oreglerade och varierar mellan landstingen.

Glasögon som hjälpmedel

Landstingen ansvarar enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) för att erbjuda hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning. Hälso- och sjukvårdslagen är en ramlag och varje landsting får besluta om avgifter och regler för hjälpmedel, utifrån lokala och

[6] Socialstyrelsen (2013) *Landstingens stöd till glasögon för barn – En kartläggning inom ramen för landstingens hjälpmedelsverksamhet*

regionala behov. Avgifterna och reglerna kan därför skilja sig åt mellan olika sjukvårdshuvudmän.

Landstingen ska enligt 3 b § hälso- och sjukvårdslagen erbjuda hjälpmedel till dem som är bosatta inom landstinget eller som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas där. Landsting och kommuner kan också träffa överenskommelse om att kommunen ska ansvara för hjälpmedel åt personer med funktionsnedsättning. Landstingets ansvar omfattar därför inte hjälpmedel som en kommun inom landstinget har ansvar för enligt 18 b §.

I Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:1) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården finns bestämmelser om förskrivning av hjälpmedel. Varje landsting utarbetar riktlinjer eller regelverk som ligger till grund för vilka produkter som kan förskrivas. En princip i många landsting är att de produkter som förskrivs kräver hälso- och sjukvårdens kompetens för att produkten ska provas ut och förskrivas som hjälpmedel. En annan princip är att produkter som är vanligt förekommande i ett hem och som kan köpas i allmän handel inte kan förskrivas som personliga hjälpmedel.

Definition av hjälpmedel

Det finns ingen definition av begreppet hjälpmedel i hälso- och sjukvårdslagen. I förarbetena (prop. 1992/93:159) definieras däremot begreppet. Med hjälpmedel för den dagliga livsföringen avses hjälpmedel som krävs för att den enskilde själv eller med hjälp av någon annan ska kunna tillgodose grundläggande personliga behov, förflytta sig, kommunicera med omvärlden, fungera i hemmet och i närmiljön, orientera sig, sköta vardagslivets rutiner i hemmet, gå i skolan samt delta i normala fritids- och rekreationsaktiviteter.

3.4 Andra former av stöd

Ekonomiskt bistånd från kommunerna

Kommuner har också möjlighet att bistå med ekonomisk hjälp för den som är i behov av glasögon. Rätten till bistånd regleras i 4 kap. socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL. Där anges bl.a. att den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning (försörjningsstöd)och för sin livsföring i övrigt. Den enskilde ska genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Med begreppet livsföring i övrigt avses alla de olika behov som den enskilde kan ha för att tillförsäkras en skälig levnadsnivå och som inte omfattas av försörjningsstödet. Det kan vara bistånd till läkarvård eller tandvård, glasögon, möbler m.m. En individuell bedömning måste göras i varje enskilt fall.

Vårdbidrag

Om ett barn med en funktionsnedsättning eller sjukdom behöver särskild tillsyn och vård i minst sex månader, har vårdnadshavaren rätt till vårdbidrag. Den som har stora merkostnader på grund av barnets funktionsnedsättning kan även ha rätt till vårdbidrag. Merkostnader kan vara utgifter för hjälpmedel, exempelvis glasögon, särskild mat, resor.

3.5 Skillnader i landstingens bidragsgivning till glasögon

Socialstyrelsen lämnade 2013 rapporten ”Landstingens stöd till glasögon för barn – En kartläggning inom ramen för landstingens hjälpmedelsverksamhet”. Kartläggningen visar att bidragsgivningen för glasögon till barn och unga är ojämn, dels vad gäller vilka landsting som ger bidrag, dels hur stort bidraget är.

Barnhjälpsorganisationen Majblomman[7], har i en rapport från 2014 "Majblomman om skolbarns rätt till glasögon" påtalat de ojämlika förutsättningarna för att få bidrag för glasögon till barn och unga. I mitten av 2000-talet påtalade också flera av Majblommans lokalföreningar att de hade fått in ett ökande antal ansökningar om bidrag till glasögon.

Bidrag till barn i åldern 0–7 år

Alla landsting[8] ger bidrag till standardglasögon eller kontaktlinser efter recept av ögonläkare till barn i ålder 0–7 år. Bidragsbeloppen för standardglasögon ligger mellan 400 kronor och 725 kronor.[9] Regeringen utgår från att dessa bidrag kommer att finnas kvar.

Bidrag till barn och unga i åldern 8–19 år

För barn över 8 år och upp till 19 år är det endast fem landsting som ger bidrag för standardglasögon. Beloppen för bidragen varierar mellan 300 kronor och 1 000 kronor. För barn över 8 år med bestående grava synfel ges efter medicinsk bedömning bidrag till glasögon eller kontaktlinser i alla landsting. Dessa bidrag är utformade på olika sätt och varierar mellan 500 kronor och 2 200 kronor. Grava synfel kan exempelvis vara afaki (ögat saknar en naturlig lins), bestående skelning, keratokonus (toppig hornhinna), översynthet, närsynthet eller brytningsfel.[10]

[7] Majblomman har drygt 800 lokalföreningar runt om i landet och föreningarna samverkar med skola, sjuk- och hälsovård samt socialtjänst på orterna. Majoriteten av Majblommans insamlade pengar går till barn i form av till exempel ekonomiska bidrag som kan täcka kostnader för vinterkläder, glasögon, fritidsaktiviteter m.m.
[8] Stockholms läns landsting ger fr.o.m. den 2 juni 2014 bidrag för glasögon till barn upp till och med 9 år.
[9] Socialstyrelsen (2013) *Landstingens stöd till glasögon för barn – En kartläggning inom ramen för landstingens hjälpmedelsverksamhet.*
[10] Ibid.

4 Överväganden och förslag

4.1 Bidrag för glasögon till barn och unga

Förslag: I hälso- och sjukvårdslagen införs en bestämmelse om att landstinget ska lämna bidrag för kostnad för glasögon eller kontaktlinser till barn och unga som är mellan 8 och 19 år. Regeringen får meddela föreskrifter om bidragets storlek och övriga villkor för bidraget.

Skälen för förslaget

En mer jämlik tillgång på glasögon bedöms motverka att barn och unga som lever i familjer i ekonomisk utsatthet och i dag inte får bidrag för glasögon hamnar i utanförskap.

I dagsläget råder det skillnader i landstingens bidragsgivning till glasögon för barn och unga. Alla landsting ger bidrag till standardglasögon eller kontaktlinser efter recept av ögonläkare till barn i åldern 0–7 år. Få landsting ger däremot bidrag för standardglasögon till barn och unga över 8 år och subventionsgraderna varierar. Syftet med förslaget är att införa ett bidrag för att möjliggöra för flickor och pojkar mellan 8 och 19 år, oavsett bakgrund eller funktionsförmåga, att kunna delta på egna villkor i såväl skola som på fritiden. Det bidrar till att barn och unga kan leva och växa upp under goda förhållanden.

4.1.1 Målgruppen för bidraget

Alla landsting ger i dag bidrag för standardglasögon till barn i åldern 0–7 år med stöd av 3 b § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Variationen är däremot stor vad gäller landstingens

bidragsgivning till standardglasögon för barn och unga över 8 år. Det gäller dels vilka landsting som ger bidrag, dels hur stora belopp som ges.

Målgruppen för bidraget är barn och unga i åldern 8–19 år, dvs. från grundskoleålder upp till gymnasieskoleålder Bidrag ska ges till och med det år då barnet fyller nitton år, motsvarande reglerna för avgiftsfri tandvård för barn och unga enligt 7 § och 15 a § tandvårdslagen (1985:125).

4.1.2 Bidragets omfattning

Förslaget innebär att bidrag för kostnad för glasögon eller kontaktlinser till barn och unga som lägst får uppgå till 800 kronor per barn eller ung person. Bidrag bör inte ges för kostnad för skadade eller borttappade glasögon eller kostnad för reservglasögon eller motsvarande kontaktlinser. Dessa avgränsningar baseras på hur landstingen hanterar bidragsgivningen i dag, då bidrag vanligtvis inte utgår för dessa kostnader.

Utgångspunkten för förslaget är att 13 procent av barn och unga i åldern 8 till 19 år är i behov av glasögon eller kontaktlinser.[11] Det innebär att drygt 169 400 barn och unga kommer att kunna få bidrag till glasögon eller kontaktlinser. Det föreligger dock en osäkerhetsfaktor kring hur stor andel av åldersgruppen som kan antas behöva glasögon eller kontaktlinser samt hur ofta byte behöver ske p.g.a. förändrat behov. Enligt SCB:s prognos förväntas målgruppen dessutom att öka med cirka 20 procent fram till 2030. Bidraget föreslås därför som lägst uppgå till 800 kronor. Det är sedan upp till varje landsting att besluta om högre bidrag ska ges.

4.1.3 Bidragshanteringen

Bidragshanteringen sker genom landstingen och de har frihet att betala ut bidraget på det sätt som de anser är mest ändamålsenligt. Landstingen ger redan i dag bidrag för glasögon och det finns uppbyggda system och strukturer för detta som kan användas.

[11] Baserat på Socialstyrelsens antagande om att 12-13 procent av barn i ålder 8-16 år är i behov av glasögon.

Det är upp till varje enskilt landsting att bedöma om ett högre bidrag ska ges än det som föreslås i denna promemoria samt om bidrag ska ges enbart för glasögon och/eller kontaktlinser. Bland de fem landsting som i dag ger bidrag för standardglasögon varierar subventionsgraderna mellan 300 och 1000 kronor.[12] I och med detta förslag kommer alla landsting, inom ramen för sitt befintliga system för bidragsgivning, att ge bidrag på lägst 800 kronor för standardglasögon till barn och unga i åldern 8–19 år. Det är viktigt att denna lagändring inte bidrar till en ambitionssänkning hos de landsting som i dagsläget ger ett högre bidrag till målgruppen. Förslaget syftar till att göra bidragsgivningen jämnare och tydligare för den enskilde, oavsett tillhörande landsting, och inte till att sänka nuvarande nivåer.

Socialstyrelsen bör få i uppdrag att följa upp reformen och utvärdera den. I detta ingår att följa upp kostnadsutvecklingen.

4.1.4 Förutsättningar för att få bidrag

För att få bidrag för glasögon eller kontaktlinser krävs recept eller ordinationsunderlag från en ögonläkare, ortoptist eller optiker.

4.1.5 Återbetalning och återkrav

Mottagaren av bidraget föreslås bli återbetalningsskyldig om denne genom att lämna oriktiga uppgifter eller på något annat sätt har förorsakat att bidraget har lämnats felaktigt eller med för högt belopp, om bidraget av något annat skäl har lämnats felaktigt eller med för högt belopp och mottagaren borde ha insett detta. Mottagaren bör även bli återbetalningsskyldig om bidraget inte har använts för det ändamål som det har beviljats för. Landstinget får besluta att helt eller delvis kräva tillbaka ett bidrag om någon är återbetalningsskyldig enligt första stycket.

[12] Socialstyrelsen (2013) *Landstingens stöd till glasögon för barn - En kartläggning inom ramen för landstingens hjälpmedelsverksamhet.*

4.2 Ikraftträdande

Förslag: Lagändring och ny förordning ska träda i kraft den 1 januari 2016.

Skälen för förslaget: Lagen om ändring i hälso- och sjukvårdslagen samt förordning om bidrag för kostnad för glasögon till barn och unga bör träda i kraft så snart som möjligt och därför föreslås ikraftträdandet till den 1 januari 2016.

5 Konsekvenser av förslaget

5.1 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Av 14 kap. 3 § regeringsformen, förkortad RF, framgår att en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte bör gå längre än vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den. I förarbetena anges att denna reglering innebär att riksdagen regelmässigt måste pröva kommunernas självstyrelseintressen när begränsningar av självstyrelsen övervägs (prop. 2009/10:80). Vidare anges att proportionalitetsprövningen bör innefatta en skyldighet att undersöka om det ändamål som regleringen avser att tillgodoses kan uppnås på ett, för det kommunala självbestämmandet, mindre ingripande sätt än det som föreslås.

I denna skrivelse finns förslag som innebär en skyldighet för landstingen att lämna bidrag för kostnad för glasögon eller kontaktlinser till barn och unga som är mellan 8 och 19 år.

Förslaget får anses innebära en utvidgning av landstingens åliggande genom att det blir en skyldighet för landstingen att lämna bidrag för kostnad för glasögon till vissa ålderskategorier av barn och unga med ett belopp som regeringen föreskriver. Det bedöms inte lämpligt att i lag låta binda bidragets storlek eller villkor av mer detaljerad art eller som rör verkställighet.

Förslaget bedöms inskränka den kommunala självstyrelsen. Denna inskränkning måste vägas mot förslagets syfte, dvs. att bidra till att barn och unga i åldrarna 8–19 år får förbättrade förutsättningar att delta i samhället på lika villkor.

Eftersom landstingen redan i dag har en lagstadgad skyldighet att erbjuda dem som är bosatta inom landstinget eller som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas där hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning (3 b § hälso- och sjukvårdslagen [1982:763]), bedöms försla-

get medföra endast en mindre inskränkning i den kommunala självstyrelsen.

Ett för den kommunala självstyrelsen mindre ingripande alternativ är att staten skulle lämna bidrag direkt till barnet eller den unge eller till optiker. Detta skulle emellertid kräva bl.a. ett nytt system för administration av bidrag samt bli en ny uppgift för en myndighet. Vidare lämnar samtliga landsting bidrag till barn under 8 år så det finns redan i dag en uppbyggd administration av bidrag för glasögon för barn.

Vikten av att stödja barns och ungas tillgång till glasögon bedöms väga över den begränsade inskränkning som förslaget innebär i den kommunala självstyrelsen. Förslaget bedöms därför vara proportionerligt och godtagbart.

5.2 Ekonomiska konsekvenser för landstingen

Antalet barn i åldern 8–19 i Sverige 2014 uppgick till 1 303 366 personer.[13] Cirka 13 procent av målgruppen kan förväntas ha behov av glasögon eller kontaktlinser, dvs. drygt 169 400 personer. Byte av glasögon förväntas i genomsnitt ske vartannat år för hälften av målgruppen medan vissa förväntas byta oftare. Därmed utgår bidrag årligen till 75 procent av målgruppen. Bidraget ska vidare ges på minst 800 kronor. Den totala kostnaden för bidraget uppskattas därmed uppgå till knappt 101,7 miljoner kronor per år.

Därutöver tillkommer en viss administrationskostnad för landstingen för att bevilja och ombesörja utbetalning av bidraget för glasögon. Inom ramen för de bidrag för glasögon till barn som redan i dag ges i landstingen, finns det uppbyggda system för bidragsgivning som kan användas. Införandet av detta bidrag kan däremot leda till ökade administrativa kostnader gällande handläggningen av ärendena. Vissa landsting kommer sannolikt att få ökade kostnader medan det i andra inte kommer att leda till några större förändringar. För landstingens ökade administration beräknas kostnaderna till cirka 14,5 miljoner kronor årligen, under förutsättning att byte av glasögon sker i genomsnitt vartannat år för

[13] Inkluderar även barn i familjer som söker asyl, ensamkommande flyktingbarn samt barn som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

hälften av målgruppen och att vissa kommer att byta oftare samt att varje handläggare handlägger 20 ärenden per dag.

Landstingen avses kompenseras för kostnaderna enligt den kommunala finansieringsprincipen.

5.3 Konsekvenser för barn och unga

Genom förslaget ges flickor och pojkar, oavsett bakgrund eller funktionsförmåga större möjligheter att delta i samhället på lika villkor. Det bidrar till att barn kan leva och växa upp under goda förhållanden.

5.4 Konsekvenser för jämställdhet

Reformen som innebär att alla barn och unga oavsett kön ska få bidrag för kostnad för glasögon är ur jämställdhetsperspektiv neutral till sin utformning. Förändringen förväntas emellertid få störst betydelse för familjer med låga inkomster, där ensamstående kvinnor med barn är en stor grupp. Förslaget kan därför i viss mån få positiv inverkan på jämställdheten mellan kvinnor och män.

6 Författningskommentarer

6.1 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

3 b §

Ett nytt *femte stycke* förs in i paragrafen. Paragrafen behandlas i avsnitt 4.

Av paragrafen följer att landstinget ska vara skyldiga att lämna bidrag för kostnad för glasögon eller kontaktlinser till barn och unga som är mellan åldrarna 8–19 år.

I paragrafen anges att regeringen får meddela föreskrifter om bidragets storlek och övriga villkor för bidraget. I förordning kan anges en lägsta nivå för bidraget. Detta för att det ska vara möjligt för landstingen att ge ett högre bidrag för det fall landstinget önskar på så sätt. Vidare kan i förordningen anges att bidrag inte ges för kostnad för skadade eller borttappade glasögon eller kostnad för reservglasögon eller motsvarande kontaktlinser.

Ekonomistaben
Bo Carlbark
Tfn:
E-post:

2015-05-04

Regionens revisorer

Svar på revisorernas frågor angående Regionstyrelsens åtgärder för att klara ekonomin (REV/8/2015)

Regionstyrelsen har tagit del av regionens revisorers skrivelse och frågor gällande regionstyrelsens åtgärder för att klara ekonomin. Bakgrunden är den ekonomiska situation som landstinget redovisat för år 2014 samt den årsprognos på – 240 mkr som regionstyrelsen lämnat efter februari 2015.

Med anledning av ovan har revisorerna ställt följande frågor :

- Vilka konkreta åtgärder planerar regionstyrelsen att vidta på kort sikt d v s 2015 för att vända den sedan flera år nedåtgående ekonomin ?
- Vilka kostnadsminskningar har regionstyrelsen beräknat för de olika delarna i det åtgärdspaket som styrelsen beslutat om m a a månadsrapporten i februari 2015 ?
- Vilka möjligheter ser regionstyrelsen att kunna klara en ekonomi i balans med enbart kostnadsminskningar ?
- Vilka ökade intäkter bedömer regionstyrelsen möjliga att erhålla för 2015 ?

Nedan redovisas regionstyrelsens svar på ovanstående frågor.

Vilka konkreta åtgärder planerar regionstyrelsen att vidta på kort sikt d v s 2015 för att vända den sedan flera år nedåtgående ekonomin ?

Nedan framgår en översiktlig sammanställning av åtgärder som antingen kan verkställas med förhållandevis kort framförhållning medan andra kräver en fördjupad genomlysning och kompletteringar. Det är dock viktigt att inriktningen blir ett genomförande av samtliga åtgärder. Delar av nedanstående åtgärder kan och kommer eventuellt också inarbetas i pågående revidering av LUP:en.

1. Genomlysning av bemanningssituationen kontra faktiskt förändrad vårdproduktion kommer genomföras inom samtliga verksamheter. Arbetet sker inom ramen för ”Vem gör vad i vården”. En särskild projektgrupp är tillsatt. Målet är att under 2015 reducera ökningen av årsarbetare 2014 med minst 50 %.
2. En översyn kommer inledas avseende effektivitet i styrningen av rådande organisatoriska indelning.. Extern genomlysning kommer ske med start av centrum för opererande specialiteter. Konsultrapport ska lämnas innan sommaren 2015 och målsättningen ska vara ett successivt verkställande fr o m hösten 2015.

3. Inleda fördjupad diskussion med landstinget Västernorrland om samverkan, samordning av verksamheter och funktioner. Arbetet kommer bl a omfatta länssjukvård, diagnostiskområden, nivåstrukturering och administration. Målsättningen är att implementering successivt ska vara möjlig från 2016.
4. Generell översyn av områden som kan samordnas och därmed utifrån ett regionövergripande perspektiv medföra en ökad kostnadseffektivitet. En inventering är inledd.
5. Ett särskilt kompetenskonto per centrum inrättas. Medel tillförs baserat på verksamheternas resultatförbättring 2015. Utgångspunkt är bokslut 2014.
6. Som en ytterligare åtgärd kommer projektgruppen enligt punkt 1 även att tillsammans med verksamheterna inom de centrum som uppvisar en ekonomi i obalans att gemensamt pröva och värdera varje enskild anställning. Såväl personal- som ekonomidirektör kommer delta i detta arbete. Då målet är att antalet årsarbetare kraftigt skall reduceras krävs en synnerligen restriktiv hantering.

Arbetet med samtliga åtgärder för att nå en ekonomi i balans kommer löpande rapporteras till regionstyrelsen och ekonomi- fastighets- och upphandlingsutskottet. En övergripande redovisning kommer fr o m delårsbokslut april även ingå i den samlade rapporten som lämnas till regionstyrelsen. En övergripande analysgrupp kommer också att tillsättas i syfte att snabbt etablera regiongemensamma beräkningsmetoder och uppföljningsmallar för att kontinuerligt värdera att vidtagna åtgärder ger önskad effekt och följer fastställd tidplan.

Utöver detta har beloppsgränsen för investeringsbeslut sänkts vilket innebär att regiondirektören nu beslutar om alla investeringar över 250 000 kr.

Vilka kostnadsminskningar har regionstyrelsen beräknat för de olika delarna i det åtgärdspaket som styrelsen beslutat om m a a månadsrapporten i februari 2015 ?

I arbetet med genomlysningen av bemanningen i vården ”Vem gör vad i vården” är målsättningen att 2015 reducera ökningen av årsarbetare 2014 med minst 50 %. Dessutom finns åtgärder i LUP-arbetet som avser administration och resor.

1. Vem gör vad i vården (ca 40 årsarbetare) ca 20 mkr
2. LUP-åtgärd administration och resor (med effekt 2015) ca 2 mkr

I den långsiktiga utvecklingsplanen för god ekonomisk hushållning finns inför 2016 35 miljoner kronor upptagna som besparingsåtgärder/intäktsförstärkningar

Vilka möjligheter ser regionstyrelsen att kunna klara en ekonomi i balans med enbart kostnadsminskningar ?

1. Att nå en ekonomi i balans kräver åtgärder som kommer omfatta insatser på alla plan. Från traditionella kostnadsbesparingar till omstrukturering av verksamheten. Detta kommer ske såväl inom regionen som i samarbete med grannlandsting. Obalansen i ekonomin är dock så pass omfattande att arbetet med att nå ett nollresultat kräver långsiktighet. Takten i åtgärdsarbetet får inte äventyra patientsäkerheten.

2. Utöver ovanstående arbete planeras även att genomföra en särskild framställan till regeringen med begäran om erhållande av ett omställningsstöd från staten.

Vilka ökade intäkter bedömer regionstyrelsen möjliga att erhålla för 2015 ?

1. Ny prislista för öppenvård till utomlänspatienter fastställd. Nya priser bedöms kunna ge 7 mkr högre intäkt för 2015 jmf 2014.
2. Forcering av arbetet med översyn av patientavgifter skulle kunna ge en effekt på 3-5 mkr under 2015 i enlighet med LUP-paket intäkter. Det finns dock en osäkerhet om det är möjligt att forcera tidplanen så mycket så att det hinner ge så stor effekt under 2015.
3. Erbjuda utomlänspatienter vård inom specifika specialiteter

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALENS STYRELSE

Ann-Marie Johansson
Regionstyrelses ordförande

Björn Eriksson
Regiondirektör

REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN
Revisionskontoret

Skrivelse

2015-03-31

Dnr REV/8/2015

Revisionsdirektör Majvor Enström

Tfn: 063- 14 75 28

Styrelsen för Region Jämtland Härjedalen

Regionstyrelsens åtgärder för att klara ekonomin

Vi, revisorer i f.d. Jämtlands läns landsting, har granskat landstingets styrning, ledning och kontroll av verksamheten för år 2014. Se bilaga: Resultatet av granskningen år 2014.

Vi är djupt oroade för den mycket bekymmersamma ekonomiska situationen som landstinget redovisat för år 2014 och som dessutom tycks förvärras ytterligare enligt den prognos för helår 2015 som regionstyrelsen lämnat för februari. Till detta tillkommer underskotten från tidigare år som ska täckas. Det är inte tillfredsställande att verksamhetsmålen i väsentliga delar inte uppnåtts, främst gäller detta målområdet "Patient".

Vi konstaterar att landstinget för fjärde året i rad inte klarar en ekonomi i balans vilket medfört att det egna kapitalet nu är nere på den nivå att det inom en snar framtid kan vara förbrukat. Återlånet har minskat något 2014 men är fortfarande oroande högt.

Vidare ser vi mycket allvarligt på den situation som vården befinner sig i med stora underskott. Flera centrum har tilldelats en budget som beretts på ett sådant sätt att stora delar inte är finansierade, så kallad "ohanterad obalans". Landstingsstyrelsen har även berett en budget för 2015 och 2016 som inte är i balans vilket strider mot kommunallagens bestämmelser.

Ovan nämnda situation, som regionen nu befinner sig i, föranleder oss revisorer att ställa följande frågor:

- Vilka konkreta åtgärder planerar regionstyrelsen att vidta på kort sikt d.v.s. 2015 för att vända den sedan flera år nedåtgående ekonomin?
- Vilka kostnadsminskningar har regionstyrelsen beräknat för de olika delarna i det åtgärdspaket som styrelsen beslutat om m.a.a. månadsrapporten i februari 2015?
- Vilka möjligheter ser regionstyrelsen att kunna klara en ekonomi i balans med enbart kostnadsminskningar?
- Vilka ökade intäkter bedömer regionstyrelsen möjliga att erhålla för år 2015?

Vi emotser styrelsens svar på ovanstående frågor senast den 2015-06-01.

Östersund den 31 mars 2015

Mona Nyberg	Annelie Bengtsson	Lars Bygdén
Ordförande	Vice ordförande	Förtroendevald revisor
Eva Simonsson	Inga-Lis Brömée Sjöberg	Gustaf Onilsgård
Förtroendevald revisor	Förtroendevald revisor	Förtroendevald revisor

REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN
REVISIONSKONTORET

RESULTATET AV GRANSKNINGEN ÅR 2014

Ansvarig: Majvor Enström revisionsdirektör

1. SAMMANFATTNING 3

2. INLEDNING/BAKGRUND 4

1.1 LANDSTINGETS STYRMODELL ..... 4 -

1.2 DET ÄR STYRELSENS ANSVAR SOM GRANSKAS ..... 5 -

3. RESULTAT 6

1.3 GRUNDERNA FÖR REVISORERNAS ANSVARSPRÖVNING ..... 6 -

1.4 ÅRSREDOVISNINGEN ..... 6 -

1.4.1 Förvaltningsberättelsen ..... 6 -

1.4.2 Måluppfyllelse - verksamheten ..... 8 -

1.4.3 Måluppfyllelse - Ekonomin ..... 9 -

1.5 STYRNING OCH KONTROLL ..... 12 -

1.6 ÄRENDEBEREDNING ..... 13 -

1.7 RÄKENSKAPERNA ..... 14 -

1.8 VÄSENTLIGA IAKTTAGELSER SOM FRAMKOMMIT I RESULTATET AV 2014 ÅRS FÖRDJUPADE GRANSKNINGAR 15

1.8.1 Nedan redovisas de förbättringsområden som identifierats i de fördjupade granskningarna som genomförts under 2014 15

1. SAMMANFATTNING

Med hjälp av vårt revisionskontor har vi granskat landstingets årsbokslut 2014. Granskningen har genomförts med utgångspunkt i Lag om kommunal redovisning och God redovisningssed.

Underlag till våra bedömningar är även landstingsstyrelsens delårsrapporter, årsbokslut till fullmäktige, styrelsens protokoll med handlingar och uppgifter som framkommit i de granskningsinsatser som revisorerna i enlighet med revisionsplan för år 2014 har genomfört.

Räkenskaperna har granskats med utgångspunkt från Lag om kommunal redovisning och rekommendationer från Rådet för kommunal redovisning (RKR).

De synpunkter som vi lämnat i utlåtandena avseende delårsboksluten (per april och per augusti)- på styrningen, måluppfyllelsen i ekonomin och verksamheten - är till stora delar giltiga även för helåret 2014. Ekonomin är mycket bekymmersam med stora underskott och även brister i måluppfyllelse i verksamheten.

- Landstingsstyrelsen saknar verksamhetsplan med uttolkning av fullmäktiges uppdrag till styrelsen. Styrelsens återrapportering i årsredovisningen utgår, likt tidigare år, från Landstingsdirektörens verksamhetsplan.
  Måluppfyllelsen enligt det uppdrag som fullmäktige gett styrelsen anser vi därför inte vara möjlig att i sin helhet bedöma.
  Styrmodell har under 2015 kompletterats med en verksamhetsplan för regionstyrelsen.
- Verksamhetsmålen har i väsentliga avseenden inte uppnåtts och behöver enligt vår mening ett ökat fokus. Bristande måluppfyllelse finns främst inom målområdet ”patient” där endast ett målvärde uppnåtts. Bristande måluppfyllelse redovisas även inom målområdena ”medarbetare”, ”verksamhetsresultat” och ”ekonomi”. Den höga sjukfrånvaron bland personalen är fortsatt alarmerande liksom det stora antalet sjukskrivningsdagar bland länets befolkning i övrigt. Bekymmersamt är även den bristande tillgängligheten till vården.
- Vi ser positivt på den utveckling av årsredovisningen som skett i vissa delar som exempelvis redovisning av den översiktliga avstämningen av landstingsplanens framgångsfaktorer och redovisningen av Lean. Årsredovisningen behöver dock utvecklas till att i förvaltningsberättelsen även redovisa ekonomin i Hälsovalet, handlingsplanerna och landstingets ekonomiska åtaganden i externa parter som bolag, stiftelse och regionförbund.
- I granskningen av årsredovisningen har framkommit att flera av centrum budgeterat ”ohanterad obalans” som för 2014 uppgick till 117 mkr. Den största obalansen finns hos centrum för opererande specialiteter och centrum för medicinska specialiteter. Ånyo rekommenderar vi styrelsen att utveckla budgetprocessen för att möjliggöra en tydlig styrning och ge en förtroendefull grund för ansvarsutkrävande gentemot verksamheterna. I nu rådande förhållanden med en ekonomisk obalans, redan i ingången av året, försvåras ett reellt ansvarsutkrävande.
- Vår granskning visar att styrelsen hållit sig informerad om situationen i landstinget. Styrelsen har fått redovisningar i månadsrapporter och delårsrapporter om situationen i landstinget och också beslutat om ett antal uppdrag till landstingsdirektören i form av handlingsplaner mm för att komma tillrätta med den mycket bekymmersamma ekono-

miska situationen. Styrelsens uppdrag med anledning av rapporterna har dock i många fall handlat om att tidigare beslutade åtgärder ska fullföljas utan att man till synes har utvärderat om dessa åtgärder kan komma att ge önskat resultat. Prognoserna har under 2014 pekat på ökande underskott (från minus 79 mkr till bokslutet minus 161 mkr) och styrelsens åtgärder har därmed inte varit tillräckliga. Som vi tidigare påtalat anser vi det vara nödvändigt att de långsiktiga handlingsplanerna kombineras med kraftfulla åtgärder som kan ge effekter på kort sikt och göra att ekonomin kan börja vända uppåt. Vi anser även att dokumentationen i styrelsens protokoll behöver utvecklas när det gäller den redovisning av arbetsläget i genomförande och resultat av de uppdrag som styrelsen beslutar.

- Av styrelsens protokoll framgår att den årliga uppföljningsplanen och likaledes internkontrollplan följts upp enligt beslutad tidplan. Dokumentationen i styrelsens protokoll är knapphändig och det går inte att utläsa vilka risker/brister som identifierats och vilka åtgärder som vidtagits samt resultatet av dessa åtgärder.

- Återlånen har under 2014 minskat något men är fortfarande på en mycket bekymmersam nivå. Pensionsåtaganden är avtalsreglerade och påverkas inte av återlåningen. Däremot finns risk för att verksamheten kan få stå tillbaka då pensionsmedel måste betalas ut.

- Landstinget är långt ifrån en god ekonomisk hushållning vilket vi vid flera tidigare tillfällen uppmärksammat på, senast i utlåtandet om delårsrapporterna. Landstingets resultat för 2014 är en försämring jämfört med föregående år och gapet mellan nuvarande ekonomiska situation och en god ekonomisk hushållning uppgår till 220 mkr (enligt uppgifter i årsredovisningen). Handlingsplanerna som beslutats syftar främst till att förbättra kvaliteten i verksamheten och kommer därmed på sikt kunna ge positiva effekter i ekonomin.

Vår sammanfattande slutsats är att det ekonomiska resultatet och det resultat för verksamheterna som redovisas i årsbokslutet för 2014 i flera väsentliga delar inte uppfyller det uppdrag som fullmäktige gett till styrelsen för år 2014. Eget kapital har förändrats under perioden 2009 – 2014 från 828,6 mkr till 353,5 mkr och kommer att vara förbrukat inom en snar framtid om inte regionstyrelsen tar krafttag för att komma tillrätta med ekonomin.

Vi ser positivt på det långsiktiga arbete som görs i syfte att komma tillrätta med den mycket bekymmersamma ekonomiska situationen men vi anser att detta måste kombineras med kraftfulla åtgärder på kort sikt som gör att ekonomin vänder uppåt.

2. INLEDNING/BAKGRUND

1.1 LANDSTINGETS STYRMODELL

Granskningens utgångspunkter har, förutom regelverket, varit landstingets styrmodell som är utformad enligt följande:

- ✓ Landstingsplanen omfattar fullmäktiges målområden för treårsperiod samt framgångsfaktorer

- ✓ Med utgångspunkt från framgångsfaktorerna utarbetar landstingsdirektören en Verksamhetsplan som godkänns av styrelsen
- ✓ I enlighet med Landstingsplanen utarbetas även landstingsövergripande handlingsplaner.

12 - årsplan (LUP) som utarbetats under året ingår också i modellen.

1.2 DET ÄR STYRELSENS ANSVAR SOM GRANSKAS

Styrelse, nämnder och beredningar ansvarar för att verksamheten bedrivs enligt gällande mål, beslut och riktlinjer samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Ansvaret omfattar även att räkenskaperna förs och är upprättade i enlighet med lag samt att det finns en tillräcklig intern kontroll och återredovisning till fullmäktige.

Revisorernas ansvar är att pröva om:

- verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt,
- räkenskaperna är rättvisande och
- den interna kontrollen som görs inom nämnderna och beredningarna är tillräcklig samt om verksamheten bedrivits i enlighet med fullmäktiges uppdrag.

Revisorernas uppdrag och arbetssätt regleras i kommunallagen, aktiebolagslagen (lekmannarevisorerna) och landstingets revisionsreglemente. Granskningen ska genomföras enligt god revisionssed i kommunal verksamhet det vill säga med en sådan urvalsmässig omfattning, inriktning och kvalitet att den ger ett tillräckligt underlag för revisorernas årliga ansvarsprövning och uttalande i revisionsberättelsen.

På sedvanligt sätt har revisorerna för år 2014 beslutat om en revisionsplan (Dnr REV/7/2015). Planen har upprättats efter en grundlig analys av de risker som kan utgöra hot och hinder vid verksamhetens fullgörande utifrån fullmäktiges mål samt de konsekvenser i form av ekonomisk skada, förtroendeskada mm som kan uppstå om riskerna inträffar.

Revisionen för år 2014 har likt tidigare år genomförts i form av; fördjupade granskningar, förstudier, hearing, verksamhetsbesök, granskning av protokoll och handlingar samt genom att i övrigt aktivt följa vad som händer i landstingsverksamheten och i omvärlden. Granskningen av styrelsens återrapportering till fullmäktige har för 2014 omfattar förutom delårsbokslut per augusti och årsbokslut, även delårsbokslut per april. Revisorerna granskar även Bostadsbolaget, Stiftelsen Jamtli, Samordningsförbundet i Jämtland, Länstrafiken AB, Norrtåg AB och Norrlandstingens regionförbund genom sina utsedda lekmannarevisorer/revisorer. Även Gemensamma nämnden för upphandling och distribution av sjukvårdsprodukter samt Gemensamma nämnden närvård Frostviken ingår i revisionsuppdraget.

Revisionskontoret har på revisorernas uppdrag under året genomfört granskningar enligt revisionsplanen 2014 **Bilaga 1**. Därtill har även uppkommen revision genomförts främst med anledning av den mycket allvarliga ekonomiska situationen för landstinget. Genom vårt revisionskontor har vi under året bl.a. följt landstingets arbete med långsiktig utvecklingsplanering (LUP) samt andra under året aktualiserade behov av revisionsinsatser.

3. RESULTAT

1.3 GRUNDERNA FÖR REVISORERNAS ANSVARSPRÖVNING

- Bristande måluppfyllelse, ohörsamhet till mål och riktlinjer fastlagda av fullmäktige eller i föreskrifter.
- Bristande styrning, ledning, uppföljning och kontroll.
- Förtroendeskada eller annan immateriell skada.
- Ekonomisk skada.
- Obehörigt beslutsfattande.
- Icke lagenlig verksamhet, brottslig gärning.
- Otillräcklig beredning av ärenden.
- Ej rättvisande redovisning

1.4 ÅRSREDOVISNINGEN

”Årsredovisningen skall redogöra för utfallet av verksamheten, verksamhetens finansiering och den ekonomiska ställningen vid räkenskapsårets slut

1 § Förvaltningsberättelsen skall innehålla en översikt över utvecklingen av kommunens eller landstingets verksamhet.
Upplysningar skall även lämnas om
1. sådana förhållanden som inte skall redovisas i balansräkningen eller resultaträkningen men som är viktiga för bedömningen av kommunens eller landstingets resultat eller ställning,
2. sådana händelser av väsentlig betydelse för kommunen eller landstinget som har inträffat under räkenskapsåret eller efter dess slut,
3. kommunens eller landstingets förväntade utveckling,
4. väsentliga personalförhållanden,
5. andra förhållanden som är av betydelse för styrningen och uppföljningen av den kommunala verksamheten.”[1]

1.4.1 Förvaltningsberättelsen

Förvaltningsberättelsen har i huvudsak samma struktur som föregående år men har utökats med delarna: ”Lean arbetet under året” och ”Korta kommentarer från verksamheten”. Föregående års avsnitt ”Goda exempel” har utgått i årets förvaltningsberättelse.

Förvaltningsberättelsen har i vissa delar utvecklats exempelvis med en djupare analys av de olika, för ekonomin, påverkande faktorerna.

Av de ca 20 landstingsövergripande handlingsplanerna som är kopplade till landstingsdirektörens verksamhetsplan har 4 redovisats i förvaltningsberättelsen, i avsnitt ”God hälsa och positiv livsmiljö”.
Avsnittet om ”God ekonomisk hushållning” kan dock utvecklas i följande avseenden:

[1] Lag om kommunal redovisning

- en tydlig redovisning av den enligt lag föreskrivna balanskravsutredningen.
- en upplysning om hur regleringen av det negativa resultatet för året (och tidigare år) ska ske.
- en upplysning om vilka synnerliga skäl som åberopats, för fullmäktiges beslut om att inte återställa underskottet inom tre år, och som är av den art som finns beskrivet i förarbetena till bestämmelsen i 8 kap 5 § i Kommunallagen.

”Hälsovalet” i avsnittet ”Vårdval och privata vårdgivare” innehåller en översiktlig redovisning om bl.a. bruttoersättning fördelat på landstingsdrivna respektive privat drivna enheter. Dock saknas uppgifter om det ekonomiska utfallet för de i Hälsovalet ingående enheterna och därmed efterlevs inte LOV:en krav på transparens.

I flera av styrelsens protokoll för 2014 upprepas tidigare uppdrag till centrumcheferna om att genomföra sina handlingsplaner för att förbättra 2014 års resultat. Varken i protokollen eller i årsredovisningen har vi kunnat finna någon återredovisning av de åtgärder som genomförts inom ramen för handlingsplanerna och vilket resultat dessa åtgärder gett.

Redovisningen av ”Landstingets engagemang i bolag och stiftelser” har utvecklats och omfattar nu de parter där landstinget har ett ekonomiskt ansvar. Redovisningen har även förbättras när det gäller återredovisningen utifrån uppdraget/ägardirektivet. Det saknas dock liksom i föregående års förvaltningsberättelse, uppgifter för att kunna utläsa landstingets finansieringsansvar.

I investeringsredovisningen beskrivs i summerad form vilka investeringar som genomförts avseende fastigheter och maskiner, inventarier och hjälpmedel samt finansieringen. Vidare sägs ”investeringarna följer årets plan på ett bra sätt och alla beslutade delprojekt har startat”. I årsredovisningen 2014 liksom i motsvarande för 2013 sägs: ”För den kommande treårsperioden finns utrymme för fastighetsinvesteringar för 100 miljoner kronor. Behovet är dock avsevärt större”. Redovisningen saknar dock analys av konsekvenser av detta.

Kommentarer:

Förvaltningsberättelsen behöver utvecklas ytterligare i bl.a. följande avseenden:

- Redovisningen av ”Landstingets engagemang i bolag och stiftelser” bör, i enlighet med lagens krav på innehåll i förvaltningsberättelser, förtydliga redovisningen med uppgifter om ekonomiska förpliktelser för landstinget och t.ex.om affärs- och marknadsrisker.

- Dokumentationen av de redovisningar som görs i styrelsen bör förbättras så att det tydligt framgår vilken uttolkning som styrelsen gör och vad som beslutas med anledning av redovisningen. Vi rekommenderar även att styrelsens uppdrag till landstingsdirektören ges en tidsram och datum för återredovisning.

- Arbetsläge och uppnådda resultat i landstingets arbete under 2014 med de landstingsövergripande handlingsplanerna bör enligt vårt förmenande finnas med i förvaltningsberättelsen. Vår utgångspunkt för den bedömningen är att dessa handlingsplaner har getts en central roll i landstingets arbete med att komma tillrätta med den mycket bekymmersamma ekonomiska situationen som landstinget befunnit sig i under en lång rad av år.

- Investeringsredovisningen bör, som revisorerna även påtalat tidigare år, kompletteras med avstämning mot investeringsplaner samt analyser och konsekvensbeskrivningar av-

seende det ekonomiska utrymmet och de i årsredovisningen redovisade avvikelserna mot planerna. Redovisningen skulle även kunna förtydligas genom att den kompletteras med information om andelen reinvesteringar respektive nyinvestering.

- Det negativa balanskravsresultatet ska enligt lag om kommunal redovisning 4 kap. 4 § redovisas i förvaltningsberättelsen med uppgift om när och på vilket sätt landstinget avser att göra den enligt 8 kap. 5 a § kommunallagen föreskrivna regleringen av resultatet. Vidare sägs i lagen ”Om fullmäktige har beslutat att en sådan reglering inte ska ske, ska upplysning lämnas om detta. Därvid ska skälen till beslutet anges.
Upplysning ska också lämnas om hur tidigare räkenskapsårs negativa balanskravsresultat har reglerats och om det balanskravsresultat som återstår att reglera”.

1.4.2 Måluppfyllelse - verksamheten

Målområden i Landstingsplan 2014-2016 är ”Patient”, ”Medarbetare”, ”Samhälle”, ”Verksamhetsresultat” med sammanlagt 9 ”Övergripande mål” och 41 ”Framgångsfaktorer”. I särskilt avsnitt behandlas ”Finansiella mål”.

Enligt landstingets styrmodell ska landstingsdirektören, med utgångspunkt från landstingsplanens framgångsfaktorer, ta fram en årlig verksamhetsplan som konkretiserar framgångsfaktorerna i mätbara mål och aktiviteter. Landstingsstyrelsen fastställde landstingsdirektörens verksamhetsplan för 2014 den 2013-10-02 § 226.

Landstingsdirektörens verksamhetsplan för 2014 omfattar 25 målvärden, 13 fokusområden och 37 aktiviteter.

Resultatet för år 2014 visar följande:

Målområde	*Målvärde uppfyllt*	*Målvärde inte uppfyllt i olika grad*	*Uppgifter saknas*
Patient	1	7	0
Medarbetare	2	2	0
Samhälle	3	3	0
Verksamhetsresultat	4	3	0
Totalt	**10**	**15**	**0**

Av landstingsstyrelsens årsredovisning framgår att verksamhetsmålen, målvärden och beslutade aktiviteter för 2014 i många fall endast delvis uppnåtts. Områden med låg måluppfyllelse är främst ”Patient” där endast ett mål uppnåtts. Bland de mål som i olika grad inte uppnåtts inom detta område finns som tidigare år målet för telefontillgängligheten. För området ”Medarbetare” har landstinget under en följd av år haft svårigheter när det gäller att komma tillrätta med sjukfrånvaron som fortfarande 2014 är hög. Målområde ”Verksamhetsresultat” brister i måluppfyllelse avseende vårdprogram för fem cancerdiagnoser och återinskrivning för personer 65 år och äldre, inneliggande med vårdrelaterad infektion samt nettokostnadsutvecklingen.

Notering från protokoll och handlingar mm:

Av de månadsrapporter som redovisats i landstingsstyrelsen under år 2014 framgår att det inte enbart är de ekonomiska målen som har haft en bristande måluppfyllelse. Detta gäller även vårdgarantin, kömiljarden, vårdrelaterade infektioner, sjukfrånvaron, utförd tid och nyttjande av bemanningsföretag.

Måluppfyllelsen har inte förbättrats nämnvärt under året, vilket framgår av resultatet i Årsredovisningen.

Den under året bristande måluppfyllelsen när det gäller verksamhetsmål, har enligt vad vi kunnat notera i protokollen, i några fall resulterat i att styrelsen fattat beslut om åtgärder (utreda, ta fram handlingsplan mm) för att försöka komma till rätta med bristerna. Exempelvis beslutades i mars att ”Landstingsdirektören får i uppdrag att skyndsamt ta fram handlingsplaner för förbättrad tillgänglighet samt erhållande av ersättning ur kömiljarden”.

I besluten med anledning av månadsrapporterna har dock fokus varit på ekonomin som under hela året varit bekymmersam med prognoser som visat stora underskott.

Kommentar:

- Revisorerna har tidigare efterlyst en ökad uppmärksamhet på verksamhetsmålen och målen för personalen. Beslut och ställningstagande med anledning av månadsrapporter och delårsbokslut för år 2014 visar att styrelsen under året ägnat dessa frågor en något större uppmärksamhet jämfört med tidigare år. Exempelvis har styrelsen uppdragit till landstingsdirektören att ta fram handlingsplaner för tillgängligheten och ersättning från kömiljarden och för minskning av sjuktalen.

  De brister i måluppfyllelse som redovisas i årsredovisningen tyder dock på att behovet av styrelsens uppmärksamhet för de inledningsvis nämnda mål fortfarande är aktuell. Den bristande telefontillgängligheten är mycket bekymmersam då telefonen i huvudsak är patienternas enda kanal för kontakt med hälsocentralerna för rådgivning, bokning av besök mm.

  Vi ser en risk i den fortfarande höga sjukfrånvaron bland personalen samt att det från flera av verksamhetsområdena signaleras om en ökad stress bland medarbetarna.

1.4.3 Måluppfyllelse - Ekonomin

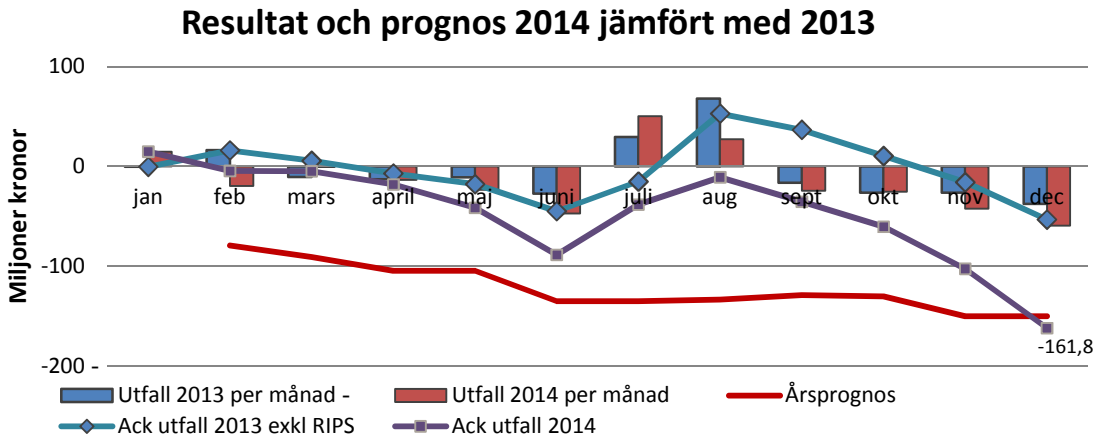
Landstinget ska enligt kommunallagen ha en god ekonomisk hushållning vilket innebär att verksamheten ska ha ett ekonomiskt överskott som är tillräckligt för att t.ex. klara framtida investeringar, värdesäkring av anläggningstillgångar, pensionsåtaganden, utvecklingsbehov mm.

Minimikravet för ekonomin är att landstinget ska ha en budget i balans d.v.s. ha en kostnadsnivå som inte överstiger intäkterna. Om underskott uppstår ska fullmäktige besluta om plan för återställande inom 3 år.

Resultatkravet under år 2014

Beslut	*Belopp*	*Notering*
Lt-plan 2014-2016	10,8	Resultatkrav exkl. täckning av tidigare års underskott
Delårsrapport per april	10,8	
Delårsrapport per augusti	10,8	

Prognoser, utfall mm år 2014



Ovanstående bild visar de **ekonomiska förhållanden för landstinget under år 2014 i jämförelse med motsvarande uppgifter för 2013**. Som framgår har ekonomin under i stort sett hela året varit bekymmersam med ackumulerat negativt utfall under stora delar av året med undantag för sommarmånaderna juli och augusti. Negativt resultat har prognostiserats trots ökade skatteintäkter och generella statsbidrag - sammanlagt 5,9 mkr och finansnetto 5,4 mkr bättre än budget.

Landstingets vårdverksamheter har, i likhet med en lång rad av tidigare år, även år 2014 redovisat underskott. 4 av 6 centrum i vårdverksamheten redovisar underskott. År 2013 var situationen densamma.

Landstingets verksamhet genererade ett underskott med 161,8 mkr.

- **Årets resultat** slutade på minus 161,8 mkr och enligt balanskravet minus 159,9 mkr. Motsvarande resultat för 2013 visade minus 53,1 respektive minus 47,7. Landstinget har inte klarat av att återställa underskotten från åren 2008, 2009, 2011 och 2012 tillsammans med underskottet för år 2013 har landstinget att täcka ett underskott på totalt 187,3 mkr varav 58,1 mkr skulle ha täckts under 2014.

- Av **årsredovisningen** framgår att landstinget är långt ifrån en god ekonomisk hushållning. ”Endast två år det senaste decenniet översteg landstingets resultat 2 procent av verksamhetens nettokostnader”. (Ett mått som används som tumregel för god ekonomisk hushållning). För att uppnå en god ekonomisk hushållning skulle landstinget behöva förbättra resultatet med ca 220 mkr.

- Landstinget har under år 2014 haft en **nettokostnadsutveckling** på 4,7 procent mot budgeterad 1,3 procent. Motsvarande uppgifter för 2013 var 3,4 procent och målet 0,1 procent

- Landstingets mål för en långsiktigt hållbar ekonomi (ekonomiskt resultat efter finansnetto som procentandel av verksamhetens nettokostnader) år 2014 var 1,2 procent men resultatet blev minus 4,6 procent.

- Bokslutet för år 2014 visar en försämrad **soliditet** bl. a. som följd av landstingets svaga resultat. Soliditeten har under en tioårsperiod fallit från 50 procent till 23,9 procent. Målet för 2014 var en soliditet på 23,9 procent men blev 16,6 procent.

- Underskottet i verksamheten medförde även att **återlånet**[2] ökade kraftigt under år 2013. Sedan år 2009 har lånet ökat med 803 mkr och uppgår för 2014 till 3,2 mdr vilket är en minskning jämfört med år 2013 då återlånet uppgick till 3,3 mdr. Minskningen beror på att landstingets totala pensionsåtagande inklusive löneskatt har minskat under år 2014. Eftersom pensionsåtaganden är avtalsreglerade påverkas inte dessa.

- **Målet för investeringar** är att dessa under planperioden 2014-2016 ska finansieras till 100 procent med medel från den egna verksamheten. Under år 2014 budgeterades investeringarna till 75 mkr och årets utfall blev 155 mkr . Självfinansieringsgraden uppgick till -37 procent vilket förklaras av det stora negativa resultatet i verksamheten. Investeringarna har därmed försämrat likviditeten. Årets avskrivningar uppgick till 105 mkr och budgeterat belopp uppgick till 97 mkr.

- Redovisningen i årsbokslutet "**Fem år i sammandrag**" visar att eget kapital förändrats under perioden 2009 – 2014 från 828,6 mkr till 353,5 mkr dvs. en minskning med nästan 60 procent.

Noteringar från protokoll och handlingar mm

- **Handlingsplaner** har beslutats under året men dessa har i huvudsak syftet att förbättra kvaliteten i verksamheten och därmed på sikt förbättra ekonomin.

- **För år 2014 budgeteras ett resultat på plus 10,8 mkr**. En plan för att återställa tidigare års underskott, som för år 2014 uppgår till 58,1 mkr, saknas.

Kommentarer:

- Årsredovisningen för 2014 är i huvudsak upprättad i enlighet med lag om kommunal redovisning och i stort sett enligt god redovisningssed. Det saknas dock en redovisning av hur tidigare års underskott ska täckas.

- Det ekonomiska läget är enligt vår bedömning ytterst allvarligt, ett förhållande som revisorerna även uppmärksammade i bedömning av delårsboksluten per april och augusti. Vi betonade även vikten av att landstingets hela åtagande tydligt redovisas d.v.s. även tidigare års negativa resultat som ska täckas under 2014.

- Landstingsstyrelsen har uppdrag att åstadkomma en god ekonomisk hushållning. Styrelsens åtgärder under år 2014 för att åstadkomma detta har inte varit tillräckliga vilket också framgår av årets minusresultat.

[2] Låga eller negativa resultat i innebär att landstinget lånar från medarbetarnas pensioner för att finansiera investeringar eller verksamhet.

- Landstingsstyrelsen har med utgångspunkt från kommunallagen kap. 8 §§ 5a, 5b även brustit i sin beredning av ärenden till fullmäktige när det gäller hanteringen av årets underskott samt underskott från tidigare år. Underskott ska enligt lagen:

  – regleras under de närmast följande tre åren. Fullmäktige ska anta en åtgärdsplan för hur regleringen ska ske. Beslut om reglering ska fattas senast i budgeten det tredje året efter det år då det negativa balanskravsresultatet uppkom.

  Fullmäktige får besluta att en reglering av ett negativt balanskravsresultat inte ska göras om det finns synnerliga skäl och dessa ska vara motiverade.

1.5 STYRNING OCH KONTROLL

Budgeten var inte i balans vid ingången till 2014

I vår granskning 2013 av styrningen mot en god ekonomisk hushållning (Dnr REV/10/2012) uppmärksammades från flera centrumchefer att det redan i ingången av 2013 förelåg en obalans mellan uppdrag och budgeterade resurser. I våra intervjuer med såväl den politiska ledningen som tjänstemannaledningen framkom att detta var ett känt förhållande.

Styrelsen beslutade i februari 2014 att ”den obalans för verksamheterna som tas med in i 2014 måste hanteras för att klara budget”.

I vår granskning för år 2014 noterar vi att obalansen mellan budget och uppdrag kvarstår. Av räkenskaperna framgår att landstinget under 2014 haft en ”ohanterad obalans” (konto 7698) på 117,2 mkr varav 48,7 mkr avser Centrum för opererande specialiteter och 33,8 mkr avser Centrum för medicinska specialiteter. Resterande delen av uppbokad ”ohanterad obalans” finns hos Centrum för ledning och verksamhetsstöd (10,8 mkr), Centrum för kvinna, barn och psykiatri (9,4 mkr), Centrum för primärvård (4,2 mkr), Vårdvalsnämnden (2,4 mkr) och Övergripande verksamhet (8,0 mkr).

Vi noterar i första prognosen för 2015 (februari) att underskottet för året väntas bli 240 mkr.

Kommentarer:

- I nu rådande förhållanden med en ekonomisk obalans, redan i ingången av året, försvåras ett reellt ansvarsutkrävande. Det finns enligt vår bedömning uppenbara risker att nuvarande budgetprocess kan urholka tilltron till budgeten som styrmedel och försvaga budgetmoralen. Vi rekommenderar att landstingsstyrelsen snarast utvecklar budgetprocessen för att möjliggöra en tydlig styrning och ge en förtroendefull grund för sitt ansvarsutkrävande gentemot verksamheterna.

Interna kontrollen

Granskningen av styrelsens Uppföljningsplan 2014 och Internkontrollplan 2014 har omfattat att stämma av om planerade redovisningar till styrelsen genomförts och dokumentation av dessa. Granskningen har dock inte omfattat att undersöka formerna för rapporteringen.

Av styrelsens protokoll för 2014 framgår att redovisning skett i enlighet med tidplanerna. I protokollen har återredovisningen av Internkontrollplanen dokumenterats däremot är informationen i många fall knapphändig när det gäller det som redovisats enligt Uppföljningsplanen.

Månadsrapporter har behandlats i styrelsen i mars (per februari), april (per mars), augusti (per juni), november (per september), december (per oktober). Vi noterar att dokumentationen från dessa rapporter förbättrats mot tidigare år och innehåller nu i flera fall också beslut med anledning av det rapporterade.

Kommentarer:

Uppföljningen av internkontrollplanen är i stort sett tillfredsställande men kan förbättras genom att styrelsen bestämmer de frågor som ska besvaras i samband med redovisningarna från föredragande tjänstemän.

Styrelsens protokoll har förbättrats men det finns utrymme för ytterligare förbättringar främst när det gäller återrapporteringen till styrelsen av uppdrag. Denna rapportering behöver ges en tydligare form och dokumenteras. Vidare kan protokollen förbättras ytterligare genom att styrelsens bedömning och beslut med anledning av tjänstemännens redovisningar tydligt framgår av dokumentationen i protokollen.

1.6 ÄRENDEBEREDNING

Landstingsstyrelsen ska enligt Reglemente för Jämtlands läns landsting ”bereda eller yttra sig i ärenden som ska handläggas av fullmäktige såvida beredning inte gjorts av fullmäktigeberedning”.

Granskningen av landstingsstyrelsens protokoll och handlingar visar på brister i styrelsens beredning i följande avseenden:

- Styrelsens beredning har inte innehållit någon åtgärdsplan för hur återställande av tidigare års underskott ska ske.
- Handlingsplanerna som tagits fram under året har inte gett önskvärda effekter i ekonomin för 2014 vilket kan förklaras av att dessa planer i huvudsak syftar till att förbättra kvaliteten i verksamheten och därmed på sikt minska kostnaderna. Några ytterligare och kraftfulla åtgärder för att vända den ekonomiskt negativa utvecklingen har inte kunnat återfinnas vid vår granskning av styrelsens protokoll och handlingar.
- Styrelsens beslutade i november 2014 att föreslå fullmäktige att fatta beslut om Regionplan för 2015-2017 med budgeterat underskott för åren 2015 och 2016 med totalt 114,2 mkr varav för 2015 92,8 mkr.

Kommentarer:

Granskningen visar att landstingsstyrelsens beredning behöver utvecklas i följande avseenden:

- ✓ Ärendeberedningen bör utvecklas till att regelmässigt ompröva tidigare beslutade åtgärder som inte gett önskad effekt och skyndsamt utarbeta nya förslag till åtgärder.
- ✓ Vi ser positivt på de handlingsplaner som beslutats men vi ser stort behov av planer och andra åtgärder med mer direkta besparingar och/eller resurstillskott för att komma till rätta med den nu akuta ekonomiska situationen.
- ✓ Beredningen av budgeten för Regionplan 2015-2017 strider mot kommunallagens regler om att budgeten ska vara i balans. Det är allvarligt när styrelsen, medvetet, bryter mot kommunallagens regler.

1.7 RÄKENSKAPERNA

Granskningen har skett utifrån följande kontrollmål:

- ✓ Redogör årsredovisningen för utfallet av verksamheten, verksamhetens finansiering och de ekonomiska ställningen vid räkenskapsårets slut?
- ✓ Är räkenskaperna i allt väsentligt rättvisande?

Revisionen har utförts med utgångspunkt i lag om kommunal redovisning och Rådets för kommunal redovisning rekommendationer samt genomförts i enlighet med kommunallag och god revisionssed i kommunal verksamhet.

Granskningen har omfattat följande delar i årsredovisningen 2014 :

- ✓ Förvaltningsberättelsen, Resultaträkningen och Balansräkningen samt Kassaflödesanalysen

  (Specifikationer till BR har granskats samt att verifikationer granskats kontinuerligt under hela 2014)

Noteringar vid granskning av specifikationer

Granskningen visar att specifikationerna av balansräkningens poster i allt väsentligt är rättvisande.

Bland balansräkningens skulder finns dock en post på 2,3 mkr som enligt specifikationen avser en skuld till en privat vårdgivare som inte inkommit till landstinget med ersättningsanspråk sedan 2007-02-01. Specifikationen saknar underlag som styrker uppbokat belopp. Det är enligt uppgifter inte klarlagt i vilken utsträckning den privata läkaren bedrivit vård. Det är inte heller klarlagt om det uppbokade beloppet överensstämmer med den faktiska skulden som enligt ny uppgift kan uppgå till 6,5 mkr.

Vidare har vi noterat att tandvården redovisar 418 tkr i uppbokade fordringar som inte fakturerats patienterna, varav 146 tkr är äldre än ett år. Folktandvården har också uppbokat tillgodohavande till patienterna på 473 tkr, varav 141 tkr uppkommit före 140101. Av räkenskaperna framgår att det finns fordringar (ca 80 tkr) som är äldre än tre år och som därmed faller under preskriptionstiden för kundfordringar. Av ekonomihandläggare har vi fått skriftlig beskrivning av planerade åtgärder för att komma tillrätta med nämnda brister.

Bedömning

Vi bedömer att räkenskaperna i allt väsentligt är rättvisande och visar en rättvisande bild av verksamheten, verksamhetens finansiering och landstingets ekonomiska ställning.

Den uppbokade skulden avseende ovan nämnda privatläkare är dock inte möjlig att värdera då det saknas underlag som styrker skuldens existens och storlek. Vi rekommenderar att skulden snarast fastställs och regleras.

Vi rekommenderar att planerade åtgärder för att förbättra tandvårdens rutiner, för att inkassera patientavgifter respektive reglera fordringar och skulder, snarast genomförs så att de i vår granskning iakttagna bristerna undanröjs.

1.8 VÄSENTLIGA IAKTTAGELSER SOM FRAMKOMMIT I RESULTATET AV 2014 ÅRS FÖRDJUPADE GRANSKNINGAR

De fördjupade granskningarna har genomförts med intervjuer med berörd personal och politiska ledningen samt med hjälp av enkätundersökningar, i vissa fall även med personal hos externa samarbetsparter (länets kommuner). Resultatet av de enskilda granskningarna har i samtliga fall dokumenterats i revisionsrapporter[3] som, med skrivelse från revisorerna, överlämnats till landstingsstyrelsen för yttrande.

1.8.1 Nedan redovisas de förbättringsområden som identifierats i de fördjupade granskningarna som genomförts under 2014

- **Styrning och uppföljning i praktiken bör utvecklas**

I vår ***granskning av psykiatrin*** framkom att uppföljning som redovisas till landstingsstyrelsen ger en skev bild av hur tillgängligheten ser ut för psykiatrisk vård och behandling. Det framkom också brister i uppföljning och kontroll av centrumövergripande vårdkedjor. ***Granskningen av tvångsvården inom psykiatrin*** visade på brister i styrelsens uppföljning av att tvångsvården ges i enlighet med lagstiftningen och är föremål för ett systematiskt kvalitetsarbete.

Landstingsstyrelsen är tydligt utpekad enligt Socialstyrelsens föreskrift som övergripande ansvarig för att det finns ett ändamålsenligt ledningssystem. I ***granskningen av landstingets ledningssystem*** framkom att landstingsstyrelsen inte var delaktig i egenkontrollen av ledningssystemets ändamålsenlighet.

Granskning av landstingets arbete, ansvar och uppföljning visade på att landstingsstyrelsen har en väl tillgodosedd formell styrning i form av policy och rutiner. Styrningen i praktiken har dock visat sig ha brister i form av att det saknas en tydlig systematik i kontrollen av följsamheten i tillämpningen av nämnda dokument och att dokumentationen av återrapporteringen ofta är knapphändig.

- **Kvalitetsarbetet har brister**

G***ranskning av primärvården*** visade på brister i det systematiska kvalitetsarbetet. Det stafettläkarstopp som infördes 2013 hade medfört att stora delar av kvalitetsarbetet inom Östersunds närvårdsområde hade stoppats upp. Vidare framkom att personal och chefer upplevde att det fanns allt för många kvalitetsmål inom primärvården för att hinnas med att arbeta systematiskt med. Tidsbrist och brist på att tillvarata varandras erfarenheter framkom också som ett hinder för systematiskt kvalitetsarbete.

[3] Finns att hämta/ta del av på revisorernas webbsida alternativt i diariet.

I *granskningen av vårdrelaterade infektioner* framkom att vissa yrkeskategorier inte följer basala hygien- och klädrutiner. Vidare identifierades stora brister i avvikelserapporteringen avseende vårdrelaterade infektioner och att sjukhuset inom vissa områden kraftigt avviker från nationell rekommendation om andelen enkelrum på en vårdavdelning.

Granskning av kostenheten visade på att det saknades en övergripande systematisk riskanalys, där hot och risker mot verksamheten identifieras, analyseras och rangordnas för att vidta möjliga skyddsåtgärder. Granskningen visade vidare att rutinerna för avvikelserapportering varierade och frekvensen av rapporterade avvikelser har sjunkit vilket kan bero på en underrapportering.

Det saknades övergripande riktlinjer och rutiner för hur landstinget följer upp arbetet med kvalitetsregistren. Detta framkom i vår *granskning av kvalitetsregistren.* Vidare visade granskningen att inmatning av uppgifter bör integreras med patientjournalen för att minska dubbelarbete och att man bör se över vilken personalkategori som skall ombesörja registrering av uppgifter i kvalitetsregistren.

- **IT- stöd**

I *granskningen om medicinteknisk utrustning* framkom att IT-enhetens auktorisation av system kan ta alltför lång tid och att detta kunde medföra en onödig fördröjning av effektiviseringar i verksamheterna Detta är ett problem som även framkom i *granskning av Kostenheten.*

BITS (basnivå för informationssäkerhet) är den beslutade grundnivån för IT-säkerheten i landstinget. För att upprätthålla en god intern kontroll är det väsentligt att risker kartläggs, prioriteras och åtgärda. Våra granskningar visar att BITS-analyser har gjorts av några system, men dessa analyser ligger några år bakåt i tiden. Vidare har framkommit att dessa analyser tar mycket tid att göra och upplevs resultera i omfattande listor med åtgärder som det inte finns resurser till att utföra.

Östersund den 2015-03-31

Majvor Enström
Revisionsdirektör
Certifierad kommunal revisor

Centrum för barn, kvinna och psykiatri
Håkan Gadd
Tfn: 063-15 35 21
E-post: hakan.gadd@regionjh.se

2015-05-06

Dnr RS/720/2015

Revisorerna i Region Jämtland Härjedalen

Svar på granskning av tvångsvården inom psykiatrin

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna har landstingets revisionskontor granskat den psykiatriska tvångsvården. Granskningen syftade till att översiktligt granska om styrelsen har en tillfredsställande styrning och kontroll av att den psykiatriska tvångsvården sker i enlighet med gällande lagar, förordning och föreskrifter. I granskningen framkom områden som bör förbättras, och då framförallt egenkontroll av tvångsvård samt uppföljning och redovisning avseende rättssäkerhet, patientinflytande samt kvalitetsutveckling. Dessa förbättringsområden anser vi vara relevanta och som betydelsefulla att arbeta vidare med.

Det direktiv som styrelsen har beslutat om avseende tvångsvården bör ses över och även omfatta Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2008:18). När direktivet utarbetades var syftet att det skulle omfatta kvalitetsutveckling, vilket det också gör. I direktivet bör detta ges en tydligare innebörd och hänvisning.

Vi delar revisionens uppfattning om att redovisningen av avvikelser och vidtagna förbättringsåtgärder utifrån dessa avvikelser behöver tydliggöras i protokoll från arbetsplatsträffar och från ledningsgruppsmöten. Vid centrumledningsgruppsmöten sker en kontinuerlig redovisning och uppföljning av inkomna avvikelserapporter. Sammanställningar av avvikelser redovisas även i centrumkommittén. För att förfina redovisningen bör avvikelser som rör tvångsåtgärder kunna urskiljas, och därför markeras numer samtliga avvikelser som berör tvångsåtgärder med detta sökord i avvikelserapportens rubrikrad. Utöver detta pågår ett regionövergripande förbättringsarbete avseende avvikelsehanteringen, där ett förslag är att begreppet tvångsåtgärd förs in som en separat klassificeringskategori. Därmed underlättas och tydliggörs redovisning av avvikelsestatistik ytterligare.

Ytterligare åtgärder för att förbättra egenkontrollen avseende tvångsvård är att från och med mars månad 2015 redovisas antalet tvångsåtgärder i enheternas månadsrapporter (gäller avdelning 3a, 3b samt 4a). Inför 2015 års patientsäkerhetsberättelse kommer större tyngd att läggas vid redovisning och kvalitetsutveckling avseende tvångsvård. Dessutom bör en särskild punkt för tvångsvård finnas på enheternas dagordningar, och området bör redovisa tvångsvården i samband med delårs- och årsbokslut.

Områdets chefsöverläkare kontrollerar regelbundet att tvångsvården sker på ett rättssäkert sätt. Sedan två år tillbaka har område psykiatri årligen genomfört fördjupade analyser av data från Patientregistret avseende diagnoser och åtgärder för patienter som vårdats i psykiatrisk tvångsvård. Utifrån analyserna har en handlingsplan upprättats med syfte att minska behovet av tvångsåtgärder. Vid tre tillfällen har området rapporterat slutenvårdens struktur till SKL. Både styrelsen samt område psykiatri har följt upp den nationella patientenkäten, vilken innehåller frågor som berör patienters uppfattning av sluten psykiatrisk tvångsvård.

Vid den avdelning där merparten av de patienter som tvångsvårdas är inskrivna har en i personalgruppen tilldelats ett särskilt uppdrag med syfte att bedriva förbättringsarbeten. De övergripande målen för uppdraget innefattar att öka patientsäkerheten, att följa och minska behovet av tvångsåtgärder, att utveckla samverkan mellan olika aktörer för att minska andelen inläggningar enligt LPT, att förbättra arbetsmiljön, samt att arbeta för att öka patienters delaktighet och inflytande. Uppdraget kommer att följas upp regelbundet under 2015 av områdesledningen.

I nuläget pågår ett arbete med syfte att utveckla och förbättra den skriftliga information som patienter erhåller i samband med inskrivning. Det finns även anledning att mer övergripande se över hur, när och på vilka sätt patienter informeras kring sina rättigheter.

Granskningen visade att det finns fastställda rutiner i enlighet med den lagstiftning, förordning och föreskrifter som reglerar tvångsvården, men att dokumenten kan vara svåra att hitta. För att underlätta detta har en direktlänk skapats på områdets hemsida (Insidan) med direkthänvisningar till gällande regler och rutiner avseende tvångsvård. Det finns dessutom pärmar som uppdateras regelbundet med relevant information kring bland annat tvångsvård som stafettläkare erhåller vid ankomst.

REGIONSTYRELSEN

Ann-Marie Johansson
Regionstyrelsens ordförande

Björn Eriksson
Regiondirektör

REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN
Landstingets revisorer

Missiv

2015-03-31

Dnr REV/29/2014

Revisionsdirektör Majvor Enström
Tfn: 063- 147528

Landstingsstyrelsen

Granskning av tvångsvården inom Psykiatrin

Landstingets revisionskontor har på vårt uppdrag genomfört en granskning av den psykiatriska tvångsvården. Granskningen har syftat till att översiktligt granska om styrelsen har en tillfredställande styrning och kontroll av att den psykiatriska tvångsvården sker i enlighet med gällande lagar, förordning och föreskrifter.

Resultatet av granskningen redovisas i bifogad granskningsrapport.

Inledningsvis kan vi konstatera att det inom Område Psykiatri finns fastställda rutiner för den psykiatriska tvångsvården i enlighet med lagstiftning, förordning och föreskrifter. Det finns också en tydlig ansvarsfördelning för den psykiatriska tvångsvården. Det finns väl utvecklade rutiner för att tillvarata synpunkter och klagomål från anhöriga och patienter. Vi noterar också att Område Psykiatri deltar i ett nationellt projekt för att minska tvångsvårdsåtgärder inom tvångsvården.

I granskningen har det dock framkommit områden som bör förbättras och då framförallt egenkontrollen av tvångsvården.

I följande punkter redovisar vi några förbättringsområden utifrån granskningens iakttagelser och våra bedömningar med anledning av dessa:

- Enligt Socialstyrelsens föreskrift om tvångsvård (SOSFS 2008: 18) ska vårdgivaren ta fram ett särskilt direktiv för den psykiatriska tvångsvården. Något sådant direktiv har vi inte kunnat finna. Däremot har landstingstyrelsen fastställt ett direktiv utifrån Socialstyrelsens föreskrift om säkerheten kring den psykiatriska tvångsvården (SOSFS 2006:9) och detta kan till viss del kopplas till Socialstyrelsens föreskrift om tvångsvård. Enligt direktivet ska rättsäkerhet och kvalitetsutveckling för tvångsvården årligen återredovisas till landstingsstyrelsen. Någon sådan återredovisning har inte skett för 2014.

- Enligt Socialstyrelsens föreskrift om psykiatrisk tvångsvård, ska tvångsvården följas upp och granskas med fokus på patientens inflytande och rättsäkerhet. I centrumets uppföljningsplan finns tvångsvården med i några uppföljningspunkter. Vi saknar dock en tydlig uppföljning och granskning avseende patientens delaktighet och rättsäkerhet.

- Dokumentationen i protokoll från arbetsplatsträffar och ledningsgruppsmöten är bristfällig när det gäller avvikelser och vilka förbättringsåtgärder som vidtagits utifrån dessa avvikelser. I patientsäkerhetsberättelsen går det inte heller att

utläsa vilka förbättringsåtgärder som vidtagits inom tvångsvården utifrån rapporterade avvikelser.

Vi emotser senast den 12 juni 2015 en redovisning av vilka åtgärder som Regionstyrelsen vidtar eller avser vidta med anledning av granskningsresultatet.

För revisorerna i Region Jämtland Härjedalen

Mona Nyberg
Ordförande

Annelie Bengtsson
Vice ordförande

Bilaga
Rapporten Granskning av Psykiatrin 2014.

Kopia till
Fullmäktiges presidium
Regiondirektören
Hälso- och sjukvårdsdirektören
Centrumchefen för Barn/Kvinna/Psykiatri.

REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN

REVISIONSKONTORET

GRANSKNING AV TVÅNGSVÅRDEN INOM PSYKIATRIN

Jan-Olov Undvall

Innehållsförteckning

1 SAMMANFATTNING 3
2 INLEDNING/BAKGRUND 4
3 SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING 4
4 REVISIONSKRITERIER 4
5 GRANSKNINGSANSVARIG 5
6 METOD 5
7 RESULTAT 6
7.1 REGLERING AV TVÅNGSVÅRDEN 6
7.2 ORGANISERING OCH ANSVARSFÖRDELNING 7
7.3 TVÅNGSVÅRD I DET SYSTEMATISKA FÖRBÄTTRINGSARBETE 7
7.4 EGENKONTROLL 8
7.5 BEDÖMNINGAR 11
7.6 REKOMMENDATIONER 12
8 UNDERTECKNANDE 13
9 LITTERATURFÖRTECKNING 14

1 SAMMANFATTNING

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna har landstingets revisionskontor granskat den psykiatriska tvångsvården. Granskningen har syftat till att översiktligt granska om styrelsen har en tillfredställande styrning och kontroll av att den psykiatriska tvångsvården sker i enlighet med gällande lagar, förordning och föreskrifter.

Granskningen har fokuserat på styrning, ansvarsfördelning, egenkontroll och om resultatet av egenkontrollen tillvaratagits i förbättringsarbetet.

Inledningsvis kan vi konstatera att det inom Område Psykiatri finns fastställda rutiner för den psykiatriska tvångsvården i enlighet med lagstiftning, förordning och föreskrifter. Det finns också en tydlig ansvarsfördelning för den psykiatriska tvångsvården. Det finns väl utvecklade rutiner för att tillvarata synpunkter och klagomål från anhöriga och patienter. Vi noterar också att Område Psykiatri deltar i ett nationellt projekt för att minska tvångsvårdsåtgärder inom tvångsvården.

I granskningen har det dock framkommit områden som bör förbättras och då framförallt egenkontrollen av tvångsvården.

I följande punkter redovisar vi några förbättringsområden utifrån granskningens iakttagelser och våra bedömningar med anledning av dessa:

- Enligt Socialstyrelsens föreskrift om tvångsvård (SOSFS 2008: 18) ska vårdgivaren ta fram ett särskilt direktiv för den psykiatriska tvångsvården. Något sådant direktiv har vi inte kunnat finna. Däremot har landstingstyrelsen fastställt ett direktiv utifrån Socialstyrelsens föreskrift om säkerheten kring den psykiatriska tvångsvården (SOSFS 2006:9)och detta kan till viss del kopplas till Socialstyrelsens föreskrift om tvångsvård. Enligt direktivet ska rättsäkerhet och kvalitetsutveckling för tvångsvården årligen återredovisas till landstingsstyrelsen. Någon sådan återredovisning har inte skett för 2014.

- Enligt Socialstyrelsens föreskrift om psykiatrisk tvångsvård, ska tvångsvården följas upp och granskas med fokus på patientens inflytande och rättsäkerhet. I centrumets uppföljningsplan finns tvångsvården med i några uppföljningspunkter. Vi saknar dock en tydlig uppföljning och granskning avseende patientens delaktighet och rättsäkerhet.

- Dokumentationen i protokoll från arbetsplatsträffar och ledningsgruppsmöten är bristfällig när det gäller avvikelser och vilka förbättringsåtgärder som vidtagits utifrån dessa avvikelser. I patientsäkerhetsberättelsen går det inte heller att utläsa vilka förbättringsåtgärder som vidtagits inom tvångsvården utifrån rapporterade avvikelser.

2 INLEDNING/BAKGRUND

Psykiatrisk tvångsvård innebär stora ingrepp i den personliga integriteten och risk för åsidosättande av rättsäkerheten. Därför är det av väsentlig betydelse att det finns utarbetade rutiner för psykiatrisk tvångsvård och kontrollrutiner för att säkerställa att tvångsvården sker i enlighet med gällande lagstiftning, förordningar och föreskrifter.

3 SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING

Det övergripande syftet med granskningen är att översiktligt granska om det finns en tillfredställande styrning och kontroll över att psykiatrisk tvångsvård sker i enlighet med tvångslagstiftning, förordningar och föreskrifter.

Granskningen har följande revisionsfrågor:

- Finns fastställda rutiner och riktlinjer för tvångsvård?
- Finns en tydlig organisering och ansvarsfördelning när det gäller beslut om att vidta tvångsvård?
- Finns dokumenterade rutiner för egenkontroll av följsamheten till fastställda rutiner och riktlinjer?
- Tillvaratas resultatet från egenkontroll, klagomålshantering och rapporterade avvikelser i det systematiska kvalitetsarbetet?

4 REVISIONSKRITERIER

- Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård
- Förordning (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättpsykiatrisk vård.
- Socialstyrelsens föreskrift om ett systematiskt kvalitetsarbete (2011:9)
- Landstingsplanen 2014, avseende övergripande målet trygga patienter.

5 GRANSKNINGSANSVARIG

Ansvarig för kvalitetsgranskning av iakttagelser och bedömningar är Majvor Enström revisionsdirektör och certifierad yrkesrevisor.

6 METOD

Granskningen genomförs genom dokumentanalys och djupintervjuer. De som intervjuats har varit centrumchef och vårdutvecklare för centrum Barn/Kvinna och Psykiatri samt verksamhetschef-, chefsöverläkare-, vårdutvecklare- inom Område Psykiatri. Vi har också intervjuat utredare vid patientnämndens kansli och en brukare från Brukarrådet inom Område Psykiatri.

7 RESULTAT

7.1 REGLERING AV TVÅNGSVÅRDEN

(Siffra inom parantes är källhänvisning till litteraturförteckningen)

Tvångsvården är reglerad i lagar, förordning och föreskrifter. Tvångsvårdsåtgärder får enbart förekomma om det finns lagstöd för detta[1].

Flertalet av patienterna som tvångsvårdas inom område Psykiatri är dömda enligt lag om tvångsvård (LPT). I begränsad omfattning vårdas även dömda enligt lag om rättspsykiatrisk vård (LVR). Psykiatrin har säkerhetsklassning nivå 3 vilket innebär den lägsta graden av säkerhetsklassning.

De tvångsvårdsåtgärder som är förekommande inom Region Jämtland Härjedalen är bältesläggning och tvångsmedicinering (1). Tvångsåtgärder utöver dessa består av isolering, beslagstagande av viss egendom, besöksrestrektioner, kontroll av försändelser och kroppsvisitation (2).

Hälso- och sjukvårdslagen är övergripande tvångsvårdslagstiftning

Hälso- och sjukvårdslagen är övergripande gällande tvångsvårdslagstiftning, vilket innebär att patientens delaktighet, självbestämmande och integritet även skall beaktas vid tvångsvård. Tvångsvård innebär således inte att patientens självbestämmande kan helt åsidosättas. Proportionalitetsprincipen är en viktig del i tvångsvården och innebär att det får inte förekomma mer tvång än vad som är absolut nödvändigt. Man skall i första hand alltid försöka lösa uppkomna situationer med samtycke från patienten (3).

Patientlagen (2014:821) som trädde i kraft vid årsskiftet förstärker patienten och anhörigas delaktighet och medbestämmande ytterligare.

Rutiner för tvångsvård finns, men dessa bör vara lättare att hitta

Det skall finnas rutiner framtagna i enlighet med vad som är föreskrivet i lag[2]. Dessa rutiner ska vara fastställda av verksamhetschefen(2). Rutinerna ska i korthet bl.a. handla om att ett beslut om tvångsvård sker i enlighet med lag och att patienten informeras om sina rättigheter att överklaga sådant beslut, samt att besluten dokumenteras och rapporteras till tillsynsmyndigheten över tvångsvård[3].

Granskningen visar att det inom Område Psykiatri finns fastställda rutiner i enlighet med den lagstiftning, förordning och föreskrifter som reglerar tvångsvården. Vissa av dessa har vi själv kunnat hitta i Centuri[4], medan andra har vi fått efterfråga hos verksamhetschef och vårdutvecklare.

I ledningsgruppens protokoll uppmärksammades att rutinerna för tvångsvården inte var enkla att hitta. Problem pga. detta uppstår framförallt för tillfällig personal som arbetar under sommaren (4).

---

[1] Den psykiatriska tvångsvården är i reglerad Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, Lag 1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, Förordning (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2006:9) om säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk tvångsvård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning. ,Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:18) reviderad i föreskrift (SOSFS 2014:1)

[2] Enligt Socialstyrelsens föreskrift om tvångsvård ska verksamheten fastställa de rutiner som behövs för att säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med lagar, förordning och föreskrifter.

[3] Tillsynsmyndighet för tvångsvården är inspektionen för vård och omsorg (IVO)

[4] Centuri är Region Jämtland Härjedalens dokumenthanteringssystem. Styrande och redovisande dokument ska finnas åtkomliga i Centuri.

7.2 ORGANISERING OCH ANSVARSFÖRDELNING

Organisation

Tvångsvårdsåtgärder får enbart förekomma på en psykiatrisk slutenvårdsinrättning (5). Inom Region Jämtland Härjedalen är det framförallt avdelning 3 a som ansvarar för att fullgöra verksamhetsområdets uppdrag avseende specialiserad slutenvård för särskilt vårdkrävande patienter. På avdelning 3 a vårdas bl.a. patienter som tvångsvårdas inom säkerhetsklassificering nivå 3 (6). Psykiatrisk tvångsvård förekommer även på avdelningarna 3b och 4a.

Ansvarsfördelning

Enligt Socialstyrelsens föreskrift ska verksamhetschefen fastställa ändamålsenliga rutiner och fördela ansvaret för tvångsvården (7).

För psykiatrisk tvångsvård ska det alltid finnas en utsedd chefsöverläkare. Det är chefsöverläkaren som är ansvarig för ledningsuppgifter som rör psykiatrisk tvångsvård (7).

I ett särskilt uppdrag har verksamhetschefen fastställt chefsöverläkarens uppdrag och ansvar. I uppdraget ingår bl.a. att chefsöverläkaren ska ansvara för att det finns ändamålsenliga rutiner och program för tvångsvården, att tvångsvården kvalitetssäkras, att hantera rättsäkerhetsfrågor och delegera rätten till specialistläkare om att besluta om tvångsvårdsåtgärder (8).

Vi har kontrollerat att det finns delegationsbestämmelser för att besluta om tvångsvårdsåtgärder för berörda specialistläkare. Kontrollen visade att delegationer fanns.

7.3 TVÅNGSVÅRD I DET SYSTEMATISKA FÖRBÄTTRINGSARBETE

Socialstyrelsens föreskrift om psykiatrisk tvångsvård (SOSFS 2008:18) tydliggör att tvångsvården omfattas av det systematiska kvalitetsarbetet. Vårdgivaren ska fastställa ett särskilt direktiv avseende detta. Landstingsstyrelsen har inte fastställt något särskilt direktiv med direkt koppling till ovan nämnda föreskrift från Socialstyrelsen. Däremot har landstingsstyrelsen tagit fram ett skriftligt direktiv utifrån Socialstyrelsens föreskrift om att upprätthålla säkerheten inom den psykiatriska vården och tvångsvården (SOSFS 2006:9). Detta direktiv inrymmer ett avsnitt om att tvångsvården skall omfattas av systematiskt kvalitetsarbetet (9).

Återredovisning av tvångsvården i enlighet med direktivet saknas

Enligt landstingsstyrelsens direktiv ska uppföljning av tvångsvården återredovisas till landstingstyrelsen årligen (9). Enligt centrumchefen har någon sådan redovisning inte gjorts under 2014 då han inte fått någon kallelse från landstingsstyrelsen om detta.

Tvångsvården ska följas upp och granskas

Enligt Socialstyrelsens föreskrift om psykiatrisk tvångsvård ska verksamhetschefen se till att verksamheten regelbundet följs upp så att vården ges i enlighet med lagstiftning. Fokus för uppföljningen ska bl.a. vara att säkerställa patienternas inflytande och lagstadgade rättigheter i vården tillgodoses. Verksamhetschefen ska även se till att verksamheten regelbundet granskas för att säkerställa att den sker i enlighet gällande lagstiftning (7).

Av intervjuerna framgår att det inte har skett någon granskning av tvångsvården av någon utomstående part. Dock har det varit på gång med ett sådant granskningsupplägg med de övriga norrlandstingen, men detta fick skrinläggas pga. att upplägget inte uppfyllde offentlighet- och sekretesslagens krav.

Det fanns tidigare ett krav från Socialstyrelsen om att det skulle ske en extern granskning av tvångsvården. Föreskriften från Socialstyrelsen revideras under 2014 och kravet på extern granskning togs bort. Kravet på att tvångsvården ska granskas kvarstår dock (10).

Centrumchefen anser att extern granskning vore bra och poängterar att det pågår en diskussion nationellt om hur detta ska ske utan att hamna i konflikt med sekretesskravet.

Enligt centrumchefen sker en viss uppföljning av tvångsvården genom centrumets egen uppföljningsplan. Uppföljningsplanen omfattar bl.a. att granska om det finns vårdplaner för tvångsvårdade patienter, att det sker suicidriskbedömningar, uppföljning av protokoll från säkerhetsronder[5] och att tvångsvårdslagstiftning finns anslagen på avdelningarna (11).

7.4 EGENKONTROLL

Enligt Socialstyrelsens föreskrift om systematiskt kvalitetsarbete är egenkontrollen en central del i kvalitetsarbetet. Egenkontrollen består av avvikelserapportering, hantering av klagomål, deltagande i kvalitetsregister etc. (12)

Egenkontrollens samtliga delar ska dokumenteras (12). Centuri är Region Jämtland Härjedalens dokumenthanteringssystem och de dokument som ingår i det systematiska kvalitetsarbetet ska finnas åtkomliga i Centuri (13).

Avvikelserapportering

Om en rutin i vården av patienten inte följs innebär detta en avvikelse som skall rapporteras (12). Rapporterade avvikelser ska analyseras och utifrån analysen ska förbättringsåtgärder vidtas. Enligt Socialstyrelsens föreskrift om ett systematiskt kvalitetsarbete är det viktigt att det finns rutiner för vad som ska rapporteras (12).

Vi har inte kunna ta del av några speciella rutiner för avvikelserapportering inom psykiatrin och tvångsvården. Enligt chefsöverläkaren och vårdutvecklaren ska dock en tvångsåtgärd avvikelserapporteras om tvångsåtgärden inte skett i enlighet med lagen eller om den inte skett i enlighet med fastställda rutiner för hur tvångsvårdsåtgärden ska vidtas. Verksamhetschefen och Centrumchefen anser emellertid att tvångsvårdsåtgärder alltid ska avvikelserapporteras.

Enligt chefsläkaren sker ingen regelmässig uppföljning av tvångsåtgärder i annat fall än om det skulle vara något speciellt, vilket det enligt honom sällan är. Tvångsåtgärder är dock, enligt chefsöverläkaren, en stående punkt på läkarträffarna.

Arbetsklimatets betydelse för egenkontrollen

Av litteratur vi tagit del av är en förutsättning för tillfredställande egenkontroll en fungerande kontrollmiljö. I en fungerande kontrollmiljö ingår personalens erfarenheter, kompetens, attityder, värderingar, arbetsklimat samt en fungerande styrning (14).

Enligt en utredning från Socialstyrelsen förutsätter en god patientsäkerhetskultur att det finns en tillåtande arbetsmiljö med en förtroendefull atmosfär där en öppen diskussion kan föras om risker i verksamheten (15).

[5] Säkerheten på avdelningar kontrolleras på säkerhetsronder

Bristfälligt arbetsklimat inom en avdelning

Av en utredning som gjordes under början av 2014 framkom ett bristfälligt arbetsklimat inom en avdelning där tvångsvårdade vårdas. I utredning framkom att det fanns motsättningar mellan personalen och att minst en av personalen hade en icke lämplig attityd gentemot patienterna. I utredning framkom också bristande kompetens hos vissa av personalen (16).

I syfte att förbättra arbetsmiljön har det drivits ett utvecklings projekt under 2014. Enligt uppgift finns planer på en fortsättning under 2015.

I ett protokoll som vi tagit del av från en arbetsplatsträff den 26 november 2014 från berörd avdelning framkom uppgifter som tyder på att den bristfälliga arbetsmiljön då kvarstod.

En underrapportering enligt patientsäkerhetskulturmätningen

Enligt Socialstyrelsen är förutsättningar för en god patientsäkerhetskultur att personalen är uppmärksam och vaksam på brister som kan uppstå inom verksamheten. Detta förutsätter en god rapporteringskultur och en vilja att använda information från avvikelserapporteringen till att vidta förändringar (15).

All vårdpersonal har enligt lag en skyldighet att alltid rapportera avvikelser (17). Ett grundläggande villkor för att utföra sin rapporteringsskyldighet är dock att personalen har rätt kompetens (12).

Patientsäkerhetskulturmätningen inom område psykiatri visade på att det finns en förmodad underrapportering av avvikelser, då enbart ca 40 % av vårdpersonalen uppgav att man var benägen att rapportera en avvikelse (18).

Centrumchefen anser inte att uppgifterna från patientsäkerhetskulturmätning överensstämmer med hans bild av personalens benägenhet att rapportera avvikelser, vilket enligt honom är god. Centrumchefen poängterar dock att en yrkeskategori avviker från denna bild och det är läkarna.

Bristande dokumentation om avvikelser och klagomål i protokollen

Enligt de intervjuade följs avvikelser och patientklagomål upp och analyseras på arbetsplantsträffar och på områdesnivå av verksamhetschefen. Vår genomgång av protokoll från arbetsplatsträffar och ledningsmöten för andra halvan av 2014 framkommer en bristfällig dokumentation över avvikelser och klagomål. Vi har heller inte kunnat se någon dokumentation om att några åtgärder m.a.a. avvikelser vidtagits.

Utifrån några rapporterade avvikelser och klagomål som vi har tagit del av har vi dock fått beskrivningar av vilka åtgärder som vidtagits och varför dessa har vidtagits. Åtgärder som uppges ha vidtagits m.a.a. dessa avvikelser och klagomål är ökad satsning på utbildningar som t.ex. patientsäkerhetsvecka, regelbunden handledning för personalen etc.

Ingen specifik analys för tvångsvården i patientsäkerhetsberättelsen

I patientsäkerhetsberättelsen för centrumet redovisas avvikelser samlat för hela centrumet. Den analys som redovisas m.a.a. rapporterade avvikelser är samlat för hela centrumet och det går därför inte av analysen att utläsa vad som speciellt gäller för tvångsvården (19).

Det finns dock ett stycke om tvångsvård i patientsäkerhetsberättelsen, där resultatet från strukturerade journalgranskning av vårdplaner och strukturerade suicidriskbedömningar redovisas. (19)

Klagomålshantering

Även rutiner för klagomålshantering är en väsentlig del i det systematiska kvalitetsarbetet. Klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet ska utredas (12).

Det finns en utarbetad rutin ”Ris och Ros” för patienter och anhöriga att lämna synpunkter och klagomål på vårdens kvalité. Inom psykiatrin finns ett brukarråd som har till uppgift att bl.a. sammanställa inlämnade synpunkter och klagomål ”Ris och Ros”. Sammanställningen skickas till chefer, patientnämnd och politiker[6].

Brister om stödperson kan förbättras

Enligt lag skall patienten informeras om rätten till stödperson. Informationen skall vara individuellt anpassad för att säkerställa att patienten har tagit till sig informationen. Enligt utredarna vid patientnämndens kansli sker inkommande anmälan om stödperson ryckvis, samt att det är relativt få patienter som döms till tvångsvård som har stödpersoner[7]. Utredarna vid patientnämndens kansli poängterar att informationen om rätt till stödperson bör ges vid flera tillfällen och ställer sig frågan om rutinen för att informera patienterna är tillräckligt individuellt anpassad.

Vårdplaner ska upprättas enligt lag

Enligt lag skall alla patienter som dömts till tvångsvård ha en vårdplan. Enligt den strukturerade journalgranskning som område psykiatri genomfört saknas fyra vårdplaner för tvångsvårdade patienter och då ingick inte avdelning 3a i granskningen (20).

Patientregister för tvångsvården

Vi noterar att det finns ett patientregister där tvångsåtgärder rapporteras (1). Chefsöverläkaren anser att det är svårt att dra några statistiska långtgående slutsatser p.g.a. Jämtlands läns landsting har ett begränsat underlag rörande tvångsvårdsåtgärder. Av statistiken som är rikstäckande framgår att Jämtlands läns landsting ligger lågt när det gäller tvångsvårdsåtgärder.

Nationellt kvalitetsprojekt för tvångsvården

Enligt verksamhetschefen och vårdutvecklaren har en avdelning under 2014 bedrivit ett genombrottsprojekt i syfte att minska tvångsvårdsåtgärder. Detta arbete har inrymts i ett nationellt projekt ”bättre vård - Mindre tvång” som SKL har drivit. Planer finns att fortsätta förbättringsarbete under 2015 (21).

I kvalitetsarbetet har man bl.a. fokuserat på att utbilda personalen kring den patientgrupp som har mest tvångsvård. (22)

Enligt centrumchefen har projektet pågått i fyra år och alla avdelningar utom avdelning 1b har deltagit i projektet. Avdelning 3a har drivit projektet. Alla projektrapporter finns enligt centrumchefen att tillgå på SKLs hemsida (23). Centrumchefen poängterar att som ett resultat av projektet har ett flertal åtgärder vidtagits för att minska användandet av tvångsvårdsåtgärder.

---

[6] Brukarrådet har funnits sedan 2006. Det består av sex brukare, två anhöriga, två personal. Enligt en intervjuad brukare från brukarrådet upplever denna att cheferna tar rådet på allvar.

[7] År 2013
Antal slutenvårdade patienter enl LPT/LRV år var 63 patienter.
Antal patienter som hade stödperson under året var 17.(Nya uppdrag under året av dessa var 9st)
År 2014
Antal slutenvårdade patienter enl LPT/LRV var 61 patienter.
Antal patienter med stödperson var 24. (Nya uppdrag under året var 23)

7.5 BEDÖMNINGAR

Revisionsfråga: Finns fastställda rutiner och riktlinjer för tvångsvård? Svar: Ja

- Det finns fastställda rutiner och riktlinjer för tvångsvårdsåtgärder. Dock anser vi att sökbarheten borde förbättras. Detta är framförallt viktigt för ny personal som tjänstgör under sommaren.
- Utredarna vid patientnämndens kansli ifrågasätter dock om rutinen att informera patienterna om deras lagstadgade rätt till stödperson är tillräckligt individuellt anpassad.

Revisionsfråga: Finns en tydlig organisering och ansvarsfördelning när det gäller beslut om att vidta tvångsvård? Svar: Ja

- Vår granskning visar att det finns en tydlig ansvarsfördelning och organiseringen av tvångsvården.

Revisionsfråga: Finns dokumenterade rutiner för egenkontroll av följsamheten till fastställda rutiner och riktlinjer? Svar: Delvis

- Enligt Socialstyrelsens föreskrift om tvångsvård ska vårdgivaren fastställa ett direktiv för tvångsvården. Något sådant direktiv med direkt koppling till föreskriften har styrelsen inte fastställt. Landstingsstyrelsen har dock fastställt ett direktiv utifrån Socialstyrelsens föreskrift specifikt om säkerheten inom tvångsvården i vilket det ingår ett stycke som kan kopplas till föreskriften om tvångsvård.
- Centrum för Barn/Kvinna/Psykiatri har en uppföljningsplan där vissa uppföljningspunkter avseende tvångsvård ingår. Dock saknar vi uppföljningspunkter där det tydligare framgår hur patienternas inflytande och lagstadgade rättigheter tillgodoses.
- Det finns en utarbetad rutin för klagomålshantering och Område Psykiatri deltar i ett patientregister för tvångsvård.
- En grundläggande förutsättning för en tillfredställande egenkontroll enligt Socialstyrelsens är en fungerande arbetsmiljö. Vi anser att det dåliga arbetsklimatet inom en avdelning kan innebära bristande förutsättningar för en tillfredsställande egenkontroll.
- I patientsäkerhetskulturmätningen framkommer att det enbart är ca 40 % av personalen inom område Psykiatri som uppgav att de var benägna att rapportera avvikelser. Enligt Socialstyrelsens föreskrift om ett systematiskt kvalitetsarbete är avvikelserapportering en viktig del av verksamhetens egenkontroll.
- I vår granskning har det framkommit att det saknas en återredovisning av tvångsvården till regionstyrelsen utifrån det direktiv om säkerhet inom tvångsvården som styrelsen själv har fastställt.

Revisionsfråga: Tillvaratas resultatet från egenkontroll, klagomålshantering och rapporterade avvikelser i det systematiska kvalitetsarbetet? Svar: delvis.

- På våra frågor utifrån några utvalda exempel på avvikelser och klagomål har vi fått svar på vilka åtgärder som vidtagits.
- Område Psykiatri har deltagit i ett nationellt projekt som syftar till att minska tvångsvårdsåtgärder. Inom detta projekt har förbättringsåtgärder vidtagits som en del i det systematiska kvalitetsarbetet inom tvångsvården.
- Det finns dock en bristfällig dokumentation i protokoll från arbetsplatsträffar och ledningsgruppsmöten om rapporterade avvikelser och klagomål och vilka åtgärder detta medfört, vilket innebär att det är svårt att göra någon generell bedömning av revisionsfrågan.
- Vi saknar en analys utifrån avvikelser specifikt för tvångsvården i centrumets patientsäkerhetsberättelse. Av patientsäkerhetsberättelsen framgår det inte vilka åtgärder som vidtagits, eller planeras vidtas utifrån avvikelserna speciellt för tvångsvården.

7.6 REKOMMENDATIONER

- Vi rekommenderar att det sker en översyn av rutinen för att informera tvångsvårdade patienter om deras rätt till stödperson.
- Vi rekommenderar att regionstyrelsen tar fram ett särskilt direktiv om tvångsvård eller reviderar befintligt direktiv om säkerhet inom tvångsvården så att detta omfattar Socialstyrelsen föreskrift om tvångsvård.
- Vi rekommenderar att verksamhetschefen säkerställer att tvångsvården återkommande granskas i enlighet med Socialstyrelsens föreskrift om tvångsvård.
- Vi rekommenderar att arbetet för att förbättra arbetsklimatet prioriteras och att det sker en fortsatt satsning på kompetensutveckling.
- Vi rekommenderar att protokollen från arbetsplatsträffar och ledningsgruppsmöten utvecklas så det bättre framgår vilka förbättringsåtgärder som vidtagits. Protokollen ska även finnas åtkomliga i Centuri.
- Vi rekommenderar att det inom ramen för landstingets allmänna rutiner för avvikelserapportering tas fram speciella rutiner för avvikelserapportering för psykiatrin och tvångsvården. Detta då en avvikelse för tvångsvården i vissa avseenden skiljer sig från avvikelser för övriga hälso- och sjukvården.
- Vi rekommenderar att det sker en återkommande redovisning av tvångsvården till regionstyrelsen med avseende på kvalitetsarbete och rättsäkerhet utifrån det direktiv landstingstyrelsen själv har fastställt.
- Vi rekommenderar att det tas fram en kvalitetsberättelse för tvångsvården i enlighet med Socialstyrelsens rekommendation **8**. En kvalitetsberättelse omfattar mer än en patientsäkerhetsbe-

8 Kvalitetsberättelse omfattar mer än patientsäkerhet som handlar om skydd mot vårdskada. Med kvalitet avses att en verksamhet uppfyller samliga krav och mål om gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter för verksamheten. Allmänna råd till 7 kap. 1 §

rättelse, då kvalitetsbegreppen innebär att en verksamhet uppfyller samliga krav och mål om gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter för verksamheten. Patientsäkerhet innebär skydd mot vårdskada.

8 UNDERTECKNANDE

Östersund 31 mars 2015

Jan-Olov Undvall
Certifierad kommunal revisor

Ansvarig för kvalitetssäkring

Majvor Enström
Revisionsdirektör
Certifierad kommunal revisor

Vårdgivare som omfattas av 1 kap. 1 § 1 och 2 eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS bör med dokumentationen som utgångspunkt varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse av vilken det bör framgå hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet, och vilka resultat som har uppnåtts. Berättelsen bör ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. Berättelsen bör hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

9 LITTERATURFÖRTECKNING

1. **Socialstyrelsen.** Statistik om psykiatrisk tvångsvård enligt lag (LPT) år 2013. 2014-12-11.
2. **Jämtlands läns landsting.** Tvångsåtgärder. 2012. Reg. nr. i Centrui: 09738-1.
3. **Sveriges rikstad.** *Departementserie 2014:28 - Delaktighet och rättsäkerhet vid psykiiatrisk tvångsvård.*
4. **Jämtlands läns landsting.** Ärende lista vid ledningmöte 14-09-09. Östersund : u.n., den 09 September 2014. Område Psykiatri.
5. **Sveriges riksdag.** *Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.*
6. **Jämtlands läns landsting.** Verksamhetsplan Psykiatri 2014. Reg. nr. i Centuri: 13476-1.
7. **Socialstyrelsen.** Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd (SOSFS 2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättpsykiatrisk vård.
8. **Jämtlands läns landsting.** Uppdrag chefsöverläkare (chöl). den 31 januari 2015.
9. —. Direktiv för tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. 2012. Dnr:LS/1413/2012.
10. **Socialstyrelsen.** Ändringar i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2008:19) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. .
11. **Jämtlands läns landsting.** Uppföljningsplan Centrum Barn/Kvinna/Psykiatri. den 17 mars 2014.
12. **Socialstyrelsen.** Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete - Handbok för tillämpning av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. ISBN: 978-91-87169-50-2.
13. **Jämtlands läns landsting.** Dokumenthantering Jämtlands läns landsting ver. 2. Dnr:LS/351/2009.
14. **Anders Haglund Jan Sturesson Roland Svensson.** *Intern kontroll - Ett flerdimensionellt ledningsvertyg.* u.o. : KomRev AB ÖhrlingsPricewaterhouseCoopers. ISBN: 61-88404-35-8.
15. **Socialstyrelsen.** *Förslag till nationell strategi för ökad patientsäkerhet.* u.o. : Socialstyrelsen, 2012.
16. **Hultin AB utbildning och utveckling.** *Utredning om avdelnings 3a:s personal och redovisa en avpersonifierad beskrivning av deras bild samt förslag på förändringar.* . 2014.
17. **Hallgren, Ulf H Fröberg Timothy.** *Patientsäkerhetslagen.* u.o. : Institutet för Medicinsk Rätt AB, 2011. ISBN:978-91-7864-216-8.
18. **Institutet för kvalitetsindikatorer.** Sammanfattande rapport - Område Psykiatri. [red.] Johan Frisack. 2014.
19. **Jämtlands läns landsting.** Patientsäkerhetsberättelse 2014 - Centrum för barn, kvinna och psykiatri ver: 1.
20. —. Bokslut 2014 Område Psykiatri.
21. **Region Jämtland Härjedalen.** Förbättringsarbete avdelning 3 A, 2015.
22. **Jämtlands läns landsting - Sverker Svensson.** Kompletteringar av prestationsmålet B2. den 21 november 2014.
23. **Sveriges Kommuner och Landsting.** http://skl.se/halsasjukvard/psykiskhalsa/battrevardmindretvang.469.html. [Online] den 23 mars 2015.
24. Förordning (1991:1475) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.
25. **Jämtlands läns landsting.** Handlingsöverenskommelse mellan primärvården och område psykiatri. 2015. Reg. nr i Centuri: 10132-1.
26. **Socialstyrelsen.** *Öppna Jämförelser och utvärdering 2010 - Psykiatrisk vård - ett steg på vägen.* 2010. ISBN: 978-91-86585-26-6.
27. **Jämtlands läns landsting.** Förfrågningsunderlag - Hälsoval Jämtlands läns 2014. Dnr: LS/680/2013.

28. **Susanne Anderö Wännström, Gunilla Noterius, Katarina Hellström.** *Förslag till verksamhetsutveckling gällande Psykosociala enheter i Jämtlands läns landsting.* 2013.
29. **Jämtlands läns landsting.** Zamsyn Depression. 2014. Reg. nr. i Centruri: 15781-1.
30. —. Ansvarsfördelning och riktlinjer: Psykosocial resurs - specialistpsykiatri. [red.] Ingrid Holmström. 2009-01-23.
31. —. Zamsyn Suicidriskbedömning i primärvården. 2014. Reg. nr. i Centuri: 15420-1.
32. —. Primärvårdens och område psykiatris ansvar vid riskbruk, missgruk och beroende.
33. —. Handlingsplan Område Psykiatri 2014 - för att nå målen i verksamhetsplanen. [red.] Malin Andersson. 13-12-16.
34. —. Verksamhetsplan 2014 - landstingsdriven primärvård. 2014. Reg. nr. i Centuri: 15624-1.
35. —. Bokslut 2014 - Centrum för primärvård.
36. —. Landstingsstyrelsen internkontrollplan 2014. Dnr: LS/349/2013.
37. —. Bokslut 2014 - område Psykiatri.
38. **Socialstyrelsen.** Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2004:11) om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m.
39. —. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete - Handbok för tillämpning av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. 2012. ISBN: 978-91-87169-50-2.
40. —. Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:27) om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i sluten vård. .
41. **Jämtlands läns landsting.** Remisshantering Område Psykiatri. *2013.* Reg. nr. Centuri: 10608-1.
42. **Bevakningsrutin sjuksköterska vid enhet/avd vid Område Psykiatri.**
43. **Jämtlands läns landsting.** Information ang riktlinjer för remisskonferens Intagningsenheten. [red.] Britt-inger Backus. 2012.
44. —. Bokslut 2013 Centrum Primärvård. 2013. Dnr: LS/458/2013.
45. Lag (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.
46. **Jämtlands läns landsting - Komunerförundet Jämtlands läns.** Samarbetsformer gällande samordnad vårdplanering mellan Jämtlands läns landsting och kommunerna i Jämtlands län. 2008.
47. **Jämtlands läns landsting.** Fördjupad analys av suicid inom JLL, 2012-2013. [sammanst.] Ulrika Eriksson Karin Strandberg Nöjd.
48. —. REv. landstingsplan 2014-2015. Dnr: LS/504/2013.
49. **Insektionen för vård och omsorg.** Anmälan enligt Lex Maria. 2014. Dnr:LS/1662/2013, LS/1258/2014, LS/759/2014, LS/1871/2013, LS/1126/2014, LS/761/2014.
50. **Inspektionen för vård och omsorg.** Anmälan enligt Lex Maria. Dnr: LS/1662/2013.
51. **Jämtlands läns landsting.** Remisser skickade från pv 1/1-30/11 2013 samt 2014.
52. —. Vårdprogram trauma och ångest. [red.] Håkan Löfvenberg. 2015-02-26.

nya moderaterna

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN
2015 -03- 24
Dnr. RS/628/2015

Initiativärende till Region Jämtland Härjedalens styrelse
"Ordning och reda i finanserna" **Östersund 2015-03-23**

Initiativärendet är ställt till regionen angående den prekära ekonomiska situation som uppkommit.

För att få en god ekonomi i regionen, krävs att vi tar stora som små steg för att få ordning på ekonomin, för en långsiktigt hållbar framtid i vår region. Ekonomin är ju precis som den egna plånboken beroende av hur mycket man får in och vilka utgifter man har.

För att stärka ekonomistyrningen i vår region, bör varje beslut som fattas på ett enkelt och tydligt sätt beskriva de ekonomiska konsekvenserna fattade beslut får, samt på vilket sätt dessa skall finansieras.

Detta kan göras genom att man på ett enkelt sätt i varje tjänsteutlåtande tydligt och klart redogör för vilka konsekvenser våra beslut får, positivt eller negativt vi kan ju få både intäkter men också stora utgifter. Där bör också stå hur dessa kan finansieras. Detta för att tydliggöra för våra politiker och tjänstemän i regionen vilken effekt våra beslut verkligen får.

Beslut med goda underlag är alltid enklare att förstå men också att besluta kring. Dessutom skulle det kännas som en välgärning för regionen att jobba grundligt och konkret i varje beslut som fattas.

Jag yrkar därför på att:

- Varje beslut som tas i våra styrelser, utskott, nämnder har en rubrik som heter Ekonomiska konsekvenser och finansiering för regionen. Där det tydligt och klart redogörs för de ekonomiska konsekvenserna och hur dessa skall finansieras.

Susanné Wallner

Susanné Wallner, M.
Regionstyrelseledamot Jämtland Härjedalen

Initiativärenden extra styrelsen 8 april 2015

Det ekonomiska läget är ytterst allvarligt och det krävs extraordinära åtgärder. Idag har vi inte tid att vänta på långsiktiga utvecklingsplaner men vi har inte heller tid att enbart vänta på snabbutredningar.

Det krävs ett annat arbetssätt från politikens sida för att vända ett skenande underskott och skapa en ekonomisk förståelse i hela organisationen. Skärpningar har införts den senaste månaden men de bör skärpas ytterligare för att få snabbare effekt. Min erfarenhet är att det har betydelse om chefer i verksamheten har direkt kontakt med politiker. Om vi från politikens sida frågar efter läget på sjukskrivningar, personal, investeringar och inköp i möten öga mot öga och dessutom kräver återredovisningar ökar insikten om vikten av ett hushållande arbetssätt!!

Några förslag som går att snabbt genomföra;

- Regelbundna möten (minst en gång/månad) mellan politiker, regiondirektör, ekonomichef och respektive centrums chef och ekonom för att stämma av det ekonomiska läget och genomförda åtgärder. För att inte vara tvungen tillsätta ytterligare grupper kan det vara Ekonomiutskottets uppgift.
- Skärp hanteringen av investeringar ytterligare. Investeringar över 250 000 kr ska enligt nya ordningen beslutas av regiondirektören. Dessa beslut bör redovisas till styrelsen. Investeringar över 500 000 kr ska beslutas av styrelsens med minst 2/3 majoritet.
- Kontrollera avtalstrohet men också vilka som har rätt att göra inköp.

Eva Hellstrand (C)

DHR Jämtlands läns distrikt 2015-04-18

Förbundet för ett samhälle utan rörelsehinder

Regionstyrelsen

Strategisk handläggare funktionshinderfrågor

Vid DHR-distriktets årsmöte 2015-04-18 har framkommit, att trots återkommande påpekanden om avsaknad av rubricerad handläggare, så har inget skett.

Man kan tyvärr inte undvika tanken att det saknas intresse från regionföreträdare att återbesätta den sedan flera år vakanta tjänsten som samordnare för funktionshinderfrågor.

DHR Jämtlands läns distrikt kräver att tjänsten som strategisk handläggare i funktionshinderfrågor snarast tillsätts.

DHR Jämtlands läns distrikt

Bo Löfgren Jahn Strid

Samordningskansliet
Helge Jonsson
Tfn: 063-14 76 36
E-post: helge.jonsson@regionjh.se

2015-05-04

RS/886/2015

Utdrag ur reglemente för regionstyrelsen i Region Jämtland Härjedalen

6 ÖVRIGT

6.1 Underskrifter

Avtal, andra handlingar och liknande samt skrivelser i regionstyrelsens namn skrivs under av ordföranden eller vid förfall för denne, av vice ordföranden, i båda fallen med kontrasignation av regiondirektör.

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.

Regionstyrelsen får besluta att underskrift i vissa fall ska ske i annan ordning.

Kostnadsminskningar inom administration och regionövergripande kostnader - deluppdrag 8, Långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning

Version: 1

Beslutsinstans: Regiondirektör, Vårdvalsnämnden och Regionstyrelsen

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 BAKGRUND OCH UPPDRAG 3

2 SAMMANFATTNING 3

3 ADMINISTRATIV KOSTNADSMINSKNING 4

3.1 Naturlig avgång - hantering 4

3.2 Reskostnader 5

3.3 Risk och konsekvensanalyser 5

4 REGIONÖVERGRIPANDE KOSTNADER 7

A. Nysam, regionen säger upp sitt medlemskap och deltar ej i denna nyckeltalssamverkan 7

B. Minska omfattningen av rehabresor 8

C. Öron-näsa-hals-läkare på nationella taxan slutar 9

D. Vårdavtal med ortopedläkare. 11

E. Vårdavtal med gynekologiläkare 13

F. Kiropraktorer 14

G. Arbetsmiljömedicin och miljömedicin 15

5 BILAGOR 17

Bilaga 1: Definition av administration 17

Bilaga 2: Av verksamhetsberättelserna för Arbets- och miljömedicinska kliniken i Sundsvall kan följande utläsas 19

Bilaga 3: Prislista NUS 2015 21

Bilaga 4: Aspekter på frågan om styckepriserättning 22

Bilaga 5: FoUU-rådets synpunkter på former för forskning inom området arbetsmedicin 27

1 BAKGRUND OCH UPPDRAG

Landstingsfullmäktige beslutade oktober 2014 om en långsiktig plan för god ekonomisk hushållning. Planen ska säkerställa att regionen senast år 2018 uppvisar ett positivt ekonomiskt resultat. Planen innehåller både kostnadssänkande åtgärder och satsningar på utveckling.

I planen finns nio paket som ska effektivisera verksamheten och sänka kostnaderna. Paket nummer åtta innehåller en översyn av administrativa och landstingsövergripande kostnader och uppdrag att sänka dessa med tio miljoner kronor. Effekter av projektet ska uppnås successivt under 2015 med full effekt 2016.

Uppdragets redovisning delas upp i två delar

1. Administrativ kostnadsminskning
2. Minskning regionövergripande kostnader

2 SAMMANFATTNING

Ekonomisk effekt av alla förslag till beslut som finns beskrivna nedan:

Åtgärd	**MAX effekt**	**MIN effekt**	**Beslutsfattare**
Administration – naturliga avgång	5 000 tkr	5 000 tkr	Regionstyrelsen
Administration - reskostnader	1 000 tkr	1 000 tkr	Regionstyrelsen
Nysam	400 tkr	400 tkr	Regiondirektören
Rehabresor	600 tkr	0 tkr	Regionstyrelsen
ÖNH - läkare	900 tkr	0 tkr	Vårdvalsnämnden
Ortopedläkare - ryggavtal	1200 tkr	0 tkr	Regionstyrelsen
Gynekologiavtal	0 tkr	0 tkr	Regionstyrelsen
Kiropraktoravtal	1 300 tkr	1 300 tkr	Regionstyrelsen
Arbets- och miljömedicinavtal	1 600 tkr	1 600 tkr	Regionstyrelsen
SUMMA	**12 000 tkr**	**9 300 tkr**	

3 ADMINISTRATIV KOSTNADSMINSKNING

I tolkning av uppdraget har det avgränsats till att omfatta verksamheten inom Centrum för lednings- och verksamhetsstöd. Den administration som utförs inom övriga delar av hälso- och sjukvårdsverksamheten kommer inte med i detta arbete. Utredningen föreslår att vid senare tillfälle bör även denna administration ses över och utvärderas kostnadsmässigt. Nu pågår ett arbete ”Vem gör vad i vården” där denna del lämpligen kan inrymmas.

Regionala utvecklingsförvaltningen deltar i arbetet, men det finns behov av tydlig definition av vad inom regional utvecklingsförvaltningen som ska betraktas som administration och ingå i detta arbete, och vad som ska betraktas som kärnverksamhet och därmed inte ingå. Koncernledningsgruppen beslutade om definition angående detta 2015-04-02. (se bilaga 1)

Då staberna under lång tid varit föremål för översyn och besparing finns redan en hel del material som använts i analysen och kommer att kunna användas i det fortsatta verkställighetsarbetet.

- Tidigare översyn av administrationen. Lariku AB presenterade i februari 2014 en översyn av administrationen inom JLL.
- Omställningsarbetet 2010. Avstämning har gjorts av tidigare beslutade effektiviseringar och utbudsbegränsningar. Det mesta har genomförts. Av ca 40 utbudsbegränsningar har ett 10-tal inte kunnat genomföras av olika skäl.
- Förbättringsförslag enligt centrumchefers önskemål 2014.
- ”Lågt hängande frukter” - redan identifierade förändringar/besparingar under höstens utredning som inte behöver vänta på beslut för att genomföras.

3.1 Naturlig avgång - hantering

Projektgruppen har enats om att uppdraget ska lösas med en mix av personalminskning och sparåtgärder i övrigt. Nedanstående punkter är de som gruppen enats om att arbeta utifrån:

- Antalet anställda måste minska om sparkravet ska kunna uppnås. Minskningen ska ske i samband med pensionsavgångar, när visstidsanställningar upphör och i samband med att personer slutar på egen begäran.
- För att klara uppdragen med färre personal krävs långsiktighet och samverkan mellan staberna. Framtagen lista över pensionsavgångar ska analyseras av resp chef. Arbetsuppgifter måste tydliggöras och prioriteras och kompetensutveckling ges till de medarbetare som ska överta arbetsuppgifter. Kartläggning av detaljerade arbetsuppgifter (och tidsåtgång) för samtliga som fyller 65 år fr o m 2015 ska göras. Inför kända pensionsavgångar ska fokus ligga på att definiera och beskriva de arbetsuppgifter som måste lösas, så att konstruktiv stabsgemensam bedömning kan göras.
- Ambitionsnivåer måste diskuteras inom samtliga staber och för centrumet och staben för regional utveckling som helhet. Som grund för det och för att kunna flytta arbetsuppgifter ska samtliga anställda inom administrationen göra en kartläggning av sina arbetsuppgifter och tidsåtgång.

Den ekonomiska potentialen i att ej återbesätta kommande pensionsavgångar beräknas grovt till 3,6 Mkr för åren 2015-2016. Om man ser på en längre period, dvs 2015-2019 är potentialen 7,3 Mkr. I dessa beräkningar ingår inte staben för regionala utveckling.

Utifrån ovanstående beräkningar över pensionsavgångar och eftersom inte övriga avgångar medräknats (visstidsanställningar, egen begäran m m) och inte heller förändringar inom regionala utvecklingsförvaltningens administration bör det vara rimligt att kunna minska antalet tjänster motsvarande 5 Mkr 2015-2016.

Regionbildning med utökad verksamhet och ny politisk organisation ställer krav på ökad administration samtidigt som kostnaderna ska sänkas.. Det är en stor utmaning att klara uppdraget. Samtliga chefer uttrycker oro för att inte klara uppdraget med färre medarbetare och mindre resurser i övrigt. Regelbunden avstämning med regiondirektörens ledningsgrupp om förväntan och prioriteringar kommer att vara nödvändig för att möta denna oro och för att skapa rimlig förväntan på staberna när besparingarna har genomförts.

3.2 Reskostnader

Centrum för lednings- och verksamhetsstöd exkl Rett Center har bokförda reskostnader och hotellkostnader (konto 6800-6899) 2013 på 2886 tkr och 2014 var kostnaden 3575 tkr. Ett rimligt åtagande är att återgå till en nivå under 2013 år kostnad, dvs minska kostnaderna med 1 mkr, genom att öka nyttjade av distansoberoende teknik och göra mer kostnadseffektiva och miljömedvetna val av färdsätt.

3.3 Risk och konsekvensanalyser

Risk och konsekvensanalyser kan inte göras på detta generella beslut om kostnadsminskningen. I resonemangen bakom valet av naturlig avgång och fokus på reskostnader finns bedömningen att detta är det angreppssätt som ger bäst möjligheter att med kontroll verkställa denna kostnadsminskning. Staberna kommer löpande göra risk och konsekvensanalyser vid varje enskilt beslut om att inte återbesätta och de åtgärder som då behöver vidtas, liksom i valet av vilka resor som verksamheterna avstår från att göra.

Förslag till beslut avseende administration (Regionstyrelsen):

- Regiondirektören får i uppdrag att minska antalet administrativa tjänster motsvarande 5 mkr senast den 31 december 2016. Detta ska ske genom naturlig avgång. En redovisning av arbetet ska göras till regiondirektörens och biträdande regiondirektörens ledningsgrupper i september 2015, och mars 2016..

- Regiondirektören får också uppdrag att minska centrum för lednings- och verksamhetsstöds reskostnaderna med 1 mkr dvs sammanlagt en reskostnad under 2,5 mkr.
- Risk och konsekvens analyser ska ske löpande vid verkställandet av dessa åtgärder.

TOTAL besparing 6 mkr

4 REGIONÖVERGRIPANDE KOSTNADER

A. Nysam, regionen säger upp sitt medlemskap och deltar ej i denna nyckeltalssamverkan

Ekonomisk effekt 400 tkr år 2016 – beslutas av regiondirektör

Konsekvenser enligt Centrum medicinska specialiteter:
Vi deltar i NYSAM medicinska specialiteter, infektion och hud. Den förstnämnda upphör under detta år pga lågt deltagande. Tyvärr finns inget chefsforum för internmedicin och närliggande specialiteter. Hud har ganska lågt deltagande vilket gör att det kan upphöra. Där finns också ett chefsmöte som är separerat från NYSAM och som kan fylla funktionen att träffa kollegor och utbyta erfarenheter. Infektionsdelen har ett mycket bra samarbete där NYSAM har med (nästan) alla infektionskliniker och det är integrerat med värdefulla chefsmöten. I höstas hade CMS områdeschefsrepresentation på en ny typ av möte som heter "NYSAM vårdavdelning". Det var ett andra möte nu i mars . Även barn hade representation. Det handlar om att jämföra bemanning, arbetssätt, mm. Givande möte. NYSAM arbetar för att tillsammans med SKL ta fram en fungerande vårdtyngdsmätning, vilket vårdsverige verkligen vill ha. Det här mötet tror jag inte ingår i någon form av abbonemang utan det är en avgift utöver. Vi kommer att vara med på det här mötet som en viktig omvärldsspaning angående bemanning och arbetssätt på vårdavdelning, tills vi lärt oss tillräckligt eller det blir sämre innehåll. Viktigt att få till KPP-jämförelser om vi avstår från Nysam.

Konsekvenser enligt Centrum diagnostik, teknik och service
Min bedömning är att så länge som vi inte har något annat att jämföra oss med så bör diagnostiken finnas med i Nysam. Det är mitt bästa sätt att bedöma huruvida vi håller rätt produktivitet och ett sätt för mig att motivera medarbetarna att göra mer och bättre hela tiden. Utan bench-marking blir vi en isolerad ö vilket vore mycket olyckligt

Konsekvenser enligt Centrum Barn kvinna psykiatri
Våra områden deltar under 2014. I KPP finns ingen psykiatrisk verksamhet med vad jag vet, vuxenpsykiatrin och BUP utgör mer än hälften av mitt centrum. Har hittills inte sett något från KPP i ledningsgruppen som visar dess potential, därför svårt att ta ställning.

Konsekvenser enligt Centrum opererande specialiteter
Vi deltar i NYSAM kirurgi, ortopedi, operation/anestesi, ögon, hörselvården och syncentralen. Vi lägger mycket tid på att ta fram underlag. Det är även mycket skattningar mm. Vissa grupper har väldigt låg representation, det saknas ofta ett
Norrlandsperspektiv och framförallt så använder vi inte resultatet. Vi vill använda KPP och Öppna jämförelser. Nätverkandet får ske i andra forum. NYSAM kan tas bort.

Allmänna kommentarer: Regionens arbete med utveckling av KPP(kostnad per patient) pågår. Denna utveckling sker genom samarbetet inom SKL och möjliggör jämförelser med landets alla landsting/regioners sjukhus. Speciell jämförelse kommer att ske med Landstinget i Västernorrland.
Om enstaka verksamheter ska delta kostar det 21 000 kr per verksamhet att vara med i Nysam.

Förslag till beslut (regiondirektören):
Regiondirektören beslutar att landstingets övergripande deltagande i NYSAM ska upphöra. Om Centrum för diagnostik teknik och service och centrum för barn kvinna psykiatri anser att de behöver delta får det ske inom ramen för deras verksamhetsmedel

B. Minska omfattningen av rehabresor

anslag ekonomistaben 600 tkr, nyttjat 2014 med 521 tkr

För ett antal år sedan fanns anslaget för rehabilitering på central nivå.
Det flyttades över till dåvarande Länssjukvården. En grupp bildades som skulle se över fördelningen av anslaget mellan de olika klinikerna. Gruppen bestod bl a av chefsläkare från hud- medicin- reumatiker. Efter några år beslutades det att anslaget skulle läggas ut på respektive klinik. Det som blev kvar på centralnivå var rehabiliteringsresor inom Sverige. Till en början räknades det anslaget upp årligen men efter några år upphörde uppräkningen.

2005	var anslaget	980 000 kr
2011		750 000 kr
2014		600 000 kr

Prioriteringen har varit barn, ungdomar och nyskadade. Bland barn och ungdomar är det de som har sällsynta diagnoser och där det är av mycket stort värde att de och deras föräldrar får möjlighet att träffa andra i samma situation och träna tillsammans. Här handlar det inte om att samma diagnos ställs mot varandra utan de är pojkar och flickor med dysmeli, hjärtsjuka, psorasis, de som behöver protes, CP-skadade, Sjögrens syndrom, njursjuka m fl. Det handlar om en till tre veckors vistelser på ex vis Ågrenska, Mowe and Walk samt enstaka lägerveckor, allt inom Sverige.

I nuläget är det i stort sett bara barn och ungdomar som beviljas ersättning, men det finns enstaka vuxna som också kommer ifråga. Det kan vara personer som drabbats av svår sjukdom eller skada, i regel med påverkan på hjärnan och nervsystemet. Totalt handlar det om ca 15 personer per år som beviljats ersättning.

År	Antal	varav pojkar/män	varav flickor/kvinnor
2012	9	4	5
2013	15	7	8
2014	15	8	7

Under dessa år kommer personerna från följande orter: Oviken, Östersund, Strömsund, Undersåker, Frösön, Hede, Häggenås, Åre, Aspås, Orrviken, Brunflo, Funäsdalen. Barnen har föräldrar med sig och i några fall även vårdare.

- **Bedömningsläkare för beslut om bidrag ur detta anslag är Lisbet Gibson, centrumchef för medicinska specialiteter – hennes förslag till hantering är:**
  Jag föreslår att anslaget ska finnas kvar utifrån att det finansierar en möjlighet för ofta svårt drabbade barn, ungdomar och deras familjer att träffa andra i samma situation, träna

med experthjälp och ha något att se fram emot i vardagen. Dessa familjer har inte sällan en problematisk ekonomisk situation just pga sjukdom/skada i familjen.
Det som kan diskuteras är en minskning av anslaget om vi vill göra en ännu tuffare prioritering bland de som ansöker. Då skulle man kunna tänka sig en sänkning med 100 000 till max 200 000 kronor, dvs anslaget skulle vara 500 000 eller 400 000 kronor.

- **Försäkringskassans regler för handikappersättning:**
  På försäkringskassans hemsida där regler för handikappersättning beskrivs finns följande information om bidrag för merkostnader: ”Merkostnader är extra kostnader du har på grund av din funktionsnedsättning eller sjukdom. Det kan till exempel vara
  - vårdutrustning och hyra eller inköp av hjälpmedel
  - sjukgymnastik, läkarvård och behandling
  - läkemedel och specialkost som läkare eller dietist ordinerat
  - tandvård
  - hushållsutrustning
  - sjuk- och behandlingsresor
  - extra slitage på kläder
  - arvode för god man
  - hemtjänstavgift.

  Vissa av de här kostnaderna kan du också få pengar för från till exempel kommunen eller landstinget. I så fall kan du inte dessutom få handikappersättning för dem, eftersom man aldrig kan få dubbel ersättning för en kostnad.”
  Källa: försäkringskassans hemsida om handikappersättning

Tveksamhet finns kring hur Försäkringskassa bedömer rehabresor inom ramen för sitt regelverk.

Förslag till beslut (Regionstyrelsen):

Alternativ 1 Anslaget tas bort och sökanden hänvisas till Försäkringskassan.
Alternativ 2 Anslaget sänks från 600 000 kr till 500 000 kr.

TOTAL besparing: 600 000 kr eller 100 000 kr.

C. Öron-näsa-hals-läkare på nationella taxan slutar

Öronläkare har drivit sin verksamhet enligt den så kallade nationella taxan i lokaler centralt i Östersund. Efter att ha försökt sälja verksamheten, utan intresserad köpare, upphörde avtalet på egen begäran 2015-02-28. Budget för verksamheten 2015 är 1,4 mkr, ligger i Vårdvalsnämndens ansvar. Nedan redovisas samtliga uppgifter gällande för år 2014

Antal ersatta besök	Antal ersatta teleråd	Utbetald ersättning	Inkommande remisser primärvård	Övriga inkommande remisser	Utgående remisser
1 255	504	886 977 kr	132	2	171

Av de 1255 besök ersattes 1180 med normalt arvode och 75 med särskilt arvode, vilka till största delen bestått av sömnapnéutredningar. 124 personer besökte mottagningen för första gången under 2014

Av totala antalet besök genomfördes 54% av kvinnor enligt åldersfördelning nedan

Ålder	Män (%)	Kvinnor (%)
1-4 år	1	0,3
5-14 år	5	4
15-24 år	15	10
25-44 år	11	13
45-64 år	22	31
65-74 år	26	22
75-84 år	17	13
85-	3	7

Enligt, Prodiver, har det skickats 132 remisser (75 kvinnor och 57 män) från primärvården från hälsocentraler enligt nedan:

Inkommande remiss från	Antal
Åre/Hallen	10
Bräcke/Kälarne	9
Sveg	7
Krokom	2
Svenstavik	9
Östersund	95
Totalt	**132**

Enligt, Prodiver, har läkaren skickat 171 remisser till olika specialistkliniker på sjukhuset enligt nedan:

Utgående remiss till	Antal
Lungmott	27
Kirurgkliniken	3
Hörcentral	46
Öronmott	95
Totalt	**171**

Ovanstående statistik visar att läkaren genomfört 1255 besök. Av dem har 132 kommit på remiss från primärvården dvs resten har kommit på eget initiativ. Läkaren har skickat vidare 171 patienter till sjukhusets specialistkliniker, dvs resten har han kunnat behandla själv. Det är svårt

att bedöma eventuell övervältring till öronmottagningen eller primärvården. Utvecklingen kommer att följas under 2015. Det är dock först om ökningen av patienter till öronmottagningen eller primärvården blir så stor att ytterligare personal behöver anställas som övervältringen får ekonomiska konsekvenser.

Förslag till beslut (Vårdvalsnämnden):

- Anslaget reserveras under 2015 för eventuell omdisponering till öronmottagningen efter utvärdering i slutet av året. Konsekvenser för öronmottagningen och primärvården kommer att följas under 2015. Analys görs därefter i budgetdialogen hur eventuell övervältringen kan hanteras.

TOTAL besparing: 900 tkr under förutsättning att öronmottagningen eller primärvården inte ökar sina kostnader (Besparingen blir inte 1400 tkr eftersom utfallet på denna anslagspost bara var 887 tkr)

D. Vårdavtal med ortopedläkare.

Regionen har ett vårdavtal med Bo Sahlén, ortopedläkare, till och med 2015-12-31 för bedömning av ryggar, lokaliserad i Åre. Budget för verksamheten 2015 är 1, 2 mkr – finns inom regionstyrelsens ansvar.

Nedan redovisas samtliga uppgifter gällande för år 2014

Antal ersatta besök	Antal ersatta teleråd	Utbetald ersättning	Inkommande remisser primärvård	Övriga inkommande remisser	Utgående remisser
438	291	1 245 460 kr	109	3	31

284 patienter besökte mottagningen för första gången under 2014.

Av totala antalet besök genomfördes 55% av män enligt åldersfördelning nedan:

Ålder	Män (%)	Kvinnor (%)
5-14 år	1	4
15-24 år	5	10
25-44 år	46	13
45-64 år	42	31
65-74 år	6	22

Enligt, Prodiver, har det skickats 109 remisser (67 kvinnor och 42 män) från primärvården från hälsocentraler enligt nedan:

Inkommande remiss från	**Antal**
Åre	20
Hallen/Järpen	9
Hammarstrand	4
Bräcke/Kälarne	6
Sveg/Funäsdalen	5
Krokom/Föllinge	14
Svenstavik/Myrviken	7
Östersund	37
Nya Närvården	2
Fjällhälsan	5
Totalt	**109**

Enligt, Prodiver, har Bo Sahlén skickat 31 remisser till olika specialistkliniker på sjukhuset enligt nedan

Utgående remiss till	**Antal**
Ortopedmott	19
Reumatologen	3
Ryggmott	7
Öppenvård rehab	1
Smärtmott	1
Totalt	**31**

Ovanstående statistik visar att ortopeden genomfört 438 besök och 291 telefonrådgivningar. Av dem har 109 kommit på remiss från primärvården dvs resten har kommit på eget initiativ. Läkaren har skickat vidare 31 patienter till sjukhusets specialistkliniker, dvs resten har han kunnat behandla själv. Det är svårt att bedöma eventuell övervältring till ortopedmottagningen. Utvecklingen kommer att följas under 2015. Det är dock först om ökningen av patienter till ortopedmottagningen innebär att ytterligare personal behöver anställas som övervältringen får ekonomiska konsekvenser.

Förslag till beslut:

- Ingen ny upphandling av ortopedläkare görs för bedömning av ryggar.
- Eventuell övervältring till ortopedmottagningen ska följas under 2016. Analys görs därefter i budgetdialogen hur eventuell övervältring kan hanteras.

TOTAL besparing: 1200 tkr under förutsättning att ortopedmottagningen inte ökar sina kostnader

E. Vårdavtal med gynekologiläkare

Regionen har ett vårdavtal med Ove Heide- Jörgensen, gynekolog. Han hade t o m 2013-12 -31 verksamhet avseende all gynekologi i öppenvård. Från och med 1 januari 2014 ändrades avtalet till att gälla enbart infertilitet, till och med 2015-12-31. Verksamheten är lokaliserad i Östersund. Budget för verksamheten 2015 är 2 mkr. Under 2014 gjordes en tillfällig omdisponering motsvarande 1 mkr från beställarenheten till kvinnosjukvården för trolig övervältring. Nedan redovisas uppgifter gällande för år 2013 och 2014.

År	Antal ersatta besök	Antal ersatta teleråd	Utbetald ersättning	Inkommande remisser till Ove Jörgensen från primärvård (enl Prodiver)
2013	1840	1307	1 943 325 kr	0
2014	547	202	802 474 kr	3

Ingen remiss krävs för att besöka gynekolog vilket förklarar det låga antalet remisser från primärvård. Av de 1840 besök som genomfördes 2013 ersattes 217 med särskilt arvode (högre ersättning). 2014 ersattes besöken med 444 normala arvoden och 103 särskilda arvoden (högre ersättning) vilka omfattar 32 tubar(äggledar)-undersökningar och resterande första besök vid infertilitetsutredning(barnlöshet) och endometri(livmoderslemhinna) biopsier(vävnadsprov). Av förklariga skäl består besöken till 93% av kvinnor. Tabellen nedan beskriver antal besök inom kvinnosjukvården på Östersunds sjukhus, enligt Prodiver

År	Antal besök gynmott	Antal besök gyn pol op	Inkommande remisser kvinnosjukvården	Totala antalet besök kvinnosjukvården
2013	8 255	497	3 133	19 007
2014	8 859	419	3 295	18 702

Det ökade antalet besök på gynmottagningen för år 2014 motsvarade en kostnadsökning på 1 370 tkr. Ökningen beror på ökade resurser i form av läkare, barnmorska, undersköterska och medicinsk sekreterare samt ökade kostnader för medicinsk service. Tabellen nedan beskriver antal besök i primärvården, enligt Prodiver

År	Totalt antal besök primärvård	Läkarbesök primärvård	Barnmorska primärvård
2013	664 393	263 015	40 219
2014	660 195	252 740	41 454

Om verksamheten upphör vid årsskiftet kommer nuvarande uppdrag i samma omfattning ingå i gynmottagningens uppdrag från 2016.

Förslag till beslut (regionstyrelsen):

- Övervältring till gyn.mottagningen har konstaterats och kompenseras genom att flytta budgeten, 2 mkr, från beställarenheten till kvinnokliniken fr o m 2016.

TOTAL besparing: 0 kr.

F. Kiropraktorer

Region Jämtland Härjedalen har vårdavtal till och med 2015-12-31 med två kiropraktorer, en lokaliserad i Strömsund och en i Östersund. Avtalen reglerar att senast den 30 juni 2015 ska besked ges om eventuell förlängning av avtalen för 2016 och 2017. Budget för verksamheten 2015 i Östersund är 900 tkr och Strömsund 450 tkr. Nedan redovisas samtliga uppgifter gällande för år 2014.

Antal ersatta besök Östersund	Utbetald ersättning Östersund	Antal ersatta besök Strömsund	Utbetald ersättning Strömsund
1 982	709 104 kr	987	365 100 kr

I Östersund gör varje patient i snitt 3,5 besök.

I Strömsund……Kiropraktikern i Strömsund har manuell uppföljning varför underlag inte kunnat erhållas

Av totala antalet besök i Östersund genomfördes 59% av kvinnor enligt åldersfördelning nedan

Ålder	Män Östersund (%)	Kvinnor Östersund (%)	Män Strömsund	Kvinnor Strömsund
5-14 år	1	1		
15-24 år	11	7		
25-44 år	36	37		
45-64 år	33	32		
65-74 år	13	12		
75- år	6	11		

Då kiropraktorerna besitter en specifik kompetens kommer konsekvensen vid avslutat avtal till största delen bli att patienterna får betala fullt pris för denna behandling. Marginell övervältring kan komma att ske till naprapater och sjukgymnaster/fysioterapeuter. Då verksamheten idag endast är upphandlad för Strömsund och Östersund har boende i länet inte möjlighet att ta del av denna tjänst på lika villkor. I Åre/Järpen, Strömsund och Östersund finns också naprapater upphandlade. Eventuell nedläggning skulle innebära en besparing motsvarande 1 350 000 tkr.

Förslag till beslut (regionstyrelsen):

Avtalen med kiropraktorerna förlängs inte, dvs upphör 2015-12-31.
TOTAL besparing: 1 350 tkr.

G. Arbetsmiljömedicin och miljömedicin

Arbets- och miljömedicins uppdrag är att förebygga, utreda och bedöma ohälsa relaterad till arbets- och omgivningsmiljö samt att bedriva forskning och kunskapsförmedling. Region Jämtland Härjedalen har ingen egen verksamhet inom arbetsmiljömedicin eller miljömedicin.

I nuläget finns två kliniker för Arbets- och miljömedicin (AMM) i Norrlandstingen vilka är placerade i Umeå och Sundsvall. Region Jämtland Härjedalen köper idag via avtal länsverksamhet från Västernorrland för 1800 tkr per år. Länsverksamheten handlar om patientutredningar, utbildningar för primärvård och företagsläkare, och forskning.

Verksamhetsberättelserna från Arbets- och miljömedicinska kliniken i Sundsvall för åren 2011, 2012 och 2013 (2014 års ännu ej tillgänglig) har analyserats vad gäller direkta åtgärder för region Jämtland Härjedalen. Analysen finns i bilaga 2.

För att kostnadsberäkna behovet har den prislista för 2015 som finns i regionavtalet med NUS används, bilaga 3. I bilaga 4 beskriver kliniken svårigheterna att göra denna typ av styckeprissättning.

Analysen visar ett troligt behov på ca 20 remisser/förfrågningar per år med antagandet 15 stor och 5 liten utredning blir det en årlig kostnad på ca 380 tkr. Det låga antalet remisser beror delvis på region Jämtland Härjedalens bristande förmåga att nyttja Sundsvallklinikens kompetens och delvis på regionens behov. Inget tyder på att förmågan att nyttja verksamheten eller behovet skulle öka.

Utbildningsaktiviteter variera mellan åren men en rimlig ambitionsnivå är ca 4 heldagar per år (2 för regionens personal och 2 för företagshälsovården). Rimlig kostnad för en utbildningsdag ca 50 tkr inkluderande förberedelser ger årlig kostnad 200 tkr.

SUMMA patientutredningar och utbildningsabonnemang = 600 tkr/år

Nuvarande avtalskonstruktion innebär att regionens fyra landsting utöver länsverksamheten finansierar regional verksamhet inom arbetsmedicin och miljömedicin, i Umeå. Syftet är att inom ett smalt kunskapsområde försäkra forskning och spetskompetens i norrland. För region Jämtland Härjedalen innebär detta en kostnad på ca 520 tkr för arbetsmedicin och 365 tkr för miljömedicin.

Stödet till arbetsmedicin har pågått länge, nuvarande avtal startade 2003, (osäkert om det föregicks av ett motsvarande avtal). Avtalet har bl a inneburit finansiering av en professur som de tre köparlandstingen fr o m 2015 valt att avstå från.
Stödet till miljömedicin är nytt fr o m 2013.

NRFs Fou-råd dvs FOUcheferna i de fyra norrlandstingen har gett sina synpunkter på formerna för forskning inom området arbetsmedicin. (bilaga 5). De anser att kompetens inom arbetsmedicin är viktig för inte minst folkhälsan i regionen. Forskning inom området är också väsentlig och bedrivs för närvarande med hög internationell klass och med finansiering från reguljära organ. Dessa FoUUchefer noterar att god forskning är nödvändigt inom alla områden och att landstingens finansiering av en professur inom arbetsmedicin hos Umeå universitet avviker från huvudmännens grundläggande ansvarsfördelning. Om landstingen anser att

forskning inom detta område är särskilt högt prioriterat, finns alternativet att låta samma ekonomiska resurs ingå i landstingens sökbara medel och eventuellt reservera en andel av dess för forskning inom just detta område. Västerbottens FOU-chef har avvikande åsikt.

Utifrån FOU-chefernas synpunkt och utifrån det faktum att stödet till arbetsmedicin pågått så länge, och att forskningen nu har hög klass och därmed kan finansieras från reguljära organ är rekommendationen att region Jämtland Härjedalen inte längre ska ha avtal om stöd för regional arbetsmiljömedicinsk verksamhet.

Det miljömedicinska stödet inkluderar både klinisk miljömedicinsk verksamhet och stöd till forskningsutveckling och spetskompetens i norrland. Verksamheten är under uppbyggnad och kan därför behöva fortsatt stöd under ytterligare några år.

Ovanstående förslag till kostnadsminskningar, inkl beskrivning av konsekvenser har informerats till Landstinget i Västernorrland och Västerbottens läns landsting. Diskussion har också initierats och genomförts vid Norrlandstingens regionförbunds direktionsmöte 10-11 mars 2015. Diskussionerna där signalerade ett gemensamt intresse att se över detta område, ha en sammanhållen verksamhet i Norrland men också att hitta effektiviseringar och kostnadsminskningar.

Samtliga avtal inom detta område är nu öppet under diskussion gemensam med alla fyra landstingen i Norr, och med slutdatum 2015-12-31.

Ovanstående behovsbeskrivning kan summeras:

	Kostnad 2015	**Behov fr 2016**
Länsavtal Västernorrland	1 800 tkr	
Patientutredningar		ca 400 tkr
Utbildningsabonnemang		ca 200 tkr
Regionavtal arbetsmedicin	520 tkr	
Regionavtal miljömedicin	365 tkr	ca 400 tkr
SUMMA	**2 685 tkr**	**1 000 tkr**

Förslag till beslut (regionstyrelsen):

Sammanhållen arbets- och miljömedicinsk verksamhet i Norrland ska eftersträvas. Regiondirektören får i uppdrag att förhandla fram ett tydligt avtal med stöd för patientutredningar och utbildnings/kunskapsförmedlings-uppdrag fr o m 2016-01-01 inom både arbetsmiljömedicin och miljömedicin inom ramen för 1 mkr
TOTAL besparing 1 685 tkr.

I tjänsten
Ingela Jönsson
Planeringschef

5 BILAGOR

Bilaga 1: Definition av administration

(se koncernledningsgruppens protokoll 2015-04-02)

Bakgrund
Det finns otydligheter och olika tolkningar kring vad som är administration och vad som kärnverksamhet inom regionala utvecklingsförvaltningen. Många av de personer som finns inom regionala utvecklingsförvaltningens kärnverksamhet har titlar och kodningar i personalsystemet som anger att de är administratörer.

I den långsiktiga utvecklingsplanen för god ekonomisk hushållning finns ett åtgärdspaket riktat mot administration och där effekter av samgåendet mellan Regionförbundet Jämtlands län och Jämtlands läns landsting förväntas. Alltså behövs tydlig definition göras för att underlätta diskussioner med medarbetarna och de fackliga organisationerna.

Definition
Inom centrum för lednings- och verksamhetsstöd, CLV, finns idag en mängd funktioner som alla sammantaget benämns administration. Dit hör det som tydligt är administratörer dvs personalhandläggare/strateger, ekonomihandläggare/strateger, IThandläggare/strateger, kommunikatörer och sekretariatet. Dit hör också de som är sakkunniga inom följande områden: handläggare/strateger inom miljöområdet, jämställdhet/jämlikhets-området, folkhälsoområdet och inom forskning/ utveckling/ utbildning, och vårdutvecklare/motsvarande tex patientsäkerhet, läkemedel, samt krisberedskap/säkerhet. Att notera är att inom personal och ekonomiområdet finns alla personal- och ekonomihandläggare samlad inom CLV dvs även de som funktionsässigt är handläggare i respektive centrum.

Det logiska är att definiera administration inom regionala utvecklingsförvaltningen, RUF, på samma sätt. Det innebär att följande funktioner är administration:

Alla tjänster inom Verksamhetsstöd dvs:

Verksamhetsstöd gemensamt		50%
Ekonomi- o personaladministration	Ek.chef	100%
	Ea	400%
	Pa	150%
	Ass	300%
Förbundssekreterare		100%
Internationell samordning		100%
Statistiker		100%
Information		100%
Reception och diarium		110%
IT-stöd		150%

SUMMA		**1660%**

Samt handläggare inom ekonomi och personal på områdesnivå, dvs:

Birka Ekonom	50 %
Bäckedal Ekonom	50 %
Kulturens Ea och Pa	200 %
SUMMA	**300 %**

Alla tjänster verksamhetsstöd	1660 %
Områdens ea,pa	300 %
TOTALT	**1960 %**

Funktioner inom områdena miljö, folkhälsa, jämlikhet och jämställdhet samt FOU analyseras i särskild ordning och ingår inte i administrationsbegreppet.

Alla övriga delar inom respektive område betraktas därmed som kärnverksamhet, dvs även assistenter, kursadministratörer, expeditioner etc, på samma sätt som att hälso- och sjukvårdens vårdnära administration inte ingår i CLV, tex läkarsekreterare, assistenter inom förråd, hjälpmedelscentral, städenhet etc.

OBS denna definition säger ingenting om organisering av dessa funktioner. Det är ett annat beslut.

Bilaga 2: Av verksamhetsberättelserna för Arbets- och miljömedicinska kliniken i Sundsvall kan följande utläsas

	Remisser + förfrågningar Jämtlands län	**Utbildningsaktiviteter i Jämtlands län** (ur Tabell 2)	**Utbildningsaktiviteter i Västernorrlands län** **(deltagande fr Z är rimligt)** (ur Tabell 2)
2011	12 st	2 st	7 st
Info		Arbetsmedicin – företagsläkare Arbetsmedicin - JLLledning	Specialieteten arbets- och miljömedicin – FSF Isocyanater – Isolerare Arbetsrisker i vården – AV Radon och cancer – Landstinget Västernorrland Arbetsmedicin – Centralförvaltningen Landstinget Västernorrland Arbetsmedicin – Företagssköterskor Forskning inom AMM – FOU Landstinget Västernorrland
2012	27 st	3 st	10 st
Info		Synergonomi och arbetets betydelse för nackbesvär – Ergonomer Radon och cancerrisk – Anställda Folkets Hus AMMnyheter o företagshälsovård – Mellannorrlands företagsläkarförening	Spirometri för företagshälsovård – Läkare o sjuksköterskor AMM för framtiden – AMMchefer och professorer Hälsorisker av arsenikföroreningar – Hellgums invånare Risker med isocyanatexponering – Byggbranschen AMM – Landstingsfullmäktige Västernorrland Radon och cancer – Arbetstagare i Landstinget Västernorrland Kyla o risker med köldexponering – Företagshälsovården Faror o hälsorisker vid pelletsförvaring – Miljökontoret Sundsvall

			Arbetsmedicinska signalfall – Mellannorrlands företagsläkarförening Smärta i arbetslivet - Mellannorrlands företagsläkarförening
2013	21 st	1 st	8 st
Info		Arbetsförmåga och ålder - Mellannorrlands företagsläkarförening	MEBA – AMM Norr Utbildningsdag för ergonomer – Ergonomer Medicinsk kontroll av helkroppsvibrationsexponerade – Läkare, skyddsingenjör, ergonom Arbete och cancer – Landstingsanställda Västernorrland Hälsoproblem vid skiftarbete – Landstingspersonal Sollefteå Hälsoproblem vid skiftarbete – Landstingspersonal Örnsköldsvik Hälsoproblem vid skiftarbete – Landstingspersonal Sundsvall Aktualiteter inom AMM, hälsoscreening, stress - Mellannorrlands företagsläkarförening
2014			
Info			

Ingela Jönsson
Planeringschef

Bilaga 3: Prislista NUS 2015

Arbets- och Beteendemedicinskt Centrum		
-	**Stressrehabilitering -** Omfattar utredning, bedömning och behandling av patienter med stressrelaterad ohälsa, f f a utmattningssyndrom	-
Manuell deb	Initial bedömning/utredning (läkare och psykolog)	**12 535**
Manuell deb	Multimodalt rehabiliteringsprogram/MMR	**41 264**
	Beteendemedicin - Preventiv verksamhet riktad till patienter med övervikt/fetma och hög risk att insjukna i diabetes och/eller hjärt/kärlsjukdom	
Manuell deb	Beteendemedicin Umeå, 21 gruppbehandlings-/uppföljningsdagar - dagvård	**43 716**
Manuell deb	Beteendemedicin Sorsele, 18 gruppbehandlings-/uppföljningsdagar - internatform	**35 131**
	Arbetsmedicinska läns-utredningar	
manuell	Stor yrkesmedicinsk utredning	**22 093**
debitering i	Liten yrkesmedicinsk utredning	**10 395**
förekommande	Sakkunnigutlåtande på befintligt skriftligt underlag	**3 898**
fall	Enklare brevkonsultationer	**1 299**
	I tjänsterna ingår sambandsbedömning grundad på aktuell vetenskap inom området.	

Ingela Jönsson Planeringschef

Anneli Svensson Projektledare

Bilaga 4: Aspekter på frågan om styckepriserättning

Aspekter på frågan om styckeprisersättning för:
1. Arbets- och miljömedicinsk patientutredning
2. Kunskapsförmedling

Diagnos: Sjuka hus syndrom hos 54-årig kvinnligt sjukvårdsbiträde.

Fråga: Bakomliggande orsak till sjukdomen och hur skall den behandlas?

Bakgrund: Ett flertal av de som arbetar på sjukhemmet X har sedan flera år tillbaka rapporterat besvär i form av kliande ögon, trötthet, huvudvärk och luftvägsbesvär. Dålig lukt, torr luft, och dålig ventilation har även uppmärksammats. I ett av rummen har mögelangrepp noteras. Fastighetsägaren har reparerat taket i det angripna rummet. Trots renoveringen har besvären bland de som arbetar på sjukhemmet inte försvunnit. Nu har sjukvårdsbiträdet NN fått kraftigt ökade luftvägsbesvär varför remiss utfärdats till Arbets- och miljömedicin.

Handläggningsalternativ
Ovanstående "fall" kan illustrera ett antal principiella frågeställningar med anknytning till styckesprisbetalning för patientutredning respektive kunskapsspridning.

- Förfrågan kan handläggas som **ett** enskilt patientärende där patienten kallas till kliniken och där utredningen om luftvägsbesvär medför en individuell behandling.
- Förfrågan kan även handläggas för **ett flertal** eller **alla** personer som uppvisar sjukdomstecken på arbetsplatsen.
- Förfrågan kan alternativt handläggas enbart genom handledning till inremitterande läkare om hur denne skall förhålla sig utan att patienten/-erna behöver uppsöka arbetsmedicin.
- Ytterligare ett alternativ kan vara att frågan handläggas genom utbildning om handläggningsrutiner till fastighetsägare samt även till arbetsgivare.
- Frågan kan alternativt handläggas genom särskild utbildning till företagshälsovården och dess tekniska personal.

Fallet illustrerar problemet med att avgränsa vad som skall räknas som ett "patientärende", hur omfattande behöver patientutredningen göras, av vem, vid kliniken respektive av ordinarie sjukvård och vad är den medicinska frågeställning som är relevant för landstingets hälso- och sjukvård.

Avgränsningssvårigheten mellan vad som är en patientutredning och kunskapsspridning/ utbildning belyses även liksom frågan om utbildning är efterfråganstyrd eller erbjuden.

Nedan följer ett antal förtydliganden av de principiella svårigheter som uppträder vid avgränsningen av vad som är ett "styckepris" för arbets- och miljömedicinska patientärenden samt motsvarande principiella svårigheter vid avgränsningen av vad som är en "styckeprisenhet" för information/utbildning. Dilemmat om utbildning är att betrakta som "efterfrågan styrd" respektive "erbjuden" betonas även.

1. Styckepris för: Arbets- och miljömedicinsk patientutredning

A. Definition av ett arbets- och miljömedicinskt "patientärende".

Ett "Arbetsmedicinskt fall" är en **arbetsplats** och en till den arbetsplatsen relaterade **patient** (identifierad med personnummer), som har skada, sjukdom eller misstänkt skada, sjukdom.

En arbetsmedicinsk remiss avser sålunda en **arbetsplats** och där arbetsplatsen aldrig kan "remitteras" vidare, utan den arbetsmedicinska kliniken bedömer, beskriver, dokumenterar den lokala arbetsmiljön baserat på mätningar, inspektion, dokumentation, erfarenheter eller historiska data.

Den till arbetsplatsen definierade "patienten", kan vara en person i singularis, ett kluster av ett **flertal** personer (exempelvis en ansamling av cancerfall på en arbetsplats) eller ett stort antal sjuka/sjukdomsbärare på arbetsplatsen (exempelvis byggnadsrelaterad sjukdom eller s.k. sjuka hus syndrom).

Enheten för en arbetsmedicinsk utredning är sålunda en arbetsmiljö och en till arbetsmiljön relaterad sjukdom/besvär. Detta skiljer sig från annan sjukvård där bedömningen enbart baserar sig på manifestationer och sjukdomsyttringar hos en individ.

B. Definitionen av vad är antalet patienter vid ett arbetsmedicinskt utredningsfall

Definitionen av ett sjukdomsfall kan i arbetsmedicin således utgöra allt från en person, till ett stort antal personer i samma ärende. Utredningen kan vara fokuserad på diagnostik av ett stort antal sjuka personer på en arbetsplats men den kan även vara en utredning av ett stort antal "till synes friska" personer i en riskmiljö, där de utsatts för en hälsovådlig exponering.

Det arbetsmedicinska uppdraget med ett preventivt förhållningssätt innebär att utredningen dels ska innefatta signalfallet, men ska även innefatta diagnostik av andra möjliga likartade fall eller andra möjliga likartade exponeringar. Utredningen kan medföra medicinska åtgärder för samtliga som arbetar på arbetsplatsen eller på likartade arbetsplatser eller liknande exponeringar.

C. Definition av utredningens komplexitet och omfattning

Erfarenhet hos den som remitterar, erfarenhet hos mottagande arbetsmedicinsk expert respektive hur väl förtrogen man är med inremitterande påverkar även i vilken mån utredningen kan ombesörjas av inremitterande, och med distanshandledning och rådgivning från arbetsmedicinsk expert eller om patienten skall kallas.

I de fall den ordinarie hälso- och sjukvården har låg kompetens, små resurser – kan "enklare fall" komma att remitteras i högre utsträckning. Fall som normalt ska kunna handläggas av primärvårdande hälsocentraler eller företagshälsovård. Omfattningen och komplexiteten i

utredningen bestäms därigenom av beställarkompetens, utredningsresurser på hemorten, patientens egen riskupplevelse men även av kompentens hos mottagande remissinstans.

D. Definition av frågeställningens karaktär

Frågeställningar till arbetsmedicin kan variera från allt frågor kring symptom, sjukdomsmanifestationer, diagnostik, försäkringsmedicinska frågeställningar – till exponeringar och riskbedömningar för exponeringar. Vissa exponeringsfrågor kan med fördel besvaras muntligt eller skriftligt.

E. Definition av "patienter" som remitteras till följd av krav på lagstadgade arbetsmedicinsk kontroll

Arbete vid ett antal av de riskmiljöer som förekommer i arbetslivet, är reglerat av lagstadgade medicinska kontroller. I de fall sådana kontroller inte kan genomföras när det gäller tjänstbarhetsintyg, får dessa arbeten inte utföras. Arbetsmedicin kan, för de företagsläkare som saknar behörighet att utfärda tjänstbarhetsintyg, kontrasignera intygen efter en arbetsmedicinsk genomgång. Brist på behöriga företagsläkare kan innebära att ett stort antal arbetstagare (exempelvis arbetstagare utsatta för härdplaster, fibrer, asbest, tungt fysiskt arbete, höjd- och stolparbete) remitteras till arbetsmedicin för tjänstbarhetsintyg.

F. Definition av frågeställare

Patientmaktsutredningens möjlighet för enskilda att själva söka till arbetsmedicin. Detta medför att "beställarkompetensen" kan uppvisa en betydande variation. Allt från patienter med oro, till önskemål om ekonomisk ersättning till allvarliga sjukdomar till följd av ogynnsam exponering i arbetslivet.

Vem skall i dessa fall ha tolkningsföreträde om patienten skall kallas fysiskt till kliniken eller, om frågan kan besvaras med distanssupport eller med ett endast muntligt eller skriftligt svar?

Utredningens karaktär och omfattning styrs av vad patienten vill, vad remitterande vill, vad arbetsgivare vill, vad samhället vill men även av beställarkompetensen hos den som ställer frågan och den som besvarar frågan.

2. Styckepris för: Kunskapsförmedling

Kunskapsförmedling utgör en till patientutredningar intimt förknippad uppgift. Patientutredningar kan i vissa fall handläggas genom enbart kunskapsförmedlande insatser (exempelvis cancerfrågeställning vid radonexponering i Östersund) eller som ett komplement till patientutredningar. Patientfrågeställningar utgör den enskilt viktigaste informationskanalen om vilka frågeställningar som för närvarande är aktuella inom arbetsmedicin och som kan kräva informationsinsatser.

Förmedling av kunskap, information respektive handledning utformas beroende på målgrupp, situation och frågeställning. Föreställningen att kunskapsförmedling/utbildning kan avgränsas till diskreta händelser som kan styckepris sättas är djupt missvisande. På samma sätt är föreställningen att målgruppen har "beställarkompetens" att avropa den information de behöver djupt felaktig. Behovet av kunskap/information framträder inte sällan i avsaknaden av uppmärksamhet på problemområdet. Nedan följer några principiella former av kunskapsförmedling för att visa på bredden av vad som är kunskapsförmedling.

A. Kunskap direktförmedlad till närvarande åhörare kategoriserad utifrån efterfrågan från olika typer av mottagare

Expertis inom arbets- och miljömedicin förmedlar kunskap om arbetsmiljörisker, arbetssjukdomar och andra arbetsrelaterade frågeställningar direkt *till mottagaren* i samband med

- samtal med enskilda patienter,
- samtal med inremitterande läkare,
- föredragning för grupper av läkare, sjukvårdspersonal mm..
- föreläsning till arbetsgivare eller
- övriga arbetsmiljöaktörera och skyddsorganisationer.

Kunskapsförmedlingen kan även ha karaktären av allmän information

- till allmänheten

A, 1. Kunskap direktförmedlad till närvarande åhörare kategoriserad utifrån tidsomfattning.

Enheten för en kunskapsinsats kan baseras på informationsinsatsens tidsomfattning. Utbildningssituationen kan omfatta

- flera dagar (utbildningar),
- enstaka dag (temadag) eller
- del av dag (halvdags temadag)
- timmar som vid förcläsningar.
- Kortare samtal, (konsultation)

Avgränsningen av vad som är en utbildningsinsats kan därmed variera kraftigt.

A, 2. Kunskap direktförmedlad till närvarande åhörare kategoriserad utifrån svårighetsgrad.

Informationsinsatser som kräver särskilt djup och omfattande förberedelser kan trots begränsat antal åhörare, begränsad omfattning i tid eller begränsat ämnesområde ändå kräva betydande kostnader i tidsinsats. Styckeprisersättning medför risk för att i sådana fall avstår kliniken från att ge denna information utan väljer att hellre erbjuda sådan information som redan finns tillgänglig.

B. Kunskap förmedlad på distans till deltagande åhörare

Informationsinsatser kan även ges på distans med hjälp av strömmande information på nät. Kostanden för sådan kunskapsspridning reduceras genom att resetid och resekostnader reduceras. Handledning utgör en sådan form av kunskapsspridning

C. Kunskap att aktivt hämta av avnämare på distans

Information och kunskap förmedlas i allt större utsträckning som information som mottagaren själv tillgängligör sig när behov uppkommer och vid den tidpunkt som passar avnämaren. Exempel på sådana information är:

- Handlingsprogram (exempelvis Handlingsprogram vid värmebölja).
- Handläggningsprogram (exempelvis information om Utredning av vibrationsskada)
- Kunskapsöversikter (skiftarbete och sjukdom, eller kyla och sjukdomar).

Framtagandet av sådan information kan inte räknas i termer av ”stycken” av information utan utgör ett långsiktigt åtagande att förmedla kunskap som kräver betydande tidsinsats samt logistik att distribuera informationen. Prioriteringen av vilken kunskap som skall finnas tillgänglig med dessa medium kräver betydande beställarkompetens. Prioriteringen kräver även att landstingets roll tydliggörs visavi andra aktörer som myndigheter och universitet.

2014-12-19

Bilaga 5: FoUU-rådets synpunkter på former för forskning inom området arbetsmedicin

Inom norra regionen finns sedan ett antal år avtal om att finansiera en regiongemensam högspecialiserad kompetens inom området arbetsmedicin. I det avtal som gäller t.o.m. 2014 ingår en gemensamt finansierad professur. Regionlandstingen har med hjälp av en särskild utredare utrett hur den regionala kompetensen inom detta område (och inom miljömedicin) kan se ut fortsättningsvis. Landstingen bereder för närvarande frågan.

I samband med denna beredning har landstingen i Norrbotten, Jämtland och Västernorrland uttryckt sin tveksamhet till att fortsättningsvis finansiera en professur. Som underlag för ställningstagandet har beredningsgruppen 2014-08-21 beslutat att uppdra till förbundsdirektören att från FoUU-rådet inhämta en bedömning av lämplig form för forskning inom området. FoUU-rådet bör lämna sin bedömning innan årsskiftet. FoUU-rådet konstaterade vid sitt sammanträde 2014-09-25 att man behöver sätta sig in i underlagsmaterialet innan FoUU-rådet kan lämna en bedömning: FoUU-rådet beslutade att frågan skulle återkomma till sammanträdet 2014-11-03.

Under överläggningarna diskuteras ansvarsfördelningen mellan Umeå universitet och landstingen i norra regionen, samt att den medicinska kompetensen inom området är viktig och sannolikt bäst kan upprätthållas genom ett regionalt samarbete.

FoUU cheferna har som gemensam uppfattning att man till universitetet bör framföra att ett åtagande kring en professur bör vara deras ansvar.

Därutöver finns olika synpunkter på frågeställningen.

FoUU-cheferna från Norrbotten, Västernorrland och Jämtland lämnar som sina synpunkter att kompetens inom arbetsmedicin är viktig för inte minst folkhälsan i regionen. Forskning inom området är också väsentlig och bedrivs för närvarande med hög internationell klass och med finansiering från reguljära organ.

Dessa FoUU chefer noterar att god forskning är nödvändigt inom alla områden och att landstingens finansiering av en professur inom arbetsmedicin hos Umeå universitet avviker från huvudmännens grundläggande ansvarsfördelning. Om landstingen anser att forskning inom detta område är särskilt högt prioriterat, finns alternativet att låta samma ekonomiska resurs ingå i landstingens sökbara medel och eventuellt reservera en andel av dess för forskning inom just detta område.

Västerbottens t.f. forskningschef framför att satsningen behövs även fortsättningsvis. Den regiongemensamma verksamheten behöver en överläkartjänst/specialistansvarig. Professuren har varit en kombinationstjänst med kliniska koppling och därigenom kunnat verka som medicinskt expertstöd för landstingen. Forskningsutveckling inom området har varit endast av uppdragen för denna professor/överläkare. I minst lika hög grad har detta handlat om metodutveckling och kliniskt expertstöd till AMM-kliniker och företagshälsovård liksom kunskapsspridning och utbildningsinsatser i samverkan med bl.a. Arbetsmiljöverket. Dessutom har i professorstjänsten också ingått utbildning på läkarprogrammet inom Arbetsmedicin och Försäkringsmedicin.

Att reservera ”öronmärka” forskningsmedel som ett alternativ till professuren anser Västerbottens t.f. forskningschef inte lämpligt med hänsyn till alla andra prioriterade forskningsområden.

Kostenheten
Malin Torma

Riskanalys av ombyggnation av

- **befintligt kök under pågående produktion**
- **befintligt kök under produktion i evakueringskök**

Utifrån beslutet att förändra tillagningsmetod finns önskemål från politiken att presentera två olika lösningar för anpassning av kök; att bygga om befintligt kök eller att bygga nytt kök i annan lokal.

Vid en ombyggnation av befintligt kök kommer både kostenhetens personal och dess matgäster att påverkas under hela ombyggnadsprocessen samt under övergången från den gamla tillagningsmetoden cook serve till den nya cook chill.

Om det byggs ett nytt kök i andra lokaler kommer ingen påverkan att ske på varken personal eller matgäster förrän det är dags att ta det nya köket i bruk och växla över till den nya tillagningsmetoden.

Datum för analys 2015-04-08

Ansvarig Chef Malin Torma, Jörgen Henriksson _____

Skydds-/risk-/ miljöombud Annette Silfver _____

Övriga deltagare i arbetsgruppen Presenteras och gås igenom på APT den 14 april 2015 för tillägg och samverkan.

Datum för ev samverkan i Centrumkommitté 23 april 2015

Klassning av analysresultatets konfidentialitet Öppen

Original lagras och godkänns elektroniskt. Utskrifter gäller endast efter verifiering mot systemet att utgåvan fortfarande är giltig.

Kostenheten
Malin Torma

Risker **(Möjlig händelse)** **1. Delprocess, aktivitet, iakttagelse** **1.1 Risk**	**Allvarlighetsgrad**	**Sannolikhet**	**Riskpoäng**	**Fortsatt analys?** **Allvarlig risk?** **Ja / Nej**	**Bakomliggande orsaker** (Varför är det en risk)	**Åtgärdsförslag**	**Uppdragsgivarens godkännande / Ansvarig för genomförande**	**Klart före**	**Uppföljning / Ansvarig**
1. **Ombyggnation under befintlig produktion**					Stort merjobb för kökspersonalen. Frustration och förvirring.	Evakueringskök under ombyggnationen eller bygga nytt kök på annan plats så att produktionen kan fortlöpa med minimerade störningsmoment.	Enhetschef	APT den 14 april 2015	Vid ev ombyggnation av befintligt kök/Enhetschef
1.1 Risk för stress och oro hos kökspersonal. Känsla av otillräcklighet.	1	4	4	Ja	Nytt sätt att arbeta, nya rutiner. Rädsla för misstag. Utrustning som står i vägen, begränsade ytor.				
1.2 Risk för buller och försämrad arbetsmiljö och hörselnedsättning	2	4	8	Ja	Hög ljudnivå från hantverksredskap, maskiner och köksutrustning.				
1.3 Risk för dammig arbetsmiljö och kontaminering	3	4	12	Ja	Byggdamm virvlar runt i köket under produktionstid. Svårt att hålla rent.				
1.4 Risk för försämrad arbetsmiljö och förseningar då arbetsytan blir begränsad.	2	3	6	Ja	Störningar i logistik och framkomlighet.				

Original lagras och godkänns elektroniskt. Utskrifter gäller endast efter verifiering mot systemet att utgåvan fortfarande är giltig.

1.5	Risk för att det är svårt att hålla ordning och hitta arbetsredskap.	1	3	3	Ja	Provisorisk ordning som ändras veckovis utifrån ombyggnationen.			
1.6	Risk för att kökshygienzonerna inte kan separeras.	1	4	4	Ja	Stor risk för kontaminering vilket kan leda till matförgiftning.			
1.7	Risk att ombyggnationen drar ut på tiden.	1	1	1	Ja	Försämrad arbetsmiljö under längre tid än beräknat.			
1.8	Risk för att kylar, frysar och torrförråd inte kommer att räcka till vid ombyggnation av dessa.	1	3	3	Ja	Provisorisk ordning som ändras veckovis utifrån ombyggnationen. Att inte hitta redskap och livsmedel.			
1.9	Utrustning som skall användas i produktionen berörs av ombyggnation.	1	2	2	Ja	Renovering och matsedel kan påverka varandra. Kommunikation mellan hantverkare och kostenheten.			

Kostenheten
Malin Torma

2. Försenad matleverans 2.1 Risk för att både måltidspersonal, transportörer och avdelningspersonal har svårt att hinna med sitt arbete på ordinarie arbetstid.	3	3	9	Ja	Rutiner ruckas. Ändrade rutiner, oordning. Svårt att kommunicera ut information om förändringar och förutsättningar för dagen med kort varsel.				

Original lagras och godkänns elektroniskt. Utskrifter gäller endast efter verifiering mot systemet att utgåvan fortfarande är giltig.

3. Evakueringskök									
3.1 Byte av serveringssystem och ändrade rutiner --> viss övertaliget. Nya rutiner för mattransport och utökade transporter. Nya rutiner och utökade arbetssysslor vid hantering av mat på avdelningen.	1	4	4	Ja	Oro för tillfällig flytt av verksamheten. Utforma ett nytt serveringssystem med anpassade rutiner under en kortare period kan kännas meningslöst och stressande tillsammans med vetskapen om att det kommer att bli ytterligare en förändring när ombyggnationen och driftsättandet av det slutliga köket är klar. Känsla av otillräcklighet. Oro för många förändringar på kort tid.	Bygga nytt kök på annan plats så att produktionen kan fortlöpa med minimerade störningsmoment.	Enhetsch ef	APT den 14 april 2015	Vid ev ombyggnation av befintligt kök/Enhetschef
3.2 Risk för stress och oro hos kökspersonal.	2	4	8	Ja					
3.3 Utrustning som skall användas i produktionen berörs av ombyggnation.	1	2	2	Ja	Rädsla för misstag. Ökade sjukskrivningar. Svårt att kommunicera ut information om förändringar och förutsättningar för dagen med kort varsel.				
3.4 Ökade transporter									

Jämtlands Läns Landsting

Utvecklingsplan för Kostenheten

Ansvarig: Malin Torma, Jörgen Henriksson

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 SAMMANFATTNING 4
2 INLEDNING 5
2.1 Syfte 5
2.1.1 Initiativärende 5
2.2 Målgrupp 6
2.3 Område 6
2.3.1 Kostenhetens verksamhet 6
2.3.2 Restaurang- och caféverksamhet 7
3 INRIKTNING OCH MÅL 7
3.1 Patientkost 7
3.2 Restaurang- och caféverksamhet 8
3.3 Målvärden inom 4 år 9
4 AKTIVITETER OCH GENOMFÖRANDE 10
4.1 Nödvändiga åtgärder för säker livsmedelshantering 10
4.1.1 Lokaler och logistik 10
4.1.1 Utrustning 11
4.2 Nödvändiga åtgärder för bättre arbetsmiljö 12
4.2.1 Lokaler 12
4.2.2 Utrustning 13
4.3 Åtgärder i Restaurang- och caféverksamheterna 13
4.3.1 Restaurang Kajutan 13
4.3.2 Café Entré 14
4.3.3 Café Nyfiket 14
5 BAKGRUND OCH PLANERINGSFÖRUTSÄTTNINGAR 14
5.1 Lagstiftning 14
5.2 Nutrition 15
5.3 Varmmatssystem 15
5.3.1 Cook serve – traditionell varmmatsproduktion 15
5.4 Kalllmatssystem 15
5.4.1 Cook chill – kallmatssystem med snabb nedkylning 16
5.4.2 Ångtryckskokning – kallmatssystem, tillagning i mikrovågsugn 16

6 ALTERNATIV 17
6.1 Att fortsätta matproduktionen med bibehållen verksamhet 17
6.2 Att införa cook chill 18
6.3 Att införa ångtryckskokning i portionslådor 19
6.4 Utveckling av restaurang- och caféverksamhet 19
7 KOSTNAD/BESPARING 20
7.1 Kostnader 20
7.2 Besparingar 20
8 SLUTORD 21
9 BILAGA EKONOMISK KALKYL 23

1 SAMMANFATTNING

För att kunna tillhandahålla en säker patientkost behöver risker i livsmedelshanteringen elimineras både vad gäller livsmedelshygien, livsmedelshantering och näringsinnehåll. Kostenhetens huvudsakliga målgrupp är sjuka patienter med nedsatt immunförsvar. Den största delen är dessutom äldre vilka redan från början är mera infektionskänsliga och löper risk för undernäring. En annan känslig målgrupp är små barn som ännu inte hunnit bygga upp sitt immunförsvar. Därför är det är av yttersta vikt att ha en säker livsmedelshantering och god livsmedelshygien. Då många patienter kan ha nedsatt förmåga att äta och dricka samt att aptiten oftast är nedsatt p g a sjukdom och/eller medicinering är det av yttersta vikt att se till att den mat som serveras är näringsriktig, god och aptitlig.

Med dagens långa ledtider, korsande flöden, kontamineringsrisk, långa varmhållningstider som gör att näringsämnen lakas ur samt lokaler och utrustning som inte uppfyller gällande livsmedelslag behöver nuvarande kökslokaler byggas om alternativt ett helt nytt kök byggas. Med ett kök som är anpassat till produktionsmetod och lagkrav, kan verksamheten effektiviseras och livsmedelshanteringen säkerställas. Detta skulle även främja arbetsmiljön med tanke på kostenhetens höga sjuktal. Med en annan produktionsmetod kan måltiderna anpassas till när patienten vill och kan äta vilket påverkar näringsintaget positivt. Det skulle även gynna vårdens flöden genom att måltidstiderna inte begränsar planeringen av medicinska behandlingar och vårdinsatser. Dessutom frigörs hissarna, som idag vid vissa tidpunkter är upptagna av matvagnstransport då distributionen av mat till avdelningarna kan anpassas till andra tider eller ske med en jämnare fördelning över dagen. Med minskat kundunderlag i Restaurang Kajutan behöver även den verksamheten ses över.

De metoder som har undersökts är kallmatssystem. Med cook chill kyls maten ner snabbt direkt efter tillagning. Då nedkylningsprocessen är så snabb och inte kräver varmhållning förloras få näringsämnen. Maten värms i mikrovågsugn på varje avdelning och serveringstiden kan anpassas individuellt till när varje patient är redo att äta. Detta möjliggör även ett större utbud och valfrihet mellan olika rätter vilket kan göra att måltidsupplevelsen upplevs mera positiv. En positiv måltidsupplevelse främjar aptiten, ökad aptit leder till ökat matintag vilket gynnar tillfrisknandet och motverkar undernäring. Med ångtryckskokning förpackas otillagade livsmedel i förslutna lådor som tillagas på varje avdelning i mikrovågsugn under ångtryck precis innan servering. Metoden har samma fördelar som cook chill men är mindre resurskrävande.

För Restaurang Kajutans utveckling vore det fördelaktigt att disponera om ytorna så att restaurangen får ett egna produktionsytor och diskrum. Köbildning förhindras om flödet förbättras och restaurangen blir inte beroende av produktionsköket utan kan erbjuda ett annat utökat utbud mera anpassat efter kundernas önskemål. Det går även att erbjuda andra öppettider.

Oavsett vilket mathanteringssystem som väljs måste köket genomgå en rejäl ombyggnad. En ombyggnation av befintliga lokaler innebär att produktionen inte kan pågå i lokalen under byggtiden oavsett ifall man väljer att bygga om eller bygga nytt. För att kunna tillhandahålla en säker patientkost under byggtiden bör ett nytt kök byggas i nya lokaler.

För matlänet Jämtland borde det vara en självklarhet att behålla produktionen av patientkosten i eget kök. Kostenheten förordar därför en anpassning och övergång till cook chill utifrån säkerhet, kvalitet, flexibilitet, arbetsmiljö och kostnadseffektivitet. Metoden ger dessutom besparingar på ca 7 mkr per år trots att en ombyggnadskostnad för Restaurang Kajutan finns medräknad.

2 INLEDNING

2.1 Syfte

Kostenheten behöver göra stora investeringar inom en snar framtid då merparten av centralkökets maskinpark behöver bytas ut samt att befintliga lokaler är undermåliga vilket gör att kostenheten inte kan uppfylla och efterleva de lagkrav som ställs på verksamheten utan att äventyra patientsäkerheten. Detta innebär att enheten står inför beslut om vägval för framtida utvecklingsarbete vad gäller serveringssystem, tillagningsmetoder, utbud och service. Dessa faktorer påverkar hur lokaler skall disponeras och vilken utrustning som krävs. Lokaler och utrustning tillsammans med tillagningsmetod och arbetssätt avgör hur kostenheten skall bemannas, vilken kompetens som behövs och hur effektivt verksamheten kan bedrivas.

Kostenheten ser att det finns möjligheter att effektivisera verksamheten samtidigt som man ökar patientnyttan. Vårdnära service (VNS) med personal som har utbildning och erfarenhet av livsmedelshantering är en positiv faktor att dra nytta av vid denna utveckling.

2.1.1 Initiativärende

Ett initiativärende från Miljöpartiet har även lämnats till landstingsstyrelsen för att se över kostenhetens uppdrag som upplevs som otydligt och utan styrkraft. Ärendet har beaktats i projektguppen men besvaras separat av centrumchef.

Kostenheten upplever att det är svårt att få gehör från politikerna i frågor som fattas på politisk nivå men som enheten skall ansvara för t ex krav om specifika produktval, inköp av ekologiska livsmedel och livsmedel som är producerade på ett socialt och etiskt sätt. Det är en svår balansgång utifrån det ekonomiska läget att nå både ekonomiska och ekologiska mål då de motverkar varandra.

För att få genomslagskraft för de riktlinjer som är specifika för livsmedelshantering behöver det finnas ett politiskt stöd i vissa frågor. Enheten följer Livsmedelsverkets (SLV) och Socialstyrelsens (SoS) riktlinjer samt livsmedelslagen och lagen om offentlig upphandling, men kan inte besluta om eller ge direktiv till övriga verksamheter att göra detsamma. På senare tid har det även ifrågasatts om kostenheten verkligen behöver följa SLV:s rekommendationer. Nya rön, t ex fettdebatten, som undergräver forskning och vetenskap men som får stort genomslag hos både patienter och politiker gör det svårt för kostenheten att bedriva sin verksamhet. Utifrån detta skulle en kostpolicy vara ett bra styrdokument för att undvika onödiga diskussioner och

säkra att alla verksamheter/professioner inom Jll, med stöd av kostenheten, följer de rekommendationer som finns. Den skulle även vara till hjälp vid avgörandet hur långt kostenheten skall gå för att tillmötesgå etiska- och religiösa skäl samt vilka krav som skall ställas vid upphandling av livsmedel vad gäller miljö och kvalitet, lägsta nivå på serviceutbud som skall tillhandahållas mm.

2.2 Målgrupp

Kostenhetens huvudsakliga målgrupp är sjuka patienter med nedsatt immunförsvar. Den största delen är dessutom äldre vilka redan från början är mera infektionskänsliga och löper större risk för undernäring. Även små barn som ännu inte hunnit bygga upp sitt immunförsvar är en känslig målgrupp. Därför är det är av yttersta vikt att ha en säker livsmedelshantering och god livsmedelshygien. Då många patienter kan ha svårt att äta och dricka samt att aptiten oftast är nedsatt p g a sjukdom och/eller medicinering är det också av vikt att den mat som serveras är näringsriktig, god och aptitlig. Även måltidsmiljön har stor betydelse.

Patientkosten serveras främst till inneliggande patienter men även till dagpatienter. För restaurang- och caféverksamheterna är målgrupperna dagpatienter, anhöriga, anställda och politiker inom JLL samt de från allmänheten som besöker vår verksamhet.

2.3 Område

Primärt handlar det om centralkökets tillagning av patientkost men en förändring och utveckling av denna verksamhet påverkar även restaurang- och caféverksamheterna. För dessa verksamheter finns det också egna utvecklingsmöjligheter som skulle kunna bidra till en bättre service och ökad lönsamhet.

2.3.1 Kostenhetens verksamhet

Kostenheten är bemannad alla dagar året om 06:15 – 17:30. I dagsläget tillagas ca 2000 portioner varm mat (cook serve) varav ca hälften är patientportioner fördelade på frukost, lunch och middag. Patienterna erbjuds en maträtt per måltid förutom vid lunch då den som har särskilda önskemål även kan välja från Restaurang Kajutans matsedel. Till patienternas huvudmål tillämpas brickdukning som följer den ordination som kommer från respektive avdelning. I stort sett all mat tillagas från grunden.

Den tillagningsmetod och det arbetssätt som tillämpas idag, brickdukning och disk av huvudmålen (frukost, lunch och middag), är väldigt personalkrävande vilket gör verksamheten sårbar vid korttidsfrånvaro. Det är också svårt att utnyttja personalen jämnt hela dagen då produktionen går i vågor under dagen. Detta innebär att det mellan topparna uppstår viss spilltid där personalen inte kan nyttjas fullt ut.

Det finns tre grundkoster, Svenska näringsrekommendationer (SNR), Allmän kost för sjuka (A-kost), Energi- och proteinberikad kost (E-kost). Dessa koster kan beställas i fyra olika portionsstorlekar, hel, halv, en och en halv samt dubbel. Kosten anpassas till patientens medicinska behov vad gäller sjukdomstillstånd, allergi och förändrad konsistens. Kostenheten erbjuder även önskekost då särskilda skäl föreligger. Kostenhetens dietist ansvarar för att patientkostmatsedeln är näringsriktigt sammansatt.

Utöver de tillagade måltiderna tillhandahåller centralköket råvaror till avdelningarna för beredning av mellanmål. Centralköket tillhandahåller även fikabord till konferensgäster i huset och erbjuder smörgåstårtor, exotiska plankor samt cateringmenyer.

Kostenheten har en stor kunskapsresurs då personalen besitter mångårig kunskap och erfarenhet vad gäller matlagningskunskap, råvarukännedom, produktval, kostval, nutrition, dietetik, livsmedelssäkerhet, livsmedelshantering och livsmedelsupphandling. En svaghet är de höga sjuktalen samt att åldersstrukturen är hög och en stor del av kompetensen försvinner inom några år. Mycket av den erfarenhet och kunskap de besitter skulle behöva dokumenteras då medarbetarna bär med sig en stor samlad kunskap i minnet.

2.3.2 Restaurang- och caféverksamhet

Den andra hälften av kostenhetens producerade måltider serveras i restaurang och caféverksamheterna. Personalrestaurangen Kajutan har öppet 11:00 – 13:30 och är även öppen för allmänheten och konferensgäster. I Restaurang Kajutan erbjuds lunch bestående av fyra alternativa rätter, varav en soppa och en nyckelhålsmärkt maträtt.

Café Entré har öppet 8:00-17:30 förutom fredag, lördag och söndag då det är något kortare öppettider. Där erbjuds frukost, lunch och middag enligt patientmatsedeln. Det finns även möjlighet att köpa enklare rätter såsom varmkorv, paj, panini och frysta maträtter samt ett utbud av smörgåsar och kaffebröd.

Café Nyfiket är öppet för personal i Hus 2 och 3 vardagar 8:00-10:15 och tillhandahåller förmiddagsfika till tjänstemän och politiker samt i förekommande fall deras gäster.

3 INRIKTNING OCH MÅL

3.1 Patientkost

Kostenheten tillgodoser patienternas behov av måltider genom att servera näringsriktig kost anpassad till patientens medicinska tillstånd enligt SLV:s och SoS:s rekommendationer.

Måltiderna skall vara välsmakande och tillagade på ett livsmedelssäkert sätt. För att uppnå detta krävs en säker livsmedelshantering i såväl centralkök som på avdelningskök. Det ställer stora krav på kostkompetens och livsmedelskunskap hos kökspersonalen som tillagar och portionerar maten

men även hos dem som sköter avdelningsköken. Det är också oerhört viktigt att samtlig personal inom vården som ordinerar patientkost har rätt kunskap om koster och sjukdomstillstånd samt att de rutiner som finns följs och tillämpas så att köket får rätt information för att kunna tillaga den kost som avses till respektive patient. Köket måste alltid kunna lita till 100% på att rätt information lämnas från vårdavdelningen. Avvikelser p g a felaktigt ordinerade koster eller felaktig portionering bör inte förekomma.

Med ett tillagnings- och serveringssystem som anpassas till patienten genom att skapa valfrihet och erbjuda flera alternativa rätter kan patientens måltidsupplevelse förhöjas och aptiten främjas. En positiv måltidsmiljö och måltidssituation främjar aptiten vilket bidrar till ökat matintag. Ett ökat matintag motverkar undernäring, kan förhindra ytterligare insjuknande och bidrar till tillfrisknandet.

Kallmatsproduktion i jämförelse med varmmatsproduktion har potential att ge en mer flexibel matsituation för såväl personal inom matproduktion och vård som för patienter och matgäster. Att gå från varmmatsproduktion till ett kallmatssystem medför många fördelar både ur livsmedelhygien-, patientsäkerhets-, närings- och kvalitetssynpunkt då kall mat erbjuder en annan flexibilitet och möjlighet att påverka sina egna måltider. Det finns även stora ekonomiska vinningar då det går att effektivisera arbetssätt och samordna personal. Genom effektiva och flexibla flöden kan måltider och transport av dessa anpassas till tider då vårdens verksamhet störs minst vilket bidrar till landstingets LEAN-arbete.

Kallmatshantering kräver dock högre kunskaper hos vårdpersonalen eftersom de måste ansvara för att måltiden blir komplett. Det krävs också att den som serverar maten är väl insatt i patientens omvårdnads- och medicinska problem. I och med att VNS införs på samtliga avdelningar under 2014/2015 kommer det att finnas mänskliga resurser med kunskap om livsmedelshantering och måltidskunskap på plats vilket förenklar en övergång till kallmatssystem.

3.2 Restaurang- och caféverksamhet

Kostenheten ser att restaurangverksamheten skulle kunna utvecklas och erbjuda ett annat utbud och en annan variation på måltiderna. För detta skulle krävas en ombyggnation där restaurangen utrustas med ett eget tillagningskök och ett eget diskrum där matgästerna själva ställer diskgodset i diskbackar. Detta skulle göra att centralköket inte behöver bemanna lunchdisken och att verksamheterna skulle bli helt fristående från varandra. Även kösystemet till maten och kassan skulle behöva organiseras för att få ett bättre flöde.

En annan samordningsvinst som skulle bidra till effektivisering av verksamheten är att samlokalisera Restaurang Kajutan och Café Entré i anslutning till sjukhusets huvudentré. Restaurangen skulle då bli mera tillgängligt och man kan erbjuda ett större lunchutbud till samtliga matgäster och därmed är det också möjligt att renodla caféet och jobba med ett annat utbud. Att flytta upp cateringverksamheten från produktionsköket till caféet för att effektivisera verksamheten istället för som idag ha två likadana verksamheter i två olika lokaler skulle också

bidra till ökad tillgänglighet och ge samordningsvinster. För detta krävs dock ytterligare en om-/tillbyggnation.

3.3 Målvärden inom 4 år

Det skall finnas en kostpolicy som ett styrande dokument över alla kostfrågor då de inte enbart berör köket utan var och en som ordinerar koster och nutritionsprodukter.

VNS personal arbetar må-sö med samtliga måltider som levereras i portionsförpackningar. Samtliga avdelningar skall vara utrustade med varsin snabbdiskande diskmaskin och 4-6 st förprogrammerade mikrovågsugnar. Dukning och diskning av porslin sker på respektive avdelning. Gemensamma kök för avdelningar som ligger i samma våningsplan har byggts.

Ett nytt produktionskök skall ha tagits i bruk och övergång till kallmatssystem har skett. Patienten får välja på flera alternativa rätter och kan äta när det passar hen. Matsedlar skall vara allergianpassade eller enkla att allergianpassa.

Kostenhetens finansiering har setts över. Eftersom det är svårt att driva en intäktsfinansierad verksamhet när man inte styr över medel och resurser bör patientkosten vara anslagsfinansierad. Restaurang- och caféverksamheten kan fortsätta vara intäktsfinansierad.

Kostombudens träffar och roller har utvecklats. Ett större samarbete har utvecklats där avdelningar och kök arbetar i symbios.

Samtlig personal inom Jll respekterar och följer de hygienregler som gäller vid vistelse i kök och vid hantering av oförpackade livsmedel. Vid ombyggnationer och anpassning av kökslokaler tas hänsyn till livsmedelslagen och kostcheferna konsulteras.

Restaurang Kajutan och Café Entré har samlokaliserats och är fristående från centralköket.

Café Nyfiket behålls i nuvarande form men endast en typ av kostavdrag finns och är obligatoriskt för samtliga som arbetar i Hus 2 och 3. Caféverksamheten kan även leverera färdiga mackor. För att minska bemanningen skulle varuautomater som komplement till kaffeautomaterna kunna installeras. Detta förslag presenterades för några år sedan men godtogs inte då. Logistiken i diskrummet har förbättrats och tidsoberoende arbetsuppgifter har förlagts på caféansvarig.

Samtliga avdelningskök skall vara byggda för att klara livsmedelslagens krav på hygien. Samtliga avdelningskök skall vara anpassade till den serveringsmetod som Jll beslutar att tillämpa och det skall bara finnas ett kök per våning som servar hela våningsplanet, vilket gör att bemanningen i kan optimeras.

Rutiner fungerar, inga tvivel om vad som gäller koster och ordination finns. Kostverksamheten har bidragit till att få landstingets budget i balans genom att vidga de flaskhalsar som måltidstiderna inneburit vilket har bidragit till att vårdens LEAN-arbete utvecklats.

Medel för investering av samtliga köksinventarier finns avsatta.

4 AKTIVITETER OCH GENOMFÖRANDE

Det är svårt för verksamheten att fungera under renoverings- och ombyggnadsarbete. Åtgärderna är omfattande och kan inte göras under befintlig produktion om en god livsmedelshygien och säker livsmedelshantering skall upprätthållas. Arbetsmiljömässigt blir det en betungande situation för alla medarbetare då det innebär att arbetet inte flyter på smidigt då saker står i vägen, man får gå extra mycket på de hårda golven, det blir en extra hög bullernivå och hantverkare som inte respekterar hygienzonen utgör en kontamineringsrisk. Det bästa för livsmedelshanteringen och arbetsmiljön under ombyggnadsfasen skulle vara att husera i ett annat kök för att kunna servera säker mat. Ett annat alternativt är att bygga ett helt nytt kök i helt nya lokaler medan kostverksamheten pågår ostört i det gamla under tiden.

4.1 Nödvändiga åtgärder för säker livsmedelshantering

Med rätt förutsättningar kan kostenheten klara av en säker livsmedelshantering. För att uppnå detta behöver lokaler och utrustning anpassas för ändamålet. Flöden behöver förbättras så att inte rena och orena zoner korsas. Där är det viktigt att ta hänsyn även till de mindre flödena som lätt glöms bort. Utrustningens ålder och funktion är till åren komna. Här presenteras de brister som behöver åtgärdas i det befintliga centralköket för att livsmedelshygienen skall kunna säkerställas.

4.1.1 Lokaler och logistik

- Kökets utformning och placeringen av arbetsstationerna är inte logistiskt bra.
- Skiljeväggar behöver sättas upp då kontamineringsrisk föreligger p g a att rena och orena hygienzoner korsas på alltför många ställen.
- Flödena måste anpassas så att inga hygienzoner korsas. Placeringen av packen och transport av matvagnarna t ex är ett korsande flöde som stör varandras verksamheter.
- Leverans av matvagnar med diskgods sker dessutom rätt igenom köket och den rena hygienzonen som är helt öppen och gränsar till koken. Stråket bör flyttas och byggas in så att transport och leverans av matvagnar endast förekommer i den orena zonen, i nära anslutning till brickbandet och den smutsiga zonen i disken.
- Matrester på tallrikar bör komposteras på avdelningen för att förhindra smittspridning.
- Dietköket där mat till de allra känsligaste patienterna tillagas är inte livsmedelssäkert. Det behöver vara en sluten cell för att förhindra att allergena ämnen sprids och oavsiktligt hamnar i maten. Då dietköket vetter mot torrförrådet är risken överhängande att maten kontamineras. För att hämta livsmedel för tillagning i dietköket måste ren och oren zon korsas.
- Koken är inte en sammanhållen verksamhet utan finns i 3 sektioner och delas av en passage vilket gör att det blir mycket spring och korsande av flöden. Stekborden är placerade långt från arbetsytorna och bladningsutrustning. De dessutom placerade helt öppet ut emot gången där besökare tas emot.

- Tvättfat saknas vid vissa stationer engreppsblandarna behöver bytas ut mot sensorstyrda för att hindra kontaminering. Detta gäller även tvål- och spritdoserare.
- Lastkajen ligger i ett annat plan vilket inte är riktigt funktionellt då varor kan bli levererade utan kostenhetens vetskap. I och med detta bryts kylkedjan och livsmedel får förhöjda temperaturer vilket påverkar hållbarheten negativt.
- Varumottagningen är trång och saknar utrymme för avemballering. Detta gör att ytteremballage kommer in i hygienzonen vilket utgör en stor risk för kontaminering. Det finns dessutom ingen skiljevägg mellan varumottagning och torrförråd.
- Torrförrådet är ett bristfälligt utformat öppet utrymme som behöver byggas in då det vetter mot både kök och dietkök. Det behövs flera hyllor för att undvika golvförvaring som inte får förekomma. Emballerade och avemballerade livsmedel förvaras i samma utrymme.
- Livsmedel måste kunna separeras och förvaras i separata kylar som håller korrekta temperaturer för avsedda livsmedel. Kylrummen är för få och för trånga för att kunna ha rätt förvaring där man kan separera olika typer av livsmedel för att förhindra kontaminering. För att kunna arbeta med färsk fisk skulle även en fiskkyl behövas.
- Frysrummen är för trånga och behöver utökas. Man behöver kunna komma in med en vagn för att hämta kartonger.
- Omklädningsrummen är för få och är placerade så att oren zon måste korsas för att komma in i kökets hygienzon. De behöver förläggas i direkt anslutning till centralköket och ha en sluss så att man slussas från oren zon till hygienzon. Dessutom behöver herrarna ha ett eget omklädningsrum, idag delar de med övriga verksamheter vilket är helt förkastligt.
- För torrförråd, kyl-/frysrum där både rena och orena flöden förekommer bör det finnas två dörrar, en från varumottagningen till utrymmet samt en från utrymmet till produktionskök så att dessa flöden inte korsas.

4.1.1 Utrustning

- Diskmaskinen måste bytas ut då den är mycket åldersstigen och reservdelar till ångpannans ångförsörjning har slutat tillverkas. Den är dessutom felvänd så att smutsigt och rent diskgods korsas.
- Golvränna saknas i anslutning till diskbandet och den vattenpöl som bildas utgör en halkrisk. Vattnet måste flera gånger under en diskning skrapas bort till närmaste avlopp som inte är beläget i närheten där det största behovet finns utan där matvagnarna kör in. Avloppet är dessutom underdimensionerat vilket gör det svårstädat då vatten som skrapas till avloppet rinner över och måste skrapas många gånger innan det rinner bort.
- Brickbandets placering är omgärdad av orena flöden och måste flyttas och kapslas in så att inga orena flöden korsar dukningen. Brickbandet och köket skiljs åt av den orena zon där matvagnarna transporteras in till disken.

- Det förekommer förvaringsutrustning och hyllplan av laminerat trä som successivt behöver bytas ut p g a slitage samt att laminatet släpper i den fuktiga miljön och utgör en mikrobiologisk risk. Samtliga arbetsytor skall vara av rostfritt material och vara lätta att rengöra.
- Kokgrytorna i koken behöver konverteras från ångdrift till eldrift. Investering av eldrivna grytor i centralköket, de små grytorna 2016 och de stora grytorna 2015.
- Grönsakshacken (Hällde) krånglar alltför ofta och skickas med jämna mellanrum till maskin för reparation.
- Eluttaget till potatisskalaren behöver kapslas in ytterligare för att hindra att vatten spolas in i det vid rengöring.
- Omklädningsrummen saknar Z-skåp för att kunna skilja på rent och orent, idag blandas kläderna i samma skåp vilket innebär en risk då sporbildande bakterier riskerar att följa med arbetskläderna in i köket.
- Ytterligare nedkylningsutrustning behöver investeras för att få en snabb nedkylning även i dieten p g a att livsmedel behöver separeras så att inga allergena ämnen kontaminerar allergikost.

4.2 Nödvändiga åtgärder för bättre arbetsmiljö

Kostenheten har idag svårt att hitta gemensamma tillfällen för utbildning, erfarenhetsutbyte och det är svårt med mötesdeltagande p g a att verksamhet pågår hela tiden. Det finns ett värde i att kunna planera gemensamma möten utan att behöva använda kvällar och fritid. Enheten brottas även med höga sjuktal p g a hög åldersstruktur och förslitningsskador. Mera lättstädade lokaler, ergonomiskt anpassad utrustning och ytterligare automatiserad utrustning skulle underlätta och skapa en bättre arbetsmiljö.

4.2.1 Lokaler

- Golven skall vara lätta att rengöra, halsäkra och dämpande. Det måste också finnas avlopp med rätt lutning, placering och rätt dimension. Det saknas t ex en golvränna vid avplock vid disken och de avlopp som finns är för små och inte ergonomiskt placerade. Golvbrunnar skall också vara lätta att rengöra.
- De lutande golven vid stekborden utgör en risk, både halk- och snubbelrisk med påföljande brännskada föreligger.
- Kontorslokalerna behöver bli fler och mera samlade för att samtlig administrativ personal skall vara mera tillgängliga både för varandra och kökspersonalen. Det är även en mycket bullrig arbetsmiljö i kontoret som ligger i anslutning till köket. Viktigt dock att kontoren ligger i nära anslutning till produktionen.
- Fikarummet är litet och beläget utanför kökets domäner i oren zon. Personalutrymmen såsom fika-/pausrum behöver bli flera och ligga i direkt anslutning till centralkökets

omklädningsrum för att inte korsa hygienzonerna. Kontoren tenderar att bli fikarum och samlingsplatser vilket inte är en bra arbetsmiljö för dem som har sin arbetsplats där.
- Ventilation och temperaturreglering saknas i kontorsutrymmen och produktionsköket. Det blir olidligt varmt och fuktigt när solen skiner in samt kallt vintertid.
- Kostenhetens verksamheter är utspridda på fyra olika plan på lasarettsområdet.

4.2.2 Utrustning

- För att förbättra arbetsmiljön bör köket utrustas med höj- och sänkbara arbetsbänkar och mera automatiserad utrustning. Samtliga arbetsytor och förvaringsutrymmen skall vara rostfria och lätta att rengöra.
- Diskplockning av patientbrickor och lunchbrickor från Restaurang Kajutan samt portionering vid brickbandet innebär många repetetiva monotona rörelser i statisk arbetsställning vilket medför förhöjd risk för förslitningsskador. En åtgärd för att minska dessa kan vara att investera i en besticksorterare och avfallskvarn i disken. Vid brickbandsdukningen kan stationen glas och bestick flyttas upp på avdelningarna när VNS tar över och snabbare diskmaskiner installerats.
- Kokgrytor bör vara utrustade med enskilda omrörare, kylmantel och vara utrustade med aktiv kyla för möjlighet till kylförvaring över natten för att minska hanteringen. Detta främjar både arbetsmiljön och minskar risken för kontaminering. Skiljeväggar mellan rena och orena zoner kan också bidra till en bättre ljudnivå.
- Mathissen till Restaurang Kajutan fungerar inte alltid och är både ett stressmoment och en arbetsmiljörisk då dispensrar som transporteras upp och ner tenderar att tippa vilket har lett till några incidenter där personalen kunde ha kommit till skada samt att stora mängder glas och porslin krossats.

4.3 Åtgärder i Restaurang- och caféverksamheterna

Restaurang Kajutan och Café Entré har i stort sett samma problematik som finns i centralköket men i mindre skala. Café Nyfiket har inga större brister idag.

4.3.1 Restaurang Kajutan

- Restaurang Kajutan byggs om så att ett eget diskrum med tunnelmaskin där alla brickor och matsalsdisk diskas. Detta eliminerar frakt av porslin i hissen. Restaurang Kajutan skulle kunna ha eget porslin liknande det i som finns i Café Entré för att ge en trivsammare restaurangkänsla.
- Uppvärmningsskåp behöver investeras.
- Värmerier och vattenbad behöver bytas ut.
- Logistiken vid kassan och serveringsdisken behöver ses över och byggas om för att snabba upp den långa köbildning som blir under vissa tider.
- Betalningssystemet/-rutinerna behöver ses över – misstanke om fusk föreligger.

- Restaurang Kajutan utrustas med stekbord, ugn, grytor, grill etc för att kunna laga mat a la minute vilket gör att svinnet minskar och utbudet kan bli mer varierat.

4.3.2 Café Entré

- Lastkajen på annat plan i en helt annan del av byggnaden → bruten kylkedja samt att kylvarorna kan bli stående en stund innan de levereras till caféet.
- Trångt i varumottagningen – blockerar passagen och kontoret. Tomma vagnar ställs utanför dörren och blockerar bankboxen och dörren till omklädningsrummet.
- Omklädningsrummet placerade i oren zon (detta påtalades redan vid ombyggnationen för några år sedan av enhetschef).
- Tillräckligt antal ugnar för nuvarande verksamhet. Behöver utökas om verksamheten utökas.
- Ålder och funktion
- Diskmaskin krånglar en hel del, behöver bytas ut mot en mindre tunnelmaskin för att få ett snabbare flöde i disken.
- Klädskåp – ej delade.
- Självtagning av mat blir en smittorisk det inte finns något hostskydd.
- Elektroniskt egenkontrollprogram för att trygga livsmedelssäkerheten.

4.3.3 Café Nyfiket

- Köksinredningen är av laminerat trä och inte rostfritt.
- Önskvärt att kontanthantering tas bort och sköts i receptionen.

5 BAKGRUND OCH PLANERINGSFÖRUTSÄTTNINGAR

Kostenheten tillhandahåller sjukhuskoster enligt Livsmedelsverkets (SLV) och Socialstyrelsens (SoS) riktlinjer vad gäller utbud, näringsriktighet och produktionssäkerhet. Kvaliteten säkras genom att tillämpa god livsmedelshygien och följa det egenkontrollprogram som gäller för enheten.

För att kunna tillhandahålla en säker patientkost behöver risker i livsmedelshanteringen elimineras både vad gäller livsmedelshygien och näringsriktighet. För att kunna göra detta samt förbättra arbetsmiljön för medarbetarna behöver kostenheten kliva in i 2000-talet. Detta innebär att produktionsmetoden behöver förändras, utrustning behöver förnyas och reinvesteras samt nya lokaler som är anpassade efter dagens krav behöver byggas.

5.1 Lagstiftning

Kostverksamheten lyder under livsmedelslagen, SFS 804: 2006. Denna lag syftar till att säkerställa en hög skyddsnivå för människors hälsa och för konsumenternas intressen när det gäller

livsmedel. Detta innebär att kostenheten skall säkerställa att en god livsmedelshygien tillämpas vid hantering av livsmedel för att förhindra kontaminering och matförgiftning. Livsmedelslagen har ett annat fokus än hälso- och sjukvårdslagen, SFS 1982:763 när det gäller personalhygien.

5.2 Nutrition

Malnutrition och undernäring är ett vanligt problem på sjukhus och det är även vanligt att utveckla undernäring under vårdtiden. Matens näringsinnehåll, kvalitet och smak är viktiga faktorer som påverkar patientens näringsintag. Även olika aspekter av måltidsmiljön har en stor inverkan på intaget, såsom personalens attityd vid servering, hur maten serveras, hur miljön ser ut där patienten äter med mera. Från SLV och SoS finns rekommendationer bland annat om hur måltiderna bör fördelas under dagen, samt hur energi- och näringsinnehåll bör se ut för olika patientkategorier. Medicinska undersökningar, patientens mående och behov av omvårdnad kan sedan påverka när patienten har möjlighet att äta. Produktion och serveringssystem för mat på sjukhus bör så långt som möjligt anpassas så att patientens måltidssituation i stort blir så god som möjligt, med hänsyn till vårdens förutsättningar och behov.

Kost och nutrition bör betraktas som en del av den medicinska behandlingen och har stor inverkan på patientens tillfrisknande, mående och upplevelse av vårdtiden. Trots matens stora betydelse för patientens vård finns få studier gjorda som jämför och utvärderar olika typer av produktions- och serveringssystem inom vården.

5.3 Varmmatssystem

5.3.1 Cook serve – traditionell varmmatsproduktion

Varm mathantering är den ursprungliga metoden för alla typer av hushåll, såväl för hem som för restaurang och storkök. Fördelen med cook serve är att maten serveras nylagad från grytan till tallriken. Nackdelen är att om maten inte äts inom en viss tid kan tiden och varmhållningen göra att den tappar näring, smak och utseende. Distribution till avdelning kan ske i kantin eller på dukad bricka.

5.4 Kalllmatssystem

Ett kallmatssystem bidrar till bättre flöden för vården genom att måltidstiderna inte begränsar planeringen av medicinska behandlingar och vårdinsatser, samt gör att måltiderna kan anpassas till när patienten kan och vill äta vilket påverkar näringsintaget positivt. Varma måltider skulle kunna serveras i princip dygnet runt. För att tillämpa ett kallmatssystem behöver inte produktionsköket ligga i direkt anslutning till sjukhuset utan är lägesoberoende. Även om det blir längre transporter så räcker det med en transport per dag förutsatt att det finns förvaringsutrymmen på avdelningarna eller ett kylrum för mellanlagring.

Ur livsmedelshygienisk aspekt och för att eliminera risken för att patientmaten kontamineras är det säkrare att skicka kyld mat i förslutna lådor märkta med innehållsförteckning än att låta maten stå på varmhållning. Ett kallmatssystem är även bättre ur näringssynpunkt då varmhållning gör att näringsinnehållet i livsmedel förloras genom att vitaminer och mineraler lakas ut av tid och temperatur. Dessutom påverkas både utseende, smak, lukt och konsistens av varmhållning.

Med uppvärmning/tillagning av maten på avdelningen nära patienten serveras maten direkt utan varmhållning vilket bibehåller näringsämnen, utseende, smak och konsistens. När man lagar mat i mikrovågsugnen kokas vattnet i maten. Enligt SLV finns flera studier som undersökt vad som händer vid matlagning i mikrovågsugn. I de flesta fall visar de endast små förändringar. Dessa är vanligtvis mindre än de som uppkommer vid vanlig kokning och stekning. Det finns inga publicerade studier som visat att vanlig tillagning i mikrovågsugn påverkar näringsinnehållet negativt på annat sätt än vanlig uppvärmning. Tvärtom är det en skonsam tillagningsmetod.

Kallmatshantering kräver högre kunskaper hos vårdpersonalen eftersom de måste ansvara för att måltiden blir komplett. Det krävs också att den som serverar maten är väl insatt i patientens omvårdnads- och medicinska problem.

5.4.1 Cook chill – kallmatssystem med snabb nedkylning

Vid tillämpning av cook chill kyls maten ner till +3ºC inom 90 minuter. Återuppvärmning skall alltid ske till minst +72ºC. Metoden innebär att man direkt efter tillagning snabbt kyler ner maten för att bevara näringsämnen. Den värms upp först när den skall ätas och då behövs ingen varmhållning som riskerar att laka ur näringsämnen och göra maten torr. Maten kan leveras i kantin eller i portionsförpackningar. Med en obruten kylkedja och en temperaturen på högst +3ºC håller maten i upp till fem dagar.

Fördelen med cook chill är att man kan anpassa tiden när man vill äta och att man inte behöver värma allt på en gång. Den kan också transporteras utan att förlora näring och smak. Ytterligare fördelar är att om maten portioneras i portionslådor har patienten möjlighet att välja mellan flera rätter vilket ger en ökad valfrihet – à la carte på sjukhuset. Maten värms upp i mikrovågsugn direkt på vårdavdelningen, nära patienten så ingen varmhållning behövs. Behandlingar och undersökningar kan göras utan att man behöver ta hänsyn till måltidstiderna. Patienten kan äta när det passar eller hen har lust, oavsett tid på dygnet. Det går även att erbjuda ett bredare utbud. Med denna metod kan man behålla den hemlagade maten och yrkesstoltheten samtidigt som flexibiliteten ökas.

5.4.2 Ångtryckskokning – kallmatssystem, tillagning i mikrovågsugn

Ångtryckskokning är en snabb och varsam tillagningsmetod. Det är också en tillagningsmetod som är extra gynnsam då det gäller att behålla så mycket näring i ett livsmedel som möjligt, trots tillagning, eftersom näringsämnena inte lakas ut i kokvattnet.

Vid ångtryckskokning placeras råvarorna i en speciell värmetålig och trycksäker plastförpackning som försluts med toppfilm. Maten tillagas i ett slutet system vilket säkrar både hög smak och höga näringsvärden. Hållbarheten är samma som för cook chill, fem dagar i obruten kylkedja +3ºC.

Maten tillagas i mikrovågsugn direkt på vårdavdelningen, nära patienten vilket gör att maten serveras nylagad utan att först ha stått på varmhållning. Fördelarna med ångtryckskokning är för övrigt samma som för cook chill; valfrihet – à la carte på sjukhuset, måltiden anpassas till behandlingar och undersökningar. Patienten kan äta när det passar eller hen har lust. Nackdelen är att man förlorar den hemlagade maten och yrkesstoltheten. Metoden är inte särskilt resurskrävande i och med att maten inte tillagas förrän på avdelningen.

En Brittisk studie gjord på 52 patienter mellan 25-65 år, visar att mängden uppäten mat var större för mat tillagad med Steamplicity än för cook chill. Patienterna föredrog Steamplicity vad gäller valmöjlighet, beställning, leverans och kvalitet.[1] Ett bevis för detta är Capio S:t Görans sjukhus som tillämpar Steamplicity och har det högsta nöjdbrukarindexet i Bench Markingprogrammet.

Det finns olika aktörer på marknaden som har egna koncept för ångtryckskokning. Steamplicity är varumärkesskyddat och har en patenterad ventil som inte kan användas av andra aktörer än Medirest. Konkurrenten Sodexo har utvecklat ett liknande system som kallas SoFresh. Det går även att utveckla och driva i egen regi.

6 ALTERNATIV

6.1 Att fortsätta matproduktionen med bibehållen verksamhet

Med cook serve och brickdukning blir det långa ledtider vilket bidrar till att varmhållningstiderna hela tiden ligger på gränsen och ibland även överskrids vilket inte kan anses som en helt säker livsmedelshantering. För att bibehålla näringsämnena i kosten till den målgrupp som så väl behöver näring för sitt tillfrisknande samt för att måltiden skall vara välsmakande och se aptitlig ut är det viktigt att varmhållningstiderna inte överskrids.

Med många korsande flöden mellan rena och orena zoner bryts den rena hygienzonen vilket innebär risk för kontaminering vilket i värsta fall kan orsaka en matförgiftning. Ytskikten är mycket slitna och fasta installationer som t ex arbetsbänkar är varken höj- eller sänkbara vilket bidrar till att arbetsmiljön inte är ergonomiskt utformad. Då köksarbete är väldigt tungt och personalens längd och styrka varierar mycket, kan brister i ergonomiskt utförande bidra till värk och förslitningsskador. En annan aspekt som påverkar både arbetsmiljön och patientsäkerheten är avsaknaden av luftkonditionering vilket gör att inomhustemperaturen under sommarhalvåret när solen ligger på blir så hög att kylda livsmedel inte kan hanteras säkert.

[1] Edwards JSA, Hartwell H J. Hospital food service: A comparative analysis of systems and introducing the "Steamplicity" concept. J Hum Nutr Diet. 2006:19;421-30

Cook serve saknar utrymme för flexibilitet och införande av valfrihet skulle kräva ytterligare resurser. Systemet är väldigt personalkrävande då brickbandsdukning och disk av porslin och vagnar, tar mycket tid och resurser vilket visar sig i produktionsmåttet ”portioner per arbetad timme” jämfört med kostdagarna. Verksamheten är också väldigt sårbar vid korttidsfrånvaro, då en frånvarande kan äventyra en hel dukning. Det är också svårt att utnyttja personalen jämnt hela dagen då produktionen går i vågor under dagen. Detta innebär att det mellan topparna uppstår viss spilltid där personalen inte kan nyttjas fullt ut.

Att behålla cook serve och fortsätta med sjukhusets matproduktion i nuvarande lokaler kräver stora förändringar, enligt punkterna 4.1 och 4.2 utifrån de krav som ställs på livsmedelssäkerheten. Detta påverkar också punkt 4.3. Nuvarande kök byggdes för över fyrtio år sedan och uppfyller inte den livsmedelslag som gäller idag. Därutöver har verksamheten förändrats samt produktionsmetoder och utrustning utvecklats. De senaste åren har dessutom allergierna och medvetenheten om mat och livsmedelsval ökat. Det har tillkommit en större del patienter som ställer andra krav på sjukhusmaten av kulturella och religiösa skäl. Detta gör att det finns ett större behov av individuellt anpassade koster för vilka nuvarande kök inte är godkänt eller utrustat.

6.2 Att införa cook chill

Genom att fortsätta tillaga måltiderna i eget produktionskök kan kostenheten fortsätta att leva upp till sitt goda rykte och behålla yrkesstoltheten, kvaliteten och det goda mathantverket.

Att tillämpa cook chill med portionering av kyld mat i portionslådor som värms upp på avdelningen ger ett mera flexibelt system där man kan erbjuda patienterna att äta när det passar. Det skulle gå att erbjuda patienterna ett större och bredare urval av maträtter och det skulle alltid finnas någon maträtt att välja som faller i smaken.

Genom att maten snabbt kyls ner direkt efter tillagning bibehålls näringsämnena bättre i maten än vid varmhållning. Genom att förpacka maten i en- eller flerportionslådor som försluts utsätts inte maten för kontamineringsrisk av främmande ämnen. Då maten värms på respektive avdelning i direkt anslutning till servering blir det heller ingen varmhållningstid.

Menyerna skulle komponeras och anpassas så att det finns något för varje åldersgrupp och det skulle alltid finnas flera alternativ för de vanligaste ”minuskosterna” minus-fläsk, minus-fisk, minus-lök, minus-kyckling, laktosfri, glutenfri, vegan m fl.

Vårdinsatser behöver inte planeras med hänsyn till måltidstiderna. Matleveransen behöver inte heller ske precis då utan kan ske under andra tider på dygnet. Detta innebär också att matvagnarna inte låser upp så många hissar åt gången då leverans kan ske kontinuerligt under dagen.

Den renovering och ombyggnation som behöver göras för att leva upp till livsmedelslagens krav på en säker livsmedelshantering behöver göras även här. Nuvarande maskinpark skulle kunna

behållas men det skulle kräva en nyinvestering av blast chillers. Då brickbandsdukning och disk av porslin inte längre kommer att utföras elimineras många av de moment som är monotona och upprepande vilket leder till en bättre arbetsmiljö samt att arbetstoppar kapas.

Cook chill med portionsförpackad mat till patienterna skulle bli mera personaleffektivt. Då maten kan tillagas i förväg behövs ingen helgtjänstgöring. Flera rätter skulle kunna lagas samtidigt och bemanningen skulle kunna reduceras kraftigt i både disk och på brickband. Förutsatt att tillräckligt med kylar för förvaring av den förpackade maten skulle även helgtjänstgöringen kunna dras in. Verksamheten skulle inte heller bli lika sårbar då maten inte behöver vara både varm och portionerad, klar att serveras, då den skickas ut från köket vid specifika tider utan viss förskjutning kan ske. Detta skulle även medföra att helgtjänstgöring inte är nödvändig i lika stor utsträckning som idag. En viss bemanning i dietköket skulle eventuellt behövas utifrån att Jll bedriver ett akutsjukhus.

Införandet skulle även kräva en anpassning av avdelningsköken. För detta skulle det behövas fyra till sex mikrovågsugnar per avdelning, en snabbdiskande diskmaskin, större kylutrymme för portionsmat. Önskvärt att ha ett kök som kan serva två avdelningar i varje plan, vilket skulle kunna effektivisera bemanningen av VNS.

6.3 Att införa ångtryckskokning i portionslådor

Att införa ångtryckskokning av matlådor i portionsförpackningar för patientkost kräver inga stora investeringar varken i utrustning, lokalyta eller bemanning. Ur ett medarbetarperspektiv försvinner dock matglädjen och mathantverket. Råvarukostnaden skulle troligtvis bli något dyrare per portion men då det kräver väldigt låg bemanning skulle det ändå ge en kraftig besparing. Dessutom behövs ingen helgtjänstgöring då maten kan beredas i förväg.

Avdelningsköken skulle behöva samma anpassning som för cook chill och vinsterna är desamma. Det som skiljer mikrovågstillagning med ångtryck och cook chill är att maten vid mikrovågstillagning inte är tillagad då den läggs i portionsformar utan tillagas direkt i mikrovågsugnar precis innan servering. Mera nylagad mat än så är svårt att uppnå.

6.4 Utveckling av restaurang- och caféverksamhet

Med en förändrad produktionsmetod för patientkosten öppnas också möjligheter för utveckling av Restaurang Kajutan. Med en omdisponering av ytorna inom befintliga lokaler kan restaurangen få egna produktionsytor och ett eget diskrum. Genom att göra om restaurangen till en fristående enhet blir den inte beroende av produktionsköket utan kan erbjuda ett annat utökat utbud mera anpassat efter kundernas önskemål vilket kan locka flera matgäster. Det skulle även förbättra flödet och snabba på de långa köer som uppstår. Denna utveckling kommer att medföra en organisationsförändring där verksamheterna delas upp i patientkost och restaurang/café.

På lite längre sikt skulle det även gå att samordna delar av restaurang- och caféverksamheten genom att samla restaurang- och caféverksamheterna i gemensamma lokaler belägna i entrén. Förutom samordningsvinster, både för produktion och bemanning, skulle restaurangen bli mera tillgänglig för både interna och externa matgäster, samt att utbudet och servicen kan utökas ytterligare om man kombinerar två verksamheter på samma ställe. Genom att förbättra läget för restaurangen ökar tillgängligheten och kundunderlaget vilket kan ge ökade intäkter.

7 KOSTNAD/BESPARING

7.1 Kostnader

Skillnaden i avskrivnings- och räntekostnader för ny- eller ombyggnation av nuvarande kök anpassat till de olika produktionsmetoderna är marginell men ett måste i alla alternativen för att uppfylla dagens krav. På årsbasis landar det på ca 5 mkr för samtliga alternativ. Däremot tillkommer en engångskostnad för lokalhyra och transporter på uppskattningsvis 1,5 mkr vid ombyggnation av befintlig kök.

En övergång till cook chill eller ångtryckskokning innebär att 27 avdelningskök behöver anpassas och utrustas till en kostnad av ca 1,4 mkr. För detta behöver en mer noggrann kalkyl tas fram.

Tack vare att VNS redan beslutats införas på samtliga avdelningar tillkommer ingen extra kostnad för dessa tjänster.

7.2 Besparingar

Att fortsätta med dagens verksamhet helt oförändrat med centralkök, Restaurang Kajutan, Café Entré och Café Nyfiket inom befintliga lokaler skulle innebära en oförändrad personalkostnad. Vid övergång till ett kallmatssystem kan arbetet effektiviseras och helgtjänstgöringen minskas motsvarande 13-14 heltidstjänster. Kostnadsbesparingen avseende personal blir då ca 7 mkr per år för cook chill och 7,5 mkr per år för ångtryckskokning oavsett ny-/ombyggnation.

Att införa kallmatssystem för patientkosten kräver att Restaurang Kajutan byggs om och resurser omfördelas medan Café Entré och Café Nyfiket blir oförändrat. Ytterligare effektiviseringar skulle kunna göras om Restaurang Kajutan och Café Entré slås ihop i gemensamma lokaler. För detta har inga kalkyler tagits fram p g a att det kräver ett större arbete än vad tidplanen medger.

8 SLUTORD

Oavsett vilket mathanteringssystem som väljs måste köket genomgå en rejäl ombyggnad. För matlänet Jämtland borde det vara en självklarhet att behålla produktionen av patientkosten i eget kök. Om ett beslut tas under hösten 2014 kan, enligt fastighet, ett nytt kök stå färdigt att tas i bruk tidigast första kvartalet 2016.

Kostenheten förordar en anpassning och övergång till cook chill utifrån säkerhet, kvalitet, flexibilitet, arbetsmiljö och kostnadseffektivitet. För att få en så säker och smidig övergång som möjligt under ombyggnadsperioden förordas att ett nytt kök byggs i andra lokaler. Kostenheten tror att personalminskningen kan lösas med pensionsavgångar, erbjudande om tjänst inom VNS och övriga landstingsservice samt att antalet timanställda kan minskas.

Utifrån Miljöpartiets initiativärende behöver också en kostpolicy skrivas fram.

Säkerhet

Med cook chill kan en säker mathantering säkerställas och patientsäkerheten ökas då riskerna för matförgiftning elimineras.

Kvalitet

Patienterna kan serveras en måltid som behåller näringsämnen bättre än dagens system då ingen varmhållning som lakar ur näringsämnen behövs. Utbudet kan utökas och patienten kan erbjudas flera olika alternativa rätter. Att själv få välja vad man vill äta kan bidra till att upplevelsen av matens kvalitet blir bättre samt matintaget kan öka vilket har en positiv effekt på tillfrisknandet.

Flexibilitet

Patienten kan äta när det passar, när som helst på dygnet. Genom att erbjuda en flexibel mathantering och måltidssituation kan även vårdens flöden effektiviseras då ingen hänsyn behöver tas till måltidstider samt att hissarna frigörs då transport av matvagnar kan styras till tider när hissarna inte behövs för patienttransport.

Arbetsmiljö

Mathantverket bevaras, matglädjen och kunskapen hos personalen tas tillvara. Den fysiska arbetsmiljön främjas av modernare utrustning och eliminering av upprepade monotona rörelser. Genom detta finns goda utsikter att sänka de höga sjuktalen. Arbetssituationen blir bättre då det blir möjligt att samla hela personalgruppen på gemensamma möten/aktiviteter. Stressmoment försvinner genom att arbetstoppar och fasta leveranstider kapas vilket också gör verksamheten mindre sårbar.

Kostnadseffektivitet

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

Uppgifter kan styrkas via:
Socialstyrelsen www.socialstyrelsen.se, Näring för god vård och omsorg – en vägledning för att förebygga och behandla undernäring
Livsmedelsverket www.slv.se
Studiebesök i köket

9 BILAGA EKONOMISK KALKYL

Alternativ 1 Om/nybyggnation av befintlig lokal	**Årskostnad nuläge**	**Årskostnad cook chill**	**Årskostnad ångtryckskokning**
Bygg annuitet 30 år	1 012 025 kr	867 450 kr	722 875 kr
Inventarier annuitet 10 år	2 157 575 kr	1 849 350 kr	1 541 125 kr
Summa	3 169 600 kr	2 716 800 kr	2 264 000 kr
Anpassn pat kök inventarier 10 år	133 153 kr	166 442 kr	166 442 kr
Kajutan inventarier 10 år	- kr	986 320 kr	986 320 kr
Bygg kylrum 30 år	- kr	69 396 kr	69 396 kr
Lokalhyra befintlig lokal	1 500 000 kr	1 000 000 kr	800 000 kr
Totalkostnad/ år	**4 802 753 kr**	**4 938 958 kr**	**4 286 158 kr**

Besparing per år	**Nuläge**	**Cook chill**	**Ångtryckskokning**
Investeringar o lokalhyra	- kr	136 204 kr	- 516 596 kr
Personal	- kr	- 6 851 200 kr	- 7 384 900 kr
Total besparing per år	**- kr**	**- 6 714 996 kr**	**- 7 901 496 kr**

Hyra +trp under ombyggn av befintlig lokal	**OBS Engångskostnad under om-/nybyggnation**		
	1 500 000 kr	1 500 000 kr	1 500 000 kr

Alternativ 2 Nytt kök i extern lokal	**Årskostnad nuläge**	**Årskostnad cook chill**	**Årskostnad ångtryckskokning**
Investering o lokalhyra	- kr	4 938 958 kr	4 286 158 kr
Transportkostnad en gång/ vardag	- kr	130 000 kr	130 000 kr
Totalkostnad/år	**- kr**	**5 068 958 kr**	**4 416 158 kr**

Besparing per år	**Nuläge**	**Cook chill**	**Ångtryckskokning**
Investering o lokalhyra	- kr	266 204 kr	- 386 596 kr
Personal	- kr	- 6 851 200 kr	- 7 384 900 kr
Total besparing per år	**- kr**	**- 6 584 996 kr**	**- 7 771 496 kr**

Jämtlands Läns Landsting

Kompletteringar till utvecklingsplan för Kostenheten

Ansvarig: Malin Torma, Jörgen Henriksson

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 BAKGRUND 3
1.1 Arbetsgrupp och förstudier 3
2 KONTROLL OCH REVISION 3
3 KLIMATPÅVERKAN 4
3.1 Avfall och svinn 4
3.2 Energiförbrukning 5
4 ANDRA LANDSTING 5
4.1 Capio S:t Görans 5
4.2 Västerås 5
4.3 Nyköping 6
4.3.1 Miljöpåverkan 6
4.3.2 Svinn 6
4.3.3 Förpackningar 6
4.4 Värmland 6
4.5 Södersjukhuset 7
4.5.1 Miljö- och konsekvensbeskrivning av WSP Environmental 7
4.5.1.1 Svinn 8
4.5.1.2 Matavfall 8
4.5.1.3 Varmhållning vs kall mat 8
4.6 Ystad 9
4.7 Kalmar 9
4.8 Flera som tilllämpar kallmatssystem 9
5 SUMMERING 10
6 BILAGA 1 INVESTERINGSKALKYL 11
7 BILAGA 2 RISK OCH KONSEKVENSANALYS 13
7.1 Kostenheten 15
7.2 Vårdnära service 20
7.3 Vårdavdelningar 21

1 BAKGRUND

Utifrån styrelsens önskan om kompletteringar gällande miljöaspekter, investeringsunderlag och varför andra landsting väljer att gå ifrån cook chill skall detta klargöras i detta dokument. Även en kortare beskrivning av hur kostenhetens utvecklingsplan arbetats fram presenteras.

1.1 Arbetsgrupp och förstudier

Innan kostenhetens utvecklingsplan skrevs tillsattes en arbetsgrupp med sex representanter från arbetsgruppen; dietist, samordnare, 2 kockar varav en facklig samt 2 enhetschefer varav en kock och en kostekonom. Fakta om de olika tillagningsmetoderna presenterades och för- och nackdelar diskuterades. Olika serveringsmetoder diskuterades också där kantinsystem direkt avfärdades av arbetsgruppen eftersom kostenheten gick över från kantinservering till brickdukning. Detta ville man inte ha tillbaka utifrån att det blir mera diskhantering då det även skall diskas flera små kantiner från respektive avdelning samt att det blir mera svinn eftersom kantinsystem kräver att man överportionerar då det fastnar mat i kantinerna och att det är väldigt olika hur maten på avdelningen portioneras.

Arbetsgruppen gjorde även studiebesök där även samordnare för vårdnära service deltog utifrån att S:t Görans sjukhus, där man har vårdnära service på sina avdelningar, besöktes. Där gavs även en föreläsning av dietist som belyste fördelarna med kallmat ur nutritionssynpunkt. Studiebesök gjordes även på Sodexo i Märsta där man hade både cook chill och ångkokning där kallat SoFresh och på Medirest i Rotsunda där man har Steamplicity, deras varumärke för ångkokning. Vid provsmakning av den ångkokta maten var arbetsgruppen positivt överraskade av att den både såg bättre ut och smakade bättre än man trodde.

Tidigare har kostenheten besökt Västerås och Karolinska sjukhuset i Huddinge. I Västerås har man arbetat med kallmatssystem sedan 70-talet. Där värmdes maten under transport och man har även kommit långt med vårdnära servicetjänster. På Karolinska hade man cook chill där maten värmdes i mikrovågsugn på avdelningen och brickan till patienterna även dukades där.

Utifrån ovanstående gemensamma grund samt att det inte är möjligt att fortsätta med dagens mathantering då varmhållningstiderna är för långa utan att gå över till det, av personalen, förkastade kantinsystemet, togs förslagen i utvecklingsplanen fram.

Kostenheten vill även förtydliga att maten kommer att serveras på porslinstallrikar. Patienterna skall inte behöva äta ur plastlåda. Än en gång är det viktigt att poängtera måltidsmiljöns betydelse för hela måltidsupplevelsen.

2 KONTROLL OCH REVISION

Miljö och hälsa anger i inspektionsrapporten från 14-10-08 att verksamheten skissar på planer för ett nytt ändamålsenligt kök.

Hänvisar även till revisionsrapporten, som bedömer att kostenheten bedriver sin verksamhet med god uppmärksamhet tack vare utvecklingsplanen som belyser de risker som finns ur patientsäkerhet, livsmedelshygien, arbetsmiljö och kostnadseffektivisering tagits fram. Kostenhetens sjuktal är per augusti delårsbokslut är så högt som 14,5%.

Risk för smittspridning och matförgiftning då patientbrickor skickas tillbaka med vändande vagn. Idag diskas vagnarna i vagnsdisken en gång per dag och torkas ur vid behov. Skulle behöva diskas mellan varje måltid vilket skulle tredubbla energi- och vattenförbrukningen samt kräva ytterligare bemanning.

3 KLIMATPÅVERKAN

Enligt Naturvårdsverket har livsmedelshanteringen stor inverkan på Sveriges totala miljöpåverkan. Den består av 50% av den totala övergödningen och 20-25% av den totala klimatpåverkan. Livsmedelssektorn ger också upphov till spridning av gifter bl a bekämpningsmedel samt att den är en av de mest vattenkrävande sektorerna.

Naturvårdsverket belyser också att matsvinn förekommer i hela produktions- försäljnings- och konsumtionskedjan för livsmedel. Matavfall uppkommer i flera olika led i livsmedelskedjan; vid tillverkning, hos grossister, leverantörer, butiker, restaurangen och storkök samt hos hushållen. Beroende på produkt varierar svinnet mellan 10-50% i hela livsmedels kedjan. Detta innebär att miljöbelastningen från livsmedelsproduktionen blir onödigt stor. Svinn uppkommer både vid beredning i köket och vid servering. Det beror ofta på att för många portioner tillagas. Speciellt stort är det vid bufféservering och självtagning.

3.1 Avfall och svinn

Kostenheten genererar ca 90 ton kompostavfall per år jämfört med övriga sjukhuset som genererar 34,5 ton kompost. Av kostenhetens kompostavfall uppskattas andelen svinn som utgörs av ouppäten och överproducerad mat till ca 75-80% (70 ton) och tillagningssvinn och rens består således av resterande 20-25% (20 ton).

Komposterbart avfall samlas i kompostpåsar på avdelningen och bärs sedan till en komposttunna som hämtas av vaktmästeriet. Komposttunnorna hämtas av Östersunds kommun för kompostering på Gräfsåsens kompostanläggning.

Plastförpackningar sorteras och läggs på källsorteringsvagnen som hämtas av vaktmästeriet. All plast hämtas av återvinningsföretag för materialåtervinning. Förpackningar som inte är godtagbart rena läggs i brännbart och skickas till Sundsvalls kraftvärmeverk för energiåtervinning.

Ur miljösynpunkt är materialåtervinning att föredra. Utsläppen av koldioxid minskar med 2 kilo per kg återvunnen plast vilket även sparar en liter olja.

En ökning av förpackningsavfall på ca 5 ton per år innebär inget merarbete eller märkbara volymer för den totala avfallshanteringen. Däremot ökas andelen förpackningsavfall, samtidigt som matavfallet beräknas minska.

I centralköket kan mängden tillagningssvinn och beredningssvinn minskas om man går över till ångtryckskokning eller färdigskalad potatis, skalad, ansad och riven/skuren sallad, vitkål och morötter samt mer halvfabrikat och färdiglagat. Dock skall man komma ihåg att även om JLL minskar sitt svinn uppstår svinnet någon annanstans i produktionskedjan. Sedan är det också en kostnadsfråga och ett sätt att inte säga upp befintlig personal.

3.2 Energiförbrukning

Enligt beräkningar från fastighetsenheten är skillnader i energiförbrukning mellan de olika metoderna försumbar ur en energikostnadsaspekt. Att hålla maten varm med nuvarande metod kostar landstinget ca 35 kkr/år i energi (någon promille av investeringskostnaden). Kostnaden för att först kyla ner den och sedan värma upp maten med mikrovågsugn på avdelningen (Cook chill) är motsvarande.
Diskhanteringen att diska allt centralt med en större diskmaskin alternativt med mindre maskiner ute på avdelningarna gör heller ingen större skillnad energikostnadsmässigt.

4 ANDRA LANDSTING

Nedan presenteras ett axplock av hur andra landsting arbetar. De flesta jobbar med någon form av kallmatssystem.

4.1 Capio S:t Görans

Tillämpar Steamplicity, d v s enportionslådor som levereras från Medirest. Patienterna erbjuds en à la carte meny med lunchrätter, lättare rätter och dessert. Portionsmaten tillagas på avdelning av vårdnäraservice via ångtryckskokning i mikrovågsung. I Bench marking programmet som samtliga landsting deltar i ligger S:t Görans i topp vad gäller det högsta nöjdbrukarindexet.

4.2 Västerås

Har sedan 70-talet arbetat med kyld mat. Tillämpar cook chill med brickdukning där maten värms upp via kontaktvärme under transporten. Kallar cook chill för den överlägset bästa metoden för att säkerställa kvalitén på maten hela vägen fram till servering. Erbjuder valfrihet för patienter vilket gör att tillagningen blir effektivare och svinnet kan minska. Har en meny med 20 rätter att välja mellan för att patienten skall hitta något riktigt gott att äta varje måltid.

Matrester skickas till biogasproduktion.

4.3 Nyköping

Brottas med samma problematik som kostenheten. De planerar en övergång från cook serve med brickdukning till cook chill i enportionslådor som dessutom vakuumförpackas för att förlänga hållbarheten. Kallar sin enportionslösning för ”Fleximat – härlagad måltidsglädje”. Har måltidsvärdar på avdelningarna. Gjorde studiebesök på Danderyds sjukhus som köper färdiga engångsportioner från Sodexo, Örebro lasarett som har cook chill med uppvärmning på brickor, Ullevåls sjukhus som har ett eget koncept av kylda enportionsrätter och Umeå lasarett som har Steamplicity via Medirest.

4.3.1 Miljöpåverkan

Den energiåtgång som beräknas ökas i och med att maten kyls ner återhämtas delvis genom investering i ny utrustning. Utrustningen kommer att användas effektivare under dagen och endast en liten del av köket kommer att användas på helger. Genom att köra ut maten en gång per dag minskas även transporterna.

4.3.2 Svinn

Hänvisar till rapporten ”Matens miljöpåverkan från SIK – Institutet för Livsmedel och Bioteknik AB. Där anges att den största miljöpåverkan för livsmedel uppstår i råvaruproduktionen d v s jordbruket och fisket.

4.3.3 Förpackningar

Förpackningens huvudsakliga syfte är att skydda livsmedlet och förlänga hållbarheten. Genom att svinnet minskar ”sparas” livsmedel och således också miljön.

4.4 Värmland

Har brickdukning samt både engångs kantinsystem och enportionsmat förpackade i modifierad atmosfär som levereras till avdelning en gång per vecka. Maten värms upp på avdelningen

Gick från cook serve till cook chill redan 2007 p g a skärpt livsmedelslagstiftning gällande varmhållning och nedkylning samt att varmhållningstiden inte bör överskrida 180 minuter då matens kulinariska kvalitet avsevärt försämras om den varmhålls längre tid. Hänvisar även till livsmedelshygieniska risker som ökar vid långa varmhållningstider. Då många avdelningar sparade mat till patienter som inte är på plats när matvagnen kommer ökar risken för matförgiftning då nedkylningen inte skedde under kontrollerade former.

Fördelarna var att uppnå rätt serveringstemperatur, bra spridning över dagen vad gäller huvudmåltider, flexibilitet för varje vårdenhet att sina egna serveringtider, breddat menyutbud, högre livsmedelssäkerhet och ökad kostnadseffektivitet.

Menar att ett framtida kostsystem måste medge stor flexibilitet för att möta förändringar inom hälso- och sjukvården.

Beräknade att transportavdelningen krävde två tjänster för att frakta 3 måltider, returgods och övriga livsmedel. Arbetsmiljön för transportavdelningen upplevdes stressig och svårt att kombinera andra arbetsuppgifter med matkörning då maten måste ut vid vissa tider. Även stress hos medarbetare anges som skäl då produktion styrs av deadlines för frukost, lunch och middag.

Studiebesök i Västerås och Skövde som tillämpar cook chill samt Sabbatsbergs och St Görans sjukhus som tillämpar Steamplicity (Medirests koncept för ångkokning).

Påtalar vikten av en grundlig projektering för de ombyggnationer som krävs samt att anlita storkökskonsulter för att ta fram rätt kravspecifikation för alla delar i köket.

4.5 Södersjukhuset

Södersjukhuset (SÖS) har idag kantinsystem vilket enligt uppgift ger 50% i matsvinn vilket även innebär stora kostnader. Då SÖS precis som Östersunds sjukhus är ett akutsjukhus har de svårt att beräkna beställningar då de inte vet vilka patienter som ligger inne till lunch/middag vilket gör att maten överbeställs och överproduceras. SÖS påtalar även att även varmhållning har inverkan på miljön.

För att komma tillrätta med svinnet kommer SÖS att under hösten 2016 att ha ett nytt tillagningskök där man skall tillämpa cook chill och enportionsrätter – precis så som kostenheten föreslagit. De ser även att genom att ha måltidsansvariga på varje avdelning kan de, förutom att göra patientmåltiderna mera patientsäkra och avlasta vården, minska matsvinn genom bättre resurshållning, göra rätt beställningar och servera maten på ett trevligt sätt.

Ingen egen miljöbedömning gjordes, man använde sig av den som Stockholms läns landsting anlitade WSP för att göra.

4.5.1 Miljö- och konsekvensbeskrivning av WSP Environmental

På uppdrag av Stockholms läns landsting har WSP Environmental tagit fram en miljökonsekvensanalys av olika måltidshanteringssystem. Studien avser cook chill kantinsystem (Sodexo och Allan Kock), cook chill med både enportions- och flerportionssystem (Sodexo), ångkokningssystem med både enportions- och kantinsystem (Sodexo och Medirest), traditionellt system med varmhållning (Rosenlunds sjukhus) och cook chill med bricksystem (Västerås).

Den största särskiljande egenskapen hos systemen är matsvinnet och den klimat- och miljöpåverkan detta innebär. Dessutom är klimatbelastningen från uppkommet svinn den största enskilda belastningen oavsett vilken tillagningsmetod som tillämpas. De system som innebär portionering av mat, nedkylning och möjlig förvaring under några dygn har minst mängd svinn enligt WSP environmental.

4.5.1.1 Svinn

De system som innebär portionering av mat, nedkylning och möjlig förvaring under några dygn har minst mängd svinn. Matleveranssystem som innebär distribution av varmhållen mat i stora kantiner ger det största svinnet då det är svårt att beräkna hur många som skall äta samt att överbliven mat av hygieniska skäl ofta får kastas. System med kantinservering och returtransport av diskgods har en väsentlig miljöpåverkan.

4.5.1.2 Matavfall

Klimatbelastningen från matavfall kan reduceras genom utvinning av biogas ur avfallet, drift av fordon eller annan förbränning av gasen.

Det avfallstransporter som enportionssystem genererar i förpackningsavfall är färre än de avfallstransporter av organiskt avfall som genereras av matsvinnet i flergångssystemen (kantin- och brickdukning).

Fördelen med plastförpackningar är att de är lätta vilken också ökar med transportavstånden från plats för måltidstillagning och slutanvändning. Belastningen kan minskas genom återanvändning, materialåtervinning eller utvinning av energi ur plasten. Miljöpåverkan av kemikalier som engångskärl av plast är tillverkade av har bedömts som mindre betydande. Flergångsmaterial genererar mera vattenåtgång och reningskemikalier då de diskas medan engångsmaterial inte diskas.

4.5.1.3 Varmhållning vs kall mat

WSP Environmental menar också att varmhållning av maten medför förluster i smak, konsistens och vitaminer och leder till större svinn då mat som blir över oftast inte kan sparas. Med en kallmatsmetod som har en hållbarhet på upp till 5 dagar minimeras svinnet p g a att överbeställning minskar. De framhåller även att halvfabrikat leder till minskad klimatpåverkan då tillagningsprocessen ligger utanför produktionsköket. Även ångtillagningsmetoden har mindre klimatpåverkan då sluttillagningen av måltider sker i mikrovågsugn på avdelning. Även diskning i centralkökens snabba och högeffektiva diskmaskiner anses vara mer miljöbelastande än om diskning sker på respektive avdelning.

4.6 Ystad

Ystad lasarett har samma system som kostenheten har idag men är ett betydligt mindre sjukhus, med endast 150 patienter, vilket ger kortare dukningstid och ledtid fram till servering och därmed också kortare varmhållningstid.

4.7 Kalmar

Vid kontakt med representant för Kalmars sjukhus har kännedom om varför de övergått från cook chill till varmmats hantering erhållits. De gick över från samma mathanteringssystem som kostenheten har idag redan 2007, varm mat dukad på bricka levererad till avdelningar i matvagn. Anledningen till övergången var svårigheter att hålla varmhållningstider och de nackdelar som detta medför, de hade alltså samma orsak som kostenheten att byta system. Kalmars modell skiljer sig från kostenhetens förslag då de efter tillagning och nedkylning fortsatte att duka brickor men nu med kall mat. Maten hettades upp i vagnar under tiden som de transporterades ut till avdelningarna. Den problematik som uppstod och som var anledningen till att man bytte system igen var att maten vid uppvärmning brände fast i tallrikarna och därför inte såg aptitlig ut när den kom fram till patienten, vilket så klart påverkade måltidsupplevelsen då man tar den första tuggan med ögat. Efter detta beslutades en återgång till varmmatshantering men denna gång med kantinservering för att klara varmhållningstiderna, vilket man gör tack vare att det finns måltidsvärdar på varje avdelning som tar hand om matserveringen omedelbart när maten kommer fram för att klara det kritiska momentet att klara varmhållningstiden. Patienterna erbjuds där två lika maträtter vilket innebär att det vid varje måltid blir ett visst matsvinn för att säkerställa att alla måltidskomponenter skall räcka till för de patienter som önskar.

De erhöll även extra pengar för införande av vårdnäraservice samt satsning på utbildning om måltidsmiljöns betydelse för hela måltidsupplevelsen. 25 mkr på tre år varav 5 timmar läggs på mathantering. Ser en stor fördel i att äga hela måltidskedjan från produktion till servering till patient över disk. Går inte in i patientrummen, det gör vårdpersonalen av livsmedelshygieniska skäl samt p g a smittorisk.

4.8 Flera som tilllämpar kallmatssystem

- Västernorrland har cook chill med brickdukning i Sundsvall, cook chill med kantinsystem i Sollefteå.
- Höglandssjukhuset Jönköping.
- Danderyd
- Karolinska i Huddinge
- Sabbatsberg
- Örebro
- Umeå universitetssjukhus

5 SUMMERING

- Maten kommer att serveras på porslinstallrikar. Ingen patient skall behöva äta ur plastlåda.
- Köket är i stort renoveringsbehov varför investering i storleksordningen 35 mkr är nödvändig oavsett förändring av metod eller ej. Inom kort kommer Miljö- och hälsa ej acceptera nuvarande standard och lösning.
- Nuvarande tillagningssystem kan inte behållas p g a att varmhållningstiderna inte kan följas.
- Personalen i arbetsgruppen förkastade själva den enda möjliga varmmatsmetoden – kantinsystem pga av mer diskhantering och större svinn.
- De flesta sjukhus har kallmatssystem eller är på väg att skifta över.
- Cook chill förordas som den säkraste metoden där man också kan behålla härlagat.
- SÖS och Nyköping har båda gjort utredningar och kommit fram till samma inriktning som JLL.
- Den största särskiljande egenskapen hos systemen är matsvinnet och den klimat- och miljöpåverkan detta innebär.
- Klimatbelastningen från matsvinn är den största enskilda belastningen oavsett vilken tillagningsmetod som tillämpas.
- De system som innebär portionering av mat, nedkylning och möjlig förvaring under några dygn har minst mängd svinn.
- Förpackningens huvudsakliga syfte är att skydda livsmedlet och förlänga hållbarheten. Genom att svinnet minskar ”sparas” livsmedel och således också miljön.
- Skillnader i energiförbrukning mellan de olika metoderna försumbar ur en energikostnadsaspekt – detta gäller såväl elförbrukning som vattenförbrukning.
- Att diska allt centralt med en större diskmaskin alternativt med mindre maskiner ute på avdelningarna gör ingen större skillnad energikostnadsmässigt.
- Risk för smittspridning och matförgiftning då patientbrickor skickas tillbaka med vändande vagn.
- Med cook chill kan överproducerad mat tas tillvara istället för att kastas De system som innebär portionering av mat, nedkylning och förvaring under några dygn har minst miljöpåverkan.
- De avfallstransporter med förpackningsavfall är färre än de som görs i samband med matsvinn.
- Engångsmaterial behöver inte diskas och genererar därför ingen vattenåtgång eller reningskemikalier.
- Förpackningsmaterial kan ofta återanvändas, materialåtervinning eller utvinning av energi ur plasten.

6 BILAGA 1 INVESTERINGSKALKYL

Skillnaden i investeringskostnaden är ingen avgörande faktor för beslut av metod. Investeringen är trots stora osäkerhetsfaktorer i kalkylen motsvarande för båda metoderna. Viktigt att förtydliga att det inte finns något nollalternativ med att inte investera alls då nuvarande tillverkningskök har stora brister som kräver investeringsvolymer enligt nedan.

	Behålla nuvarande tillverkningsmetod	Cook chill
Beskrivning	Behålla nuvarande system med att servera varm mat till patienter	Bygga ett produktionskök som är anpassad till denna metod
Underlag till kalkyl produktionskök patientmat	Bygga ett nytt produktionskök på befintlig plats med omdisponering av kökets utformning och åtgärder av dagens brister på flöden, arbetsmiljö, hygienkrav. Innebär nybyggnadskostnad med viss rabatt på utrustning som går att återanvända plus kostnader för ersättningslokaler under ombyggnadstid (1 år)	Nybyggnadskostnad i hyrd lokal alt på befintlig plats. Vid externa lokaler till kommer en grundhyra på ca 1000 kr/kvm /år men ombyggnadskostnaderna sjunker då vi slipper flytta verksamheten under ombyggnadstid
Ytbehov	1200-1500 kvm	800-1000 kvm
Uppskattad investeringskostnad (kkr)	35000*	30000*
Övriga investeringskostnader		Anpassningar av patientkök på avdelningar (27st) totalt ca 27*100 kkr= 2 700 kkrSkapa mottagningskylrum i närhet av lastkaj 1200 kkr.
Övriga kostnader	Driftkostnader av egna lokaler (internhyra) 1500kkr/år	Hyra externa lokaler 1000 kkr/år vid etablering i externa lokaler.
Investeringskostnader för produktionskök personalmat		Vid flytt av verksamhet måste det skapas nytt produktionskök för personal och besökare om vi väljer att driva i egen regi.8-10 000 kkr
Summering investeringskostnad	35 500 kkr + internhyra 1500kkr/år. Till detta kommer en extrakostnad för att tillverka maten under byggtiden (ca 1 år)	41 000 kkr (vid flytt till andra lokaler och egen tillverkning av personalmat) +hyreskostnad 1000 kkr/år
Nuvarande energiförbrukning	Saknar mätning för total energiförbrukning idag men är på gång inom snar framtid	
Metodunika händelser med avseende på energi (jämför mellan metoder)	Varmhållning matvagnar (35 000 kwh/år) Varmhållning matvagnar på avd Diskmaskin för att diska allt porslin centralt	Nerkylning av mat (blastchiller) Uppvärmning av mat med micro på avd Diskmaskin på avd för disk av porslin

*Kostnadsuppgifter är hämtade ur en utredning som Landstinget i Sörmland har gjort för att bygga ett nytt produktionskök för Nyköpings lasarett. Investeringssiffror är uppskattade med detta mtr som grund. Bättre investeringsuppgifter måste tas fram då metod och lokalisering valts.

Alternativ 1 Om/nybyggnation av befintlig lokal	**Årskostnad nuläge**	**Årskostnad cook chill**
Bygg annuitet 30 år	1 012 025 kr	867 450 kr
Inventarier annuitet 10 år	2 157 575 kr	1 849 350 kr
Summa	3 169 600 kr	2 716 800 kr
Anpassn pat kök inventarier 10 år	133 153 kr	332 883 kr
Kajutan inventarier 10 år	- kr	986 320 kr
Bygg kylrum 30 år	- kr	69 396 kr
Lokalhyra befintlig lokal	1 500 000 kr	1 000 000 kr
Totalkostnad/ år	**4 802 753 kr**	**5 105 399 kr**
Besparing per år	**Nuläge**	**Cook chill**
Investeringar o lokalhyra	- kr	302 646 kr
Personal	- kr	- 6 851 200 kr
Total besparing per år	**- kr**	**- 6 548 554 kr**
Hyra +trp under ombyggn	**OBS Engångskostnad under om-/nybyggnation**	
av befintlig lokal	1 500 000 kr	1 500 000 kr
Alternativ 2 Nytt kök i extern lokal	**Årskostnad nuläge**	**Årskostnad cook chill**
Investering o lokalhyra	- kr	5 105 399 kr
Transportkostnad en gång/ vardag	- kr	130 000 kr
Totalkostnad/år	**- kr**	**5 235 399 kr**
Besparing per år	**Nuläge**	**Cook chill**
Investering o lokalhyra	- kr	432 646 kr
Personal	- kr	- 6 851 200 kr
Total besparing per år	**- kr**	**- 6 418 554 kr**

7 BILAGA 2 RISK OCH KONSEKVENSANALYS

Fel! Okänt namn på dokumentegenskap.
När ändringar i verksamheten planeras, skall arbetsgivaren bedöma om ändringarna medför risker för ohälsa eller olycksfall som kan behöva åtgärdas (ur AFS 2001:1 Systematiskt arbetsmiljöarbete).

Arbetstagare och skyddsombud ska ges möjlighet att medverka när riskbedömning och handlingsplan upprättas
Riskbedömningen genomförs med hjälp av en arbetsgrupp med representanter för arbetsgivare och fackliga organisationer, minst ett skyddsombud ska ingå. Personalkonsult finns som stöd.. Riskanalys och handlingsplan ska presenteras och kompletteras på en arbetsplatsträff. Då handlingsplanen upprättats ska den tas med i aktuell centrumkommitté (CK).

A .Precisera riskkällor
Vilka risker för ohälsa och olycksfall finns? Skriv ned de riskkällor som identifieras.
B .Gör riskbedömningen på grupp/individnivå
Värdera de riskkällor som identifierats. Bedöm hur stor sannolikheten är för att enskilda arbetstagare och/eller gruppen ska drabbas av ohälsa eller olycksfall på grund av riskkällan. Ange om risken är allvarlig* eller inte. (*=uppdelning allvarlig risk finns med för att bestämma prioriteringsordning i åtgärder).
C .Åtgärda – upprätta handlingsplan
Alla risker ska åtgärdas och de med risk för allvarliga tillbud och olycksfall, dvs. allvarlig risk ska åtgärdas omedelbart. Bedömningen allvarlig eller ej är endast en fråga om prioritering. Skriv ner i handlingsplanen de åtgärder som ska genomföras, när de ska vara genomförda och vem som har ansvaret.
Följ upp och kontrollera genomförda åtgärder.

Riskanalys

Enhetschef:…Jörgen Henriksson och Malin Torma……. Skyddsombud:…Annette Silfver……

Namn övriga deltagare:…Sandra Nietlisbach Personalkonsult.…Johan Sellman ……(Nils-Olof Hedman från vården)

Datum för samverkan i Centrumkommitté 25 november 2014

Bakgrund

Vad består förändringen av:

Omorganisation i form av förändrat tillagningssätt och förvaring av matvaror samt att verksamheten delas upp i patientkost och resturang/café

Var ska ändringen genomföras ?

Kostenheten

Vilka arbetstagare eller grupper av arbetstagare berörs av ändringarna?

Kostenhetens medarbetare, VNS medarbetare, avdelningens medarbetare samt patienter

Finns det någon skillnad i risker utifrån av kön, ålder, yrkesgrupper osv.

Nej

7.1 Kostenheten

C. Precisera riskkällor. Vilka risker för ohälsa och olycksfall finns?	B. Är riskerna allvarliga eller inte?		C. Åtgärder – handlingsplan. Vilka åtgärder ska genomföras? När ska åtgärderna vara genomförda? Vem eller vilka ska se till att åtgärderna genomförs?	Uppföljning Tidpunkt och ansvar för uppföljning? Ev. ny åtgärd
	Ja	Nej		
Kostpersonal Nya arbetsuppgifter (oro för att kompetens ska saknas) - Varudistribution till avdelningar - Fikabord, smörgåstårtor, exotiska plankor och cateringmenyer - Restaurang – och caféverksamhet – Hur påverkas den och personalen? Behöver de kunna gå emellan cafédelen och restaurangdelen?		X X X	Nytt arbetssätt, Förändra arbetsmetoder – övergångsperiod samt utbildning med start 2016- Samtliga professioner - Igen förändring - Inte arbetsuppgiften, flyttas till restaurang verksamheten - Inga förändringar, går emellan idag också	201601

- Centralkök fristående från kajutan och café entré (förändring som kan leda till oro och stress)	X		- Skild personal på respektive ”arbetsplats”. Information isamband med förändring och tydliga rutiner - Kontinuerligt från och med eventuellt beslut framåt – Enhetschef	201412
- Neddragen personalstyrka kan bidrar till oro		X	- Ingen risk då medarbetarnas kompetens kommer att tas hand om i största möjliga mån och med hjälp av utbildning samt tydliga rutiner .	
Dietist Arbetstider - Ej bemanning på helger		X	- Ingen förändring	
Dietkokerskor Arbetstider - Bemanning på helger (Kan eventuellt tas bort)		X	- Ingen förändring då dietkokerska arbetar helger idag	Fortsatt utredning beroende på inriktningsbeslut
Kock/kokerska Arbetstider - Ingen helgtjänstegörning (Oro för inkomst förlust i form av OB ersättning)	X		Nya arbetstider för att tillgodose kundens behov och förbättra flödet – Information - enhetschefer	Information beroende på inriktningsbeslut 1412

Köksbiträde Arbetstider - Ingen helgtjänstegörning - Diskband idag mycket tunga lyft. - Kajutans gäster sorterar själva disken och sedan fraktas det till ett diskrum (besticksorterare samt avfallskvarn).	X	X X	- Nya arbetstider för att tillgodose kundens behov och förbättra flödet – Information - enhetschefer - Lyften minskar och volymen minskar - Blir en förändring samt förbättring då arbetsytan blir mindre och ergonomisk	Information beroende på inriktningsbeslut 1412
Samordnare Arbetstider - Ingen helgtjänstegörning	X		Nya arbetstider för att tillgodose kundens behov och förbättra flödet – Information - enhetschefer	Information beroende på inriktningsbeslut 1412
Förrådsman - Ingen helgtjänstegörning		X	- Ingen förändring	

A. Precisera riskkällor. Vilka risker för ohälsa och olycksfall finns?	B. Är riskerna allvarliga eller inte?		C. Åtgärder – handlingsplan. Vilka åtgärder ska genomföras? När ska åtgärderna vara genomförda? Vem eller vilka ska se till att åtgärderna genomförs?	Uppföljning Tidpunkt och ansvar för uppföljning? Ev. ny åtgärd
	Ja	Nej		
Arbetsmiljö - Höga ljud, ljudnivån		X	- Ombyggnad, (väggar mellan stationerna minkar ljudnivån)	
- Mycket gång på hårda golv		X	- Transportera råvaror och diskgods(minskar med ytorna närmare varandra)	
- Svårare att byta arbetsuppgifter		X	- Flexibilitet samt lättare att samordnada personal	
- Monotona rörelser som leder till smärta och verk		X	- Ergonomiska arbetsytor samt mindre avstånd mellan ytorna	
- Neddragen personalstyrka ökar stress och oro (Oklara mål och förväntningar)	X		- Nya arbetsmetoder med utbildning och rutiner(leder inte till högre arbetsbelastning)	Information beroende på inriktningsbeslut 1412

Ombyggnation - Husera i annat kök alt. Bygga på ny plats för god livsmedelshanteringen, livsmedelshygien och säker mat. (Stress/ oro inför förändring) - Nya arbetsplatser (stress/ oro inför förändring) - Nya personalrum (stress/ oro inför förändring)		X X	- Utbildning och tydliga rutiner (Ingen risk i själva ombyggnationen) - Ergonomiska arbetsplatser (mer lättstädade ytor, halksäkra och dämpande golv , bättre golvbrunnar och höj och sänkbara arbetsytor) - Personalrum och omklädningsrum i anslutning till arbetsplats får ej korsa hygienzonen	Isamband med start av ombyggnation

7.2 Vårdnära service

A. Precisera riskkällor. Vilka risker för ohälsa och olycksfall finns?	B. Är riskerna allvarliga eller inte?		C. Åtgärder – handlingsplan. Vilka åtgärder ska genomföras? När ska åtgärderna vara genomförda? Vem eller vilka ska se till att åtgärderna genomförs?	Uppföljning Tidpunkt och ansvar för uppföljning? Ev. ny åtgärd
	Ja	Nej		
VNS personal - Nya arbetsuppgifter – förvara mat, transportera mat, servera mat. - Glas, bestickhantering och tallrikar görs på avdelningen av VNS personal. - Stress av att hissarna stoppas pga transport av mat		X X X	Nytt arbetssätt- inlärningsperiod samt tydliga rutiner 2014/2015- EC - Större omfattning och lättare hantering av disk - Transport av mat – nya arbetstider.	

7.3 Vårdavdelningar

A. Precisera riskkällor. Vilka risker för ohälsa och olycksfall finns?	**B. Är riskerna allvarliga eller inte?**		**C. Åtgärder – handlingsplan.** Vilka åtgärder ska genomföras? När ska åtgärderna vara genomförda? Vem eller vilka ska se till att åtgärderna genomförs?	**Uppföljning** Tidpunkt och ansvar för uppföljning? Ev. ny åtgärd
	Ja	**Nej**		
Avdelningspersonal - Frakta mat samt servera mat (längre sträckor än idag samt fler gånger)		X	Nytt arbetssätt – inlärningsperiod samt tydliga rutiner 2016	Isamband med ev införande.
- Specialkost		X	- Ingen förändring	
- Glas, bestickhantering och tallrikar görs på avdelningen av VNS personal. Avdelningspersonal när VNS personal ej arbetar?		X	- Ingen förändring på vardagar. Helger hantering av disk samtidigt så försvinner väntetiden på matvagnar då råvarorna finns på avdelningen.	
Ljudnivån i avdelningsköket (ny diskmaskin, kylutrymme samt mikrovågsugnar)	X		- Hantering av porslin kan höja ljudnivån under hantering. Köksmaskinerna kommer inte låta mer än idagsläget.	

§ 70 Metod för minskning av koldioxidutsläpp för resor (RUN/472/2015)

Ärendebeskrivning

Landstingsstyrelsen beslöt vid sammanträde 2014-09-30 – 10-01 att uppdra till landstingsdirektören att:

- Visa hur landstingets resor förutom miljöpåverkan även påverkar landstingets produktivitet i förhållande till tidsåtgång för olika resesätt.
- Ge förslag på olika sätt att klimatkompensera våra klimatpåverkande resor.
- Utreda hur en koldioxidbudget per verksamhet kan inrättas.
- Ge förslag på olika sätt att stimulera en förändring av våra resemönster.
- Ta fram mått och mätetal som synliggör förändring i resemönster inkl. resfria möten.
- Visa patientresornas påverkan på koldioxidutsläppen.

Vid regionstyrelsens sammanträde i februari 2015 presenterade Kungliga Tekniska Högskolan (KTH) en metod, CERO, för att minska koldioxidutsläppen för resor. Att genomföra en analys enligt denna metod uppfyller väl det uppdrag som givits av landstingsstyrelsen.

Kostnaden för en CERO-analys är cirka 260.000 kr. I detta ingår enkät, statistisk bearbetning, cost-benefit-analyser, rapportsammanställning samt en workshop då målscenario utvecklas gemensamt. I priset ingår även tillgång till ett virtuellt planeringsverktyg som utvecklats för att stödja den fortsatta planeringsprocessen i organisationen. Verktyget möjliggör utveckling av målscenario mot uppsatt mål, kostnads/intäktsanalyser, utveckling av handlingsplan genom ett åtgärdslexikon, sorteringsfunktioner av ansvariga personer för åtgärder, deadlines, etc.

Regionstyrelsen uppdrog till regionala utvecklingsnämnden att yttra sig över hur ett arbete i linje med föredragna metod för minskning av koldioxidutsläpp för resor skulle kunna införas i Region Jämtland Härjedalen.

Resor och transporter utgör den dominerande utsläppskällan av klimatpåverkande koldioxid i vår egen organisation, att genomföra åtgärder för att begränsa dessa är därför angeläget. Förutom rent miljömässiga effekter av detta, så bedömer vi att det också finns ett ekonomiskt incitament för att Region Jämtland Härjedalen genomför analysen.

Ur ett regionalt utvecklingsperspektiv är den regionala utvecklingsstrategin (RUS) ett viktigt styrdokument för vilka prioriteringar inom miljöområdet vi ska göra. Den innehåller ett antal prioriterade områden, ett med rubriken ”smart tillväxt – resurssnålare och effektivare”. Som övergripande mål anges bl.a. att länets transporter, industri och värme ska vara oberoende av fossil energi. Insatserna ska bl.a. genomföras inom den klimatstrategi för Jämtlands län som fastställdes våren 2014. Även klimatstrategin innehåller en vision om att Jämtlands län år 2030 ska vara en fossilbränslefri region.

Regionala utvecklingsnämnden

Beslutsunderlag

Jämtland Härjedalen 2030 Innovativt & Attraktivt regional utvecklingsstrategi 2014 – 2030.
Klimatstrategi för Jämtlands län – mål och åtgärder 2014 - 2020.
Landstingsstyrelsen 2014-09-30--10-01 § 214.
Regionstyrelsen 2015-02-24—25, §41.
Regionala utvecklingsnämndens arbetsutskott 2015-04-21, § 90.

Förvaltningschefens förslag

Arbetsutskottet föreslår

Regionala utvecklingsnämnden föreslår regionstyrelsen

1. Regionstyrelsen avsätter erforderliga medel för att genomföra en CERO-analys för Region Jämtland Härjedalen.
2. Regionala utvecklingsförvaltningen får i uppdrag att undersöka intresset bland kommuner och företag i länet att genomföra motsvarande analyser.

REGIONALA UTVECKLINGSNÄMNDENS ARBETSUTSKOTTS BESLUT

Arbetsutskottet föreslår

Regionala utvecklingsnämnden föreslår regionstyrelsen

1. Regionstyrelsen avsätter erforderliga medel för att genomföra en CERO-analys för Region Jämtland Härjedalen.
2. Regionala utvecklingsförvaltningen får i uppdrag att undersöka intresset bland kommuner och företag i länet att genomföra motsvarande analyser.

REGIONALA UTVECKLINGSNÄMNDENS BESLUT

Regionala utvecklingsnämnden föreslår regionstyrelsen

1. Regionstyrelsen avsätter erforderliga medel för att genomföra en CERO-analys för Region Jämtland Härjedalen.
2. Regionala utvecklingsförvaltningen får i uppdrag att undersöka intresset bland kommuner och företag i länet att genomföra motsvarande analyser.

Utdrag till

Regionstyrelsen; Områdeschef Attraktion och livsmiljö

Regionstyrelsen

§ 41 Regiondirektörens rapport (RS/7/2015)

Regiondirektör Björn Eriksson presenterar följande punkter:

- Information om manuell överföring av journaler i samband med införande av vård-informationssystemet Cosmic (Marit Nilsson)
- Information om nationell patientöversikt, NPÖ (Marit Nilsson)
- Uppföljning av Långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning, redovisning av aktuellt läge för de nio strukturpaketen (Annika Jonsson)
- Presentation av projekt CERO för att minska koldioxidutsläpp för resor (Åsa Paletun och Markus Robèrt, KTH)
- Årsbokslut 2014 – analys av prognoser under 2014, utförd tid, kostnader för inhyrda läkare och sjuksköterskor (Bo Carlbark)

Yrkanden

Bengt Bergqvist (S) yrkar följande:
”Med anledning av det ekonomiska läget vill regionstyrelsen åter betona vikten av det pågående långsiktiga arbetet enligt fattade beslut och planer. Regiondirektören ska återkomma till regionstyrelsen med fler åtgärder. Arbetet med regional utveckling kan långsiktigt bidra till ökade skatteintäkter och ska därför ingå i översynen.

Regionstyrelsen betonar att personalförsörjning och vår förmåga att uppfattas som en attraktiv arbetsgivare är väsentligt för att kunna höja patientsäkerheten. Detta ger kvalitet i verksamheten och förmåga att öka produktiviteten vilket ger en effektiv och god vård.”

Robert Uitto (S) yrkar följande:
”Regionstyrelsen uppdrar till regionala utvecklingsnämnden att yttra sig över hur ett arbete i linje med föredragna metod för minskning av koldioxidutsläpp för resor, skulle kunna införas i Region Jämtland Härjedalen i nära samarbete med näringslivet och övriga aktörer.

Nämnden ska återkomma med sitt yttrande till regionstyrelsens sammanträde den 26-27 maj 2015.”

Proposition

Ordföranden ställer proposition på Bengt Bergqvists yrkande och finner det antaget.
Ordföranden ställer proposition på Robert Uittos yrkande och finner det antaget.

REGIONSTYRELSENS BESLUT

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

2. Med anledning av det ekonomiska läget vill regionstyrelsen åter betona vikten

av det pågående långsiktiga arbetet enligt fattade beslut och planer. Regiondirektören ska återkomma till regionstyrelsen med fler åtgärder. Arbetet med regional utveckling kan långsiktigt bidra till ökade skatteintäkter och ska därför ingå i översynen.

Regionstyrelsen betonar att personalförsörjning och vår förmåga att uppfattas som en attraktiv arbetsgivare är väsentligt för att kunna höja patientsäkerheten. Detta ger kvalitet i verksamheten och förmåga att öka produktiviteten vilket ger en effektiv och god vård.

3. Regionstyrelsen uppdrar till regionala utvecklingsnämnden att yttra sig över hur ett arbete i linje med föredragna metod för minskning av koldioxidutsläpp för resor, skulle kunna införas i Region Jämtland Härjedalen i nära samarbete med näringslivet och övriga aktörer.

   Nämnden ska återkomma med sitt yttrande till regionstyrelsens sammanträde den 26-27 maj 2015.

Landstingsstyrelsen

§ 214 Landstingsdirektörens rapport 2014 (LS/8/2014)

Landstingsdirektör Björn Eriksson rapporterar om följande punkter:

- Lean – användningen av pulstavlor ökar, landstinget strävar efter att arrangera Lean Forum Healthcare 2018.

- Värdebaserad sjukvård – hur öka värdet av det vi gör? Styrning genom att fokusera på kvalitet och uppnådda hälsoeffekter; mäta utfall som är relevanta för patienten istället för produktions- och ekonomivariabler, t.ex. överlevnad vid cancer istället för antal operationer.

- Återredovisning av beslut LS 2014-03-20—21 § 59 - Landstingsdirektören får i uppdrag att öka andelen vuxna patienter i folktandvården samt att frisktand-vårdsavtal för unga prioriteras och ökar i antal. (Kristin Gahnström Jonsson)

- Återredovisning av beslut LS 2014-04-28—29 § 84 - Landstingsdirektören får i uppdrag att ge förslag på åtgärder för att minska det totala koldioxidutsläppet för resor. (Åsa Paletun)

- Lägesavstämning - kartläggning av konsekvenser i samband med nya patient-lagen. Alla konsekvenser är ännu inte kända. Landstingets utbudsbegränsningarna är oförändrade från 2009. Mer information inhämtas dels den 6 oktober när JLL har ett internt möte om patientlagen för tjänstemän och politiker, dels vid SKL:s konferens den 23 oktober om patientlagen i Stockholm, möjlighet finns att delta via webbsändning. (Nina Fållbäck-Svensson)

- Information om regiondirektörens verksamhetsplan för 2015 (Mikael Ferm)

Yrkanden

Thomas Andersson (C) yrkar följande:
”Landstingsstyrelsen vill se hur landstingets resor förutom miljöpåverkan även påverkar landstingets produktivitet i förhållande till tidsåtgång för olika resesätt.
Landstingsstyrelsen vill se olika sätt att klimatkompensera våra klimatpåverkande resor.
En koldioxidbudget per verksamhet bör inrättas.”

Anna Hildebrand (MP) och Monalisa Norrman (V) yrkar följande:

1. ”Landstingsstyrelsen vill få förslag på olika sätt att stimulera en förändring av våra resemönster.
2. Landstingsstyrelsen vill att mått och mätetal tas fram som synliggör förändring i resemönster inkluderat resfria möten.”

Lena Bäckelin (S) yrkar följande:
”Landstingsstyrelsen vill se patientresornas påverkan på koldioxidutsläppen.”

Proposition

Ordföranden ställer proposition på Thomas Anderssons yrkande och finner det antaget.
Ordföranden ställer proposition på Anna Hildebrand och Monalisa Norrmans yrkande och finner det antaget.
Ordföranden ställer proposition på Lena Bäckelins yrkande och finner det antaget.

LANDSTINGSSTYRELSENS BESLUT

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

2. Landstingsdirektören får i uppdrag att
   - visa hur landstingets resor förutom miljöpåverkan även påverkar landstingets produktivitet i förhållande till tidsåtgång för olika resesätt.
   - ge förslag på olika sätt att klimatkompensera våra klimatpåverkande resor.
   - utreda hur en koldioxidbudget per verksamhet kan inrättas.
   - ge förslag på olika sätt att stimulera en förändring av våra resemönster.
   - ta fram mått och mätetal som synliggör förändring i resemönster inkluderat resfria möten.
   - visa patientresornas påverkan på koldioxidutsläppen.

Ny förstasida kommer från kommunikationsstaben senast 22/5

REGIONPLAN 2016-2018
Vision, mål och inriktningar

Regionplanen är region Jämtland Härjedalens strategiska plan och politiska styrdokument. Planen beslutas av regionfullmäktige och gäller för tre år. Planen innehåller övergripande strategiska mål för verksamheten.

Fram till 2016 har finansiella mål, ekonomiska ramar och budget ingått i regionplanen men från 2016 återfinns nu det i Finansplan 2016-2018 (RS/822/2015) som är ett eget dokument.

VERSION 1 2015-05-13
DNR:RS/495/2015
BESLUTAD AV: REGIONFULLMÄKTIGE 2015-06-XX §
ÄGARE: REGIONFULLMÄKTIGE

Regionplan och Finansplan

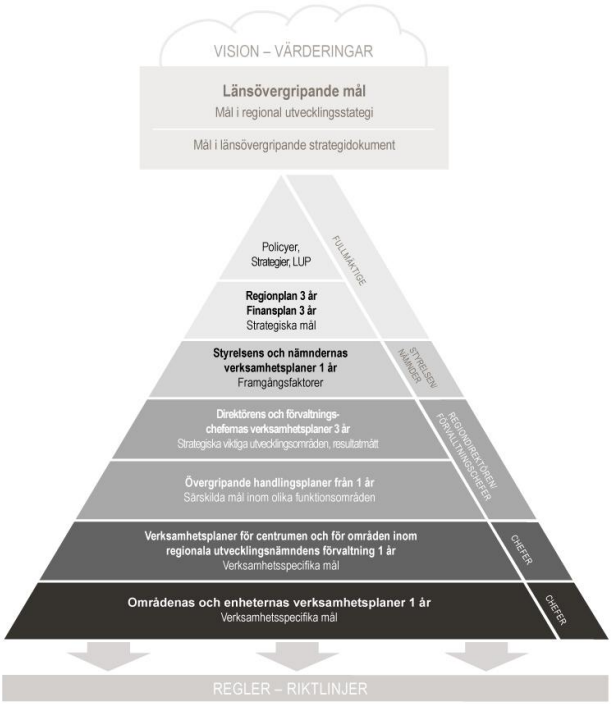
Regionplanen och Finansplanen innehåller övergripande mål för Region Jämtland Härjedalen och är regionfullmäktiges politiska styrdokument. Planerna hör ihop på flera sätt och för att få en helhetsbild om regionens övergripande mål och förutsättningar bör båda läsas.

De strategiska målen i regionplanen 2016-2018 visar Region Jämtland Härjedalens viljeinriktning och vilka prioriteringar som ska göras de kommande tre åren. De utgör också grunden för hur regionen ska närma sig sin vision och målsättningar i länsövergripande styrdokument, policyer och långsiktiga utvecklingsplaner. Finansplanen 2016-2018 innehåller planeringsförutsättningar utifrån det ekonomiska läget, budgetramar för regionstyrelsen och nämnder, investeringstak samt finansiella mål och budget för det närmaste året. Finansplanen tar sin utgångspunkt i regionplanen.

De strategiska målen i regionplanen gäller för hela perioden 2016-2018 medan de ekonomiska förutsättningarna behöver hanteras i särskild ordning av följande skäl:

- Det mycket ansträngda ekonomiska läget gör att revideringar av de finansiella målen och ekonomiska ramarna kommer att behöva göras oftare än vad vision och mål behöver förändras
- Finansplanen sammanfattar de ekonomiska konsekvenserna både från denna regionplan och från den långsiktiga utvecklingsplanen för god ekonomisk hushållning 2015-2025
- Finansplanen behöver också revideras om utifrån de ekonomiska konsekvenserna som statliga beslut innebär, och förändringar i skatteunderlagsprognoser.

Med utgångspunkt från regionplanen och finansplanen fastställer regionstyrelsen och nämnderna verksamhetsplaner med budget och uppföljningsplan. Verksamhetsplanerna ska genom framgångsfaktorer beskriva vad styrelsen eller respektive nämnd ska arbeta med för att verkställa uppdraget från fullmäktige . I nästa steg upprättas verksamhetsplaner för regiondirektören och för förvaltningschefer. De innehåller strategiskt viktiga utvecklingsområden och resultatmått. I figuren nedan redovisas de styrdokument som regionen arbetar med och som ingår i regionens styrmodell. Mer om styrmodellen finns beskrivet i bilaga 4.



Innehåll

Framtidsbygge för en medmänsklig, stark och hållbar region 4

Vision 5

Värdegrund 6

Planeringsförutsättningar 8

Sambandet mellan regionala utvecklingsstrategin, Region Jämtland Härjedalens verksamheter och deras resultatmål 10

Strategiska mål och inriktningar 11

Samhälle 12

Patient 16

Medarbetare..... 18

Verksamhetsresultat 20

Uppföljning 22

Bilagor 24

Bilaga 1: Politisk organisation 25

Bilaga 2: En gemensam styrmodell..... 27

Bilaga 3: Målområden och ledningssystem . 31

Bilaga 4: Policyer och andra styrdokument 32

Framtidsbygge för en medmänsklig, stark och hållbar region

Vår region, Jämtland Härjedalen, ska kännetecknas av medmänsklighet och värme mellan människorna som bor här eller besöker oss. I samarbete med övriga aktörer i samhället, som kommuner, företagare, ideella organisationer och andra grupper eller enskilda individer som vill utveckla regionen tar vi vara på Region Jämtlands Härjedalens styrkor och bygger en hållbar framtid.

I utvecklingsuppdraget som Region Jämtland Härjedalen har fått från staten ingår att samordna utvecklingsarbetet i vår region. Vår ambition är att regionen ska bli ledande i byggandet av ett hållbart samhälle, socialt – ekologiskt - och ekonomiskt. Ett växande näringsliv i Region Jämtland Härjedalen som står stark i konkurrensen ger fler i jobb och bidrar till ökade skatteintäkter. Regionen ska till exempel bidra till fler finansiella lösningar och fungerande system för innovationsutveckling för att stimulera till ett växande näringsliv.

Kulturen, en tillväxtkraft men också en viktig del för hälsa och personlig utveckling, ska ges möjligheter att utvecklas. Vår region ska präglas av delaktighet och mångfald och kulturen är en av de arenor där mångfalden ska speglas. Kulturarbetet sker i nära samarbete med kommunerna.

Digitala lösningar och avståndsoberoende tjänster utvecklar vården och andra samhällstjänster samt de kommersiella tjänsterna. Bredband till alla hushåll och företag är lika viktigt som farbara vägar och järnvägar för person- och godsbefordran, alla utgör ett högt prioriterat område.

Jämlikhet och jämställdhet är av yttersta vikt i alla verksamheter för vår region. Ett samhälle som är jämlikt och jämställt tar till vara på alla invånares kompetens och möjligheter. Våra barn och unga ska må bra och ha framtidstro. För regionen är det viktigt att medborgarna ska få kvalificerad vård på samma villkor som i det övriga landet. Vård efter behov så nära som möjligt ger kvalité och är kostnadseffektivt. Det skapar också möjlighet till reellt patientinflytande och stärker utsatta grupper.

Medarbetarna är regionens viktigaste resurs. Deras engagemang är helt avgörande för att regionen ska lyckas i sina strävanden. Det ställer krav på att Region Jämtland Härjedalen är en attraktiv arbetsgivare för både kvinnor och män. I begreppet attraktiv arbetsgivare ingår bland annat kompetensutveckling och tydliga karriärvägar för alla. När var och en ges möjlighet att utvecklas efter sin förmåga så bygger det en gemensam styrka och framgång för regionen.

Så bygger vi tillsammans en region med långsiktighet och uthållighet

Ann-Marie Johansson (S)
Regionstyrelsens ordförande

Vision

Region Jämtland Härjedalens verksamhet definieras ytterst av samhällsutvecklingen, regionens utmaningar och styrkor, det europeiska och nationella politiska sammanhanget och av regionens uppdrag. Utifrån detta har regionen formulerat sina två visioner **”En region att längta till och växa i”** respektive **”God hälsa och positiv livsmiljö för alla i Jämtlands län”.** De två visionerna ligger till grund för de policyer och planer som skapas i organisationen. Regionen har även ansvar för vissa mellankommunala frågor.

Regional utveckling
En region att längta till och växa i

Staten styr Region Jämtland Härjedalens statliga uppdrag via lagstiftning och årliga regleringsbrev. Att implementera den övergripande strategin i Europa 2020 är den utmaning regionen står inför. 2015 startade också EU:s nya programperiod och implementeringen av flera viktiga styrdokument - däribland den nya regionala utvecklingsstrategin (RUS) ”Jämtland Härjedalen 2030 Innovativt & Attraktivt”.

I RUSen görs prioriteringar inom områden där förutsättningarna är goda för ett hållbart och expanderande näringsliv med stor hänsyn tagen till resurseffektivitet, jämställdhet, mångfald, god folkhälsa och ungas möjligheter.

Region Jämtland Härjedalen ska verka för att uppfylla RUSens prioriteringar både genom det egna agerandet, de egna verksamheterna och genom att inspirera och samla alla regionens organisationer och aktörer till gemsamt agerande utifrån RUSen.

Hälso- och sjukvård
God hälsa och positiv livsmiljö för alla i Jämtlands län

Region Jämtland Härjedalens mest omfattande uppdrag är hälso- och sjukvård. Region Jämtland Härjedalen ska verka för en god och jämlik hälsa hos Jämtland och Härjedalens medborgare. Alla människor i länet ska oavsett kön, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning eller funktionshinder ha god hälsa och kunna hålla sig friska längre. Regionen ska vara hälsofrämjande. Människorna i regionen ska också kunna ha ett gott liv i en positiv livsmiljö, utifrån sina olika förutsättningar. Vården som erbjuds ska vara tillgänglig och tillfredställa medborgarnas behov av en trygg tillvaro med god livskvalitet genom att ha kvalitet och effektivitet som ledningsstrategi.

God hälsa avser både självupplevd och professionellt bedömd hälsa. I begreppet ligger också folkhälsoperspektivet med aktiva insatser för att stimulera till hälsofrämjande levnadsvanor och satsning på hälsofrämjande hälsovård.

Mellankommunala frågor
Effektiv samverkan

Region Jämtland Härjedalen har även ansvar för vissa mellankommunala frågor på uppdrag av kommunerna. Det handlar om forskning och utveckling, utveckling inom hälso- och sjukvård, socialtjänst, utbildningssektorn, miljö och energiområdet.

Visionernas kraft

Det som visionerna beskriver kanske aldrig blir verklighet för varje enskild invånare, men är viktiga för regionen att kämpa för att uppnå steg för steg. Utgångspunkten är alla människors lika värde. Det innebär att ojämlikheten i hälsa, utbildningsförutsättningar med mera mellan olika grupper motverkas. Därför är det viktigt att alla i organisationen känner till och förstår visionerna, kan förklara dess innebörd och - inte minst - känner sig inspirerade av dessa. Med en sådan uppslutning blir insatserna kraftfulla och kan få alla verksamheter att dra åt samma håll.

Värdegrund

”Regionens medarbetare ska i dagliga möten och samtal handla med respekt för alla människors lika värde, visa förtroende för andra och utgå från en helhetssyn på regionen och de som regionen är till för.”

Det är Region Jämtland Härjedalens värdegrund. På samma sätt som när det gäller visionerna är det viktigt att alla medarbetare agerar utifrån gemensamma värderingar och ett gemensamt förhållningssätt. Det ligger till grund för alla möten i vardagen. Det handlar om etik och moral och det ansvar som alla anställda har i sin yrkesutövning att värna demokratin.

Respekt är den grundläggande värderingen. Det innebär att alla behandlas lika - oavsett kön, hudfärg, etnisk och religiös tillhörighet, sexuell läggning, med mera - och att olika uppfattningar respekteras. Det skapar ***förtroende.*** Förtroende innebär ömsesidig tillit, och skapas genom ärlighet och respekt. ***Helhetssyn*** innebär att utgå från de som Region Jämtland Härjedalen är till för och se till hela människan och hennes behov samt till hela verksamhetens bästa.

När det gäller hälso- och sjukvården bygger regionens synsätt på människors lika värde, på att resurserna satsas där behoven är störst, ett solidariskt ansvar för att tillgodose behoven hos dem som inte själva förmår göra sig hörda samt att det inte är etiskt försvarbart att slösa.

Regionens arbete präglas i allt större utsträckning av samverkan dels mellan enheter inom regionen och dels med partners utanför regionen. Det förutsätter att skillnader i kultur och värderingar, som växt fram under lång tid, kan överbryggas och att det skapas en gemensam grund för att gå vidare.

Region Jämtland Härjedalen ska vara en lättillgänglig samarbetspartner. För att uppnå lyckade resultat i många av de mål och värden regionen jobbar efter är regionen beroende av ett gott samarbete med andra organisationer. Samverkan ska ha tydliga mål och fylla tydliga behov.

Under 2015 genomförs ett varumärkesarbete för Region Jämtland Härjedalen. Det kan innebära att vision och värdegrund revideras.

Planeringsförutsättningar

Regionstyrelsen fastställde i januari 2015 ett dokument med planeringsförutsättningar för 2016-2018. Planeringsförutsättningarna innehåller en beskrivning av kända faktorer som är viktiga att ta hänsyn till i Region Jämtland Härjedalens planeringsarbete. Exempelvis aktuell statistik, förändringar i lagar, problemområden och nationella rapporter. Planeringsförutsättningarna utgör grunden för när regionens övergripande mål ska fastställas. I det här avsnittet återfinns en sammanfattning med det viktigaste utmaningarna från planeringsförutsättningarna.

Planeringsförutsättningar

De planeringsförutsättningar för 2016-2018 som regionstyrelsen fastställde i januari ligger till grund för denna regionplan. Sedan det dokumentet fastställdes har bland annat det ekonomiska läget försämrats varför planeringsförutsättningarna i detta avsnitt sammanfattas med det ekonomiska läget i fokus.

Det ekonomiska läget

Region Jämtland Härjedalen står inför omfattande ekonomiska utmaningar. De senaste åren har verksamheten redovisat ekonomiska underskott i varierande storlek. Årsbokslutet för 2014 och årsprognos efter april 2015 visar på en oroväckande ökningstakt av underskottet. Nettokostnads-utvecklingen överstiger kraftigt takten i intäktsökningen.

Den kommande planperioden kommer därför präglas av stort fokus på åtgärder som syftar mot att nå en ekonomi i balans och god ekonomisk hushållning. Det arbetet är helt nödvändigt för att Region Jämtland Härjedalen ska undvika att hamna i situationen att via lån behöva finansiera löpande drift.

Varje ny verksamhet, aktivitet eller dylikt kräver således finansiering antingen via ökade externa intäkter eller omfördelning inom befintlig verksamhet.

Inför kommande planperiod kommer regionens ekonomi att redovisas i särskild finansplan. I finansplanen framgår ramar för regionstyrelse och nämnder. Detaljerad budget per verksamhet fastställs därefter av styrelsen eller respektive nämnd.

Efter april 2015 prognostiseras ett underskott på 265 miljoner kronor, och att likviditeten redan i mars 2016 kommer att kräva upplåning. Om inga stora förändringar görs kommer 2016 att resultera i ett underskott med i storleksordningen 300 miljoner kronor. Det totalt balanserade underskottet blir då ca 800 miljoner kronor.

Det innebär att planeringen för 2016-2018 behöver hantera följande åtgärder med fokus på den ekonomiskt besvärliga situationen:

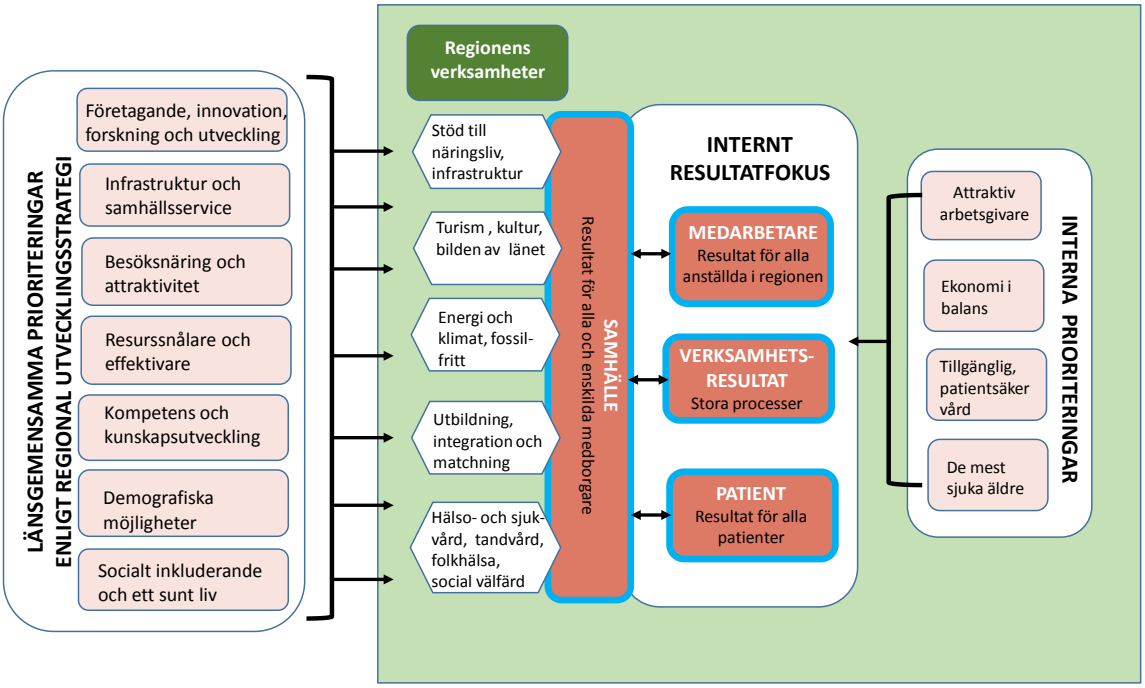
- Fortsatt arbete utifrån den långsiktiga utvecklingsplanen för god ekonomisk hushållning. Den första versionen av planen fastställdes 2014 och innehåller 6 satsningsområden och 9 åtgärdspaket för att uppnå kostnadsminskningar på 120 miljoner kronor
- Under våren 2015 har den långsiktiga utvecklingsplanen för god ekonomisk hushållning reviderats. Antal åtgärdspaket för kostnadsminskningar har utökats till 15 och satsningsområdena har ökat till åtta. Uthålligt arbete och beslut om åtgärder utifrån innehållet i den krävs.
- Vid regionfullmäktiges sammanträde 14-15 april 2015 kom de politiska partierna överens om samarbete över partigränserna angående det ekonomiska läget. Det innebar att partierna lämnat förslag till åtgärder som under 2015 ska utredas eller värderas och därefter återredovisas för beslut av regionstyrelsen.
- Vid regionstyrelsens sammanträde den 28-29 april 2015 beslutades om åtgärder utifrån kostnadsutvecklingen och ekonomiska prognoser.
- En begäran om dialog med regeringen med anledning av det extremt svåra ekonomiska läget ska verkställas.
- Region Jämtland Härjedalen måste vända de senaste årens ekonomiska underskott till en ekonomi i balans och därigenom uppfylla kommunallagens krav på god ekonomisk hushållning.

I arbetet med att hantera den ekonomiska situationen ska också följandeutvecklingsområden hanteras:

- Utveckla Region Jämtland Härjedalens roll som ansvarig för det regionala utvecklingsuppdraget.
- Hälso- och sjukvården samt folktandvården i Region Jämtland Härjedalen ska vara det attraktiva valet för befolkningen i länet genom att ha god tillgänglighet, patientfokuserat effektivt arbetssätt, ge kunskapsbaserad, jämlik och säker vård, behandling och rehabilitering.
- Hantera förändrade vårdbehov och integrationsbehov som uppstår genom demografiförändringar och utveckling av turism och flyktingmottagning i regionen.
- Utveckla Hälsovalet och övriga vårdval så att de motsvarar befolkningens behov.
- Beakta det som krävs för förbättrad folkhälsa, särskilt förbättrad psykisk hälsa hos unga.
- Beakta de miljömål som finns där regionens största utmaningar de närmsta åren är minskad exponering för skadliga kemikalier, ökad resurshushållning, större fokus på hållbara inköp och minskad klimatpåverkan genom en rad olika åtgärder.
- Värna om en jämställd, jämlik och patientsäker hälso- och sjukvård och tandvård med god kvalitet och tillgänglighet.
- Utveckla region Jämtland Härjedalen till en hälsofrämjande och attraktiv arbetsgivare för kvinnor, män och queera medarbetare för att klara kompetensförsörjning på kort och lång sikt.

Sambandet mellan regionala utvecklingsstrategin, Region Jämtland Härjedalens verksamheter och deras resultatmål

Bilden nedan beskriver hur länets regionala utvecklingsstrategi (RUS), som är ett länsövergripande styrdokument, ska beaktas av Region Jämtlands Härjedalens verksamheter. Bilden visar också de fyra resultatområdena (samhälle, patient, medarbetar och verksamhetsresultat) och sambandet till regionens olika verksamheter. Slutligen visar de interna prioritering vilken fokusering som regiondirektören i sin verksamhetsplan prioritera och som Region Jämtland Härjedalens verksamheter ska beakta.



Strategiska mål och inriktningar

I det här avsnittet redovisas de strategiska mål och inriktningar som Region Jämtland Härjedalen har för åren 2016-2018. Målen visar regionens viljeinriktning och vilka prioriteringar som ska göras de kommande tre åren. Det utgör grunden för att regionen ska närma sig sin vision och målsättningar i policyer, långsiktiga utvecklingsplaner och i länsövergripande styrdokument.

En utgångspunkt i arbetet med att ta fram målen har varit de planeringsförutsättningar som fastställts av regionstyrelsen och som sammanfattas i föregående avsnitt. I nästa steg ska regionstyrelsen och nämnderna verkställa de strategiska målen genom att besluta om vilka framgångsfaktorer de ska jobba med under det kommande året. De strategiska målen och framgångsfaktorerna är sedan utgångspunkter för strategiska utvecklingsområden och resultatmått i regiondirektörens verksamhetsplan. Avsnittet är indelat i områdena Samhälle, Patient, Medarbetare och Verksamhetsresultat.

Område Samhälle ska spegla befolkningsaspekter där regionen kan bidra.
Här samlas mål:

- ✓ Inom det regionala utvecklingsuppdraget
- ✓ Med fokus på folkhälsa
- ✓ Med fokus på resursanvändning
- ✓ Med fokus på miljö
- ✓ Med fokus på ett jämställt och jämlikt samhälle
- ✓ För samverkan med andra

Samhälle

Region Jämtland Härjedalen ska vara en region där det ges hög prioritet åt nytänkande, modernitet och mångfald samt där hållbar utveckling är ledstjärna. Då regionens hälso- och sjukvårdsuppdrag är en central del i det av riksdagen tilldelade regionala utvecklingsuppdraget är det självklart att såväl näringslivsutveckling, integrationsprocesser, regionens attraktivitetskraft med mera är sammankopplat med hälso- och sjukvårdsutbudet liksom skapandet av hälsofrämjande och trygghetsskapande levnadsvillkor för medborgarna.

Samhällets komplexitet där globalisering, urbanisering, individualisering och digitalisering sker i en rasande takt skapar både möjligheter och ställer krav där det regionala ledarskapet avgör regionens position i förhållande till alternativa livsplatser.

Strategiska mål inom området samhälle

- Stimulera innovativa och framtidsinriktade idéer som utvecklar miljöteknik, miljödriven näringslivsutveckling och cirkulär ekonomi.
- God beredskap och snabb hantering att möta företag och ge besked om stöd.
- Infrastrukturstrategi för förnyelsebara fordonsbränslen.
- Samordna och utveckla arbetet för en bra infrastruktur kring vägar, järnvägar och flyg.
- Bidra till digital infrastruktur, som skapar förutsättning för utvecklade digitala tjänster och arbetsmetoder i hela regionen.
- Utveckla kulturens roll för hälsa, delaktighet, inflytande och personlig utveckling.
- Följa upp intentionerna i integrationsstrategin för länet.
- Aktivt verka för jämlikhet och jämställdhet i alla samhällssektorer.
- Förbättrad psykisk hälsa.[1]
- Hälsofrämjande och trygghetsskapande levnadsvillkor.[1]
- Samordna det regionala utvecklingsarbetets olika delar och aktörer för positiv påverkan av det demografiska utvecklingen i hela regionen.

[1] Ur Mål för gemensam hälso- och sjukvårdspolitik i Jämtlands län 2014-2025 (Dnr LS/726/2012)

Stimulera innovativa och framtidsinriktade idéer och metoder som utvecklar miljöteknik, miljödriven näringslivsutveckling och cirkulär ekonomi.

Insatserna för omställningen mot ett hållbart samhälle måste accelerera och samordnas smartare. Regionen ska vara ledande inom hela spektrumet. Här kan nämnas energieffektivisering, giftfria miljöer, fossilfria bränslen och ekologisk livsmedelsproduktion.

Näringslivet ska stöttas och stimuleras mot miljödriven näringslivsutveckling och cirkulär ekonomi. Regionen ska med andra ord driva på affärsmöjligheter där cirkulära kretslopp används snarare än linjära processer. Produkter designas så att de är lätta att återanvända, och strävan är att avfall inte ska existera utan ses som en råvara.

I regionens egna verksamheter ska regionen arbeta både med verksamhetens indirekta och direkta miljöpåverkan liksom omställning utifrån erkända hållbarhetsprinciper och sträva efter ständiga förbättringar i miljöarbetet. Till stöd för sitt inre arbete har regionens verksamheter ett certifierat ledningssystem som gäller ISO 14001 och EMAS. För det yttre arbetet får regionens ledarskap sitt stöd från en kontinuerlig omvärldsbevakning. Särskilt angelägna frågor är klimatpåverkan, skadliga kemikalier, resurshushållning och antibiotikaresistens.

Verkställandet av beslut och aktiviteterna för att uppnå målen i den av regionen beslutade långsiktiga utvecklingsplanen för miljö ska ges hög prioritet.

God beredskap och snabb hantering att möta företag och ge besked om stöd

Regionen ska stimulera flera finansiella lösningar för småföretagande och landsbygdens utveckling för att ge starkare lokal drivkraft och samarbete i företagsutvecklingen i orter och kommuner. Fungerande system för innovationsutveckling är en avgörande faktor för att idéer inom både offentlig och privat verksamhet ska bli verkliga produkter och tjänster.

I den regionala utvecklingsstrategin 2014-2030 (RUS) och i innovationsstrategin nämns bland annat följande viktiga åtgärder:

- gå från att vara en känd region utifrån en bra livsmiljö till en region som även symboliserar modern innovationsdriven samhällsutveckling.
- fokusera på hållbar tillväxt.
- ta tillvara den kraft och kreativitet som finns bland medborgarna samt locka ny entreprenörskraft till regionen.
- underlätta att vara småföretagare.
- stimulerar entreprenörskap i den offentliga, den privata och den sociala ekonomin.
- kombinationssysselsättningar inom bland annat de gröna näringarna ger bättre utveckling på landsbygden.

I den nya programperioden inom EU blir fondmedel viktiga delar i den verktygslåda som regionen ska samordna för en bra näringslivsmiljö i länet.

God tillgång till utbildning och fortbildning kan vara avgörande för den enskilda individens möjlighet till arbete, men också en förutsättning för näringslivets och företagens möjlighet till rekrytering och växande. Därför måste just kompetensutveckling och arbetet med kompetensplattformarna vara en fortsatt viktig uppgift.

Infrastrukturstrategi för förnyelsebara fordonsbränslen

Regionen ska vara en av de drivande aktörerna i arbetet mot RUSens mål om fossilfritt län 2030. En första del är att ta fram en infrastrukturstrategi för förnyelsebara fordonsbränslen. Smarta och attraktiva kollektivtrafiklösningar ska utvecklas, utbudet breddas och arbetspendling prioriteras. Målet är god service inom det offentliga resandet med pendlarvänliga tidtabeller, enkla betalsystem och goda möjligheter till kombinationsresande, och att skapa en långsiktig stabilitet i spelreglerna kring de fossilfria alternativen.

Samordna och utveckla arbetet för en bra infrastruktur kring vägar, järnvägar och flyg.

Ur RUSen kan några rubriker nämnas som ger detta mål sin förklaring:

- Snabba pålitliga tågförbindelser
- Bra flygförbindelser
- Väl utbyggd busstrafik
- Bra standard på vägarna
- Hög trafiksäkerhet och mer cykel och gångbanor
- Bra förutsättningar för godstransporter

Bidra till digital infrastruktur, som kapar förutsättning för utvecklade digitala tjänster och arbetsmetoder i hela regionen.

I regionala utvecklingsstrategin anges att länets alla samhällen och byar ska ha åtkomst till bredband i någon form senast år 2020. Mobiltelefoni ska fungera i alla delar av länet, inte bara de bebyggda delarna. God mobiltelefonitäckning även i skogs- och fjällområden är viktigt för skogsnäringen, rennäringen och turistnäringen.

Bredband till alla hushåll är en viktig säkerhetsfråga och inom en snar framtid en förutsättning för god hälso- och sjukvård och omsorg.

Tillgång till bredband är viktigt. Men lika viktigt är regionala utvecklingsstrategins mål att en övervägande del av hushållen och företagen ska införliva användningen av bredband i det dagliga livet. Olägenheterna med långa avstånd till arbete, studier och service ska minska genom ett högt nyttjande av IT i länet.

I detta arbete ska regionens egna verksamheter aktivt utveckla sina kontakter med patienter och kunder genom digitala tjänster som underlättar och effektiviserar kontakterna för båda parter.

Utveckla kulturens roll för hälsa, delaktighet, inflytande och personlig utveckling ska utvecklas

Alla kvinnor och män, flickor och pojkar ska ha tillgång till kulturella upplevelser och möjlighet att själva skapa och uttrycka sig. Det uttrycks både i de nationella kulturpolitiska målen och i den regionala kulturvisionen. Det innebär att det behövs en kulturell infrastruktur med institutioner, scener och miljöer som är tillgängliga för alla medborgare i hela regionen. Alla som verkar inom den kulturella infrastrukturen ska ha ett förhållningssätt som präglas av öppenhet och mångfald.

”Alla ska ha tillgång till kulturella upplevelser och möjlighet att själv skapa och uttrycka sig”

Regionens attraktionskraft kommer att stärkas genom att stödja ett brett och aktivt kultur- och föreningsliv. Kulturen, gastronomin och de gröna näringarna, tillsammans med idrotten, motion och friluftsliv kan vara tydliga regionala utvecklare.

Kulturen kan ses ur olika perspektiv, där kraften som regional utvecklare bara är den ena viktiga sidan och kulturens egna kraft är en annan viktig del. Den senare delen kan betyda att kulturen också kan göra oss till bättre människor, få oss att förstå sammanhang och stämningslägen. Därmed kan kulturen också driva ett samhälles utveckling framåt.

Kulturen har en viktig roll i det livslånga lärandet. Samverkan mellan kultur, formellt samt informellt lärande, ska vara en av de samlade krafterna för vår regions utveckling. Ett rikt kulturliv är också en förutsättning för ökat företagande och fler arbetstillfällen inom de kulturella och kreativa näringarna som har en stor betydelse för vår region.

Kulturens roll och dess koppling till hälsa väcker allt större intresse. Kulturella upplevelser och eget skapande kan förebygga och rehabilitera ohälsa. Konst och kultur kan dessutom användas som ett komplement till traditionella behandlingsmetoder, exempelvis genom kultur på recept. Ett område inom fältet kultur och hälsa är kultur för seniorer, där regionen har en utmaning i att främja äldre kvinnor och mäns möjlighet till delaktighet och medskapande i kulturlivet. Kultur i vården är exempel på ett område som kan utvecklas.

Följa upp intentionerna med integrationsstrategin för länet

En ökad mångfald bygger en starkare region. En gynnsam utveckling och tillväxt i länet måste ta tillvara all kompetens och främja alla inflyttares möjligheter till sysselsättning antingen som anställda eller som företagare. Det är angeläget att skapa nätverk och mötesplatser mellan arbetstagare och arbetsgivare inom såväl näringslivet som offentlig sektor för att skapa en god integration i samhället och arbetslivet samt vid behov, bra förutsättningar för god språkinlärning.

I integrationsstrategin anges att Region Jämtland Härjedalen har ansvar för att följa upp integrationsstrategin och därmed synliggör vad som sker och vad som inte sker så att integrationsarbetet får den prioritet som krävs.

Aktivt verka för jämlikhet och jämställdhet i alla samhällssektorer

Regionen ska stödja och vara pådrivande i arbetet med att avskaffa stereotypa föreställningar och hinder som utgör grunden för människors ojämlika villkor på det politiska, ekonomiska, sociala och

kulturella området genom ett aktivt normkritiskt värdegrundsarbete inom och utom organisationen. Människors olikheter ska alltid vara en tillgång för regionen. Kvinnor, män, flickor och pojkar ska ges möjlighet att medverka i regionens verksamheter och utvecklingsarbeten. Individer med olika funktionsnedsättningar ska särskilt beaktas. Regionen ska vara en jämställd och jämlik region där, oavsett sexuell läggning, alla personers villkor, rättigheter, möjligheter och skyldigheter är lika i hela regionen.

Att arbeta för förändrade attityder och beteenden är ett led i tillämpandet av jämställdhets- och integrationspolitikens mål – ett annat är ett aktivt arbete för ökad jämlikhet mellan alla grupper. Ett framgångsrikt arbete inom områdena stärker länets attraktionskraft och det kan bli fler som flyttar hit och vill bo kvar, fler i utbildning, fler i arbete och fler företagare.

”Genom att aktivt genomföra förebyggande insatser ska förutsättningar för en god hälsa öka”

Förbättrad psykisk hälsa

Genom att aktivt genomföra förebyggande insatser ska flickor och pojkars, män och kvinnors förutsättningar för en god psykisk hälsa öka. Förutom barn och ungdomar är även äldre, personer med funktionsnedsättning, flyktingar, samer, hbtq-personer prioriterade målgrupper.

Regionen ska ta tillvara på kunskaperna från de dialoger om flickors och pojkars hälsa som genomförts med ungdomsting och andra grupper av ungdomar. Barnens och ungdomarnas behov av att det ska vara enkelt att komma i kontakt med någon att prata med när de behöver hjälp eller stöd ska bemötas. I arbetet runt ungas sociala situation, särskilt flickor och kvinnors, behövs det en högre grad av samarbete och samverkan med andra aktörer, och då särskilt med skolan. Regionen ska också följa och delta i nationella utvecklingsarbeten inom området.

IT-utvecklingen, distansoberoende teknik och hjälpmedel med ny teknik är viktiga områden att utveckla för behandling och förebyggande arbete inom psykisk hälsa.

Hälsofrämjande och trygghetsskapande levnadsvillkor

Det behöver skapas en samordning av stödet för flickor och pojkar liksom för äldre kvinnor och män, liksom för kvinnor och män med funktionsnedsättning. Det är särskilt viktigt att utveckla vårdens kvalitet för att öka förtroende och trygghet i vården. Trygghet handlar också om att den vård som ges är av god medicinsk kvalitet.

Genom att skapa ett hållbart, handlingskraftigt och förebyggande arbetssätt i vård och omsorg av äldre ska äldre kvinnor och män uppleva trygghet och självbestämmande med tillgång till en god vård och omsorg. Det handlar också om att skapa förutsättningar så att personalen känner sig motiverade, ser helheten och förstår nyttan av ett sammanhållet arbetssätt.

Även inom detta målområde bör distansoberoende teknik samt hjälpmedel med ny teknik prövas.

Länets gleshet ställer särskilda krav på hur länsinvånarna får tillgång till likvärdig vård och hur det påverkar känslan av trygghet. Det ska det särskilt ta hänsyn till när regionen planerar vårdens utveckling och vid samverkan med kommunerna.

Samordna det regionala utvecklingsarbetets olika delar och aktörer för positiv påverkan av det demografiska utvecklingen i hela regionen.

I RUSen anges att utmaningen med en åldrande befolkning behöver mötas genom nytänkande och samverkan mellan flera politikområden. Förebyggande hälsa är helt centralt och måste vara en livslång process. Den så kallade silverekonomin – pensionärer med god hälsa och bra ekonomi - är en stor tillgång som kan bidra mycket till tillväxt i ekonomin och samhällets fortsatta utveckling.

Andra demografiska utvecklingsområden som nämns i RUSen är att få ungdomar att återvända till regionen efter studier och inhämtade erfarenheter. Även en ökad inflyttning av utlandsfödda noteras som regionens möjlighet.

Att samordna aktiviteter inom dessa utmaningar är regionens stora uppdrag.

Området patient ska fånga patienternas uppfattning om och medicinska resultat av given vård.
Här samlas mål:

- ✓ Där patienter själva värderar vården
- ✓ Med fokus medicinsk kvalitet
- ✓ Övriga mål med syfte att erhålla ett stabilt eller bättre arbetssätt som i nästa steg blir bättre för patienten och medverkar till en jämställd och jämlik vård.

Patient

Hälsa på lika villkor för hela befolkningen för en hållbar utveckling i Jämtlands län är den samlade visionen för framtidens hälso- och sjukvård, såväl i länets regionala utvecklingsstrategi (RUS) *Jämtland/Härjedalen 2030 – innovativt och attraktivt,* som i folkhälsopolicyn och i *Mål för gemensam hälso- och sjukvårdspolitik* som landstingsfullmäktige och länets åtta kommuner beslutat om. RUS: ens övergripande mål 2030 när det gäller hälsa är:

- Hälsa på lika villkor för hela befolkningen.
- I Jämtlands län har alla lika förutsättningar oavsett funktionsförmåga.
- Jämtlands län upplevs som landsets tryggaste län.
- En väl fungerande jämlik och jämställd social välfärd.
- Hälso- och sjukvården erbjuder länsinvånarna högkvalificerad vård.

Strategiska mål inom området patient:

- Vård efter behov och hälsofrämjande arbete
- Minska ojämlikheten i hälsa genom jämlik och jämställd hälso- och sjukvård
- Den vård som är möjlig ska ges i hemmet eller så nära hemmet som möjligt
- Skapa en sammanhållen barn- elev- och ungdomshälsa
- God kvalitet, bra bemötande, anpassad kommunikation och begriplig information på patientens villkor
- Ökat patientinflytande och delaktighet individuellt och genom brukarråd
- Stärk utsatta grupper i mötet med vården

Vård efter behov och hälsofrämjande arbete

Hälso- och sjukvården ska vara solidariskt skattefinansierad och fördelas efter behov. Patienterna ska erbjudas bästa tillgängliga, kunskapsbaserade och ändamålsenliga hälso- och sjukvård. Den som har största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde. Patienten ska ha rätt till en vårdplanering som ger besked om vad som sker härnäst och vid vilken tidpunkt. Kvinnor och män, flickor och pojkar ska trots sjukdom och ohälsa kunna leva ett tryggt och värdigt liv utan onödiga begränsningar i funktion eller förmåga till aktivitet i det dagliga livet med delaktighet i samhällslivet. Den enskildes behov ska ständigt stå i centrum.

Vid prioritering inom hälso- och sjukvård ska följande gruppers specifika behov beaktas*:*

- Barn och unga
- Äldre
- Funktionsnedsatta
- HBTQ-personer (homosexuella, bisexuella, trans- och queer-personer),
- Flyktingar
- Nationella minoriteter (samer, romer, judar, sverigefinnar, tornedalingar)

För att säkerställa en jämlik och jämställd vård krävs särskild uppmärksamhet på de gruppernas behov.

Tandhälsan för barn ska vara ett prioriterat område. Specialistkunskap, som till exempel geriatrisk kompetens, ska vara tillgänglig vid behov. Patienter i livets slutskede ska få bästa möjliga vård.

Funktionsnedsatta medborgare skattar sin hälsa lägre än övriga medborgare. Därför finns det anledning att sätta särskilt fokus på den gruppen. Prioriteringar som gäller flyktingar, nationella minoriteter och hbtq-personer handlar främst om utbildning för vårdpersonal och bemötande, det vill säga normkritiskt värdegrundsarbete.

Minska ojämlikheten i hälsa genom jämlik och jämställd hälso- och sjukvård

Medborgarna i Region Jämtland Härjedalen ska få kvalificerad vård på samma villkor som i övriga landet. All hälso- och sjukvård inklusive folktandvård i regionen ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den ska vara jämlik för både kvinnor, män, flickor och pojkar, utrikes födda och inrikes födda oavsett funktionsnedsättning, sexuell läggning, könsidentitet eller uttryck, ålder, kulturell bakgrund, utbildning, bostadsort, ekonomiska förutsättningar eller annat. Regionen ska kraftsamla för ett hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande arbetssätt. Arbetet med att öka frisktalen och minska den ojämlika hälsan ska fortgå inom alla område, varav diskriminering och våld i nära relationer är två stora utmaningar. Alla medarbetare ska vara bärare av det hälsofrämjande arbetet.

” Hälso- och sjukvård ska ges med respekt för alla människors lika värde”

Den vård som är möjlig ska ges i hemmet eller så nära hemmet som möjligt

För verksamhetsutveckling och kvalitetshöjning kommer det krävas strukturella och organisatoriska förändringar på flera områden. De små enheterna ute i länet ska värnas. Närvård ska vara en rättighet och inriktningen på strukturella förändringar är att mer ska kunna göras inom närvården. Utveckling av distansoberoende metoder och arbetssätt är en del av detta. Riktningen ska också vara att hemsjukvård från såväl regionen som kommunen utvecklas. Det kräver närmare samverkan och fokus på att arbeta bort hinder som beror på huvudmannaskapsgränser eller interna verksamhetsgränser.

Skapa en sammanhållen barn- elev- och ungdomshälsa

När det gäller unga kvinnor och män, flickor och pojkar är samverkan mellan kommunerna och Region Jämtland Härjedalen särskilt viktig, inte minst när det gäller arbetet med barnkonventionen. Tillsammans med kommunerna ska regionen utveckla föräldrastöd och en sammanhållen barn- elev- och ungdomshälsa. Regionen ska bidra till hälsofrämjande vanor hos barn och unga och vidareutveckla familjecentralerna enligt Strömsunds arbetsätt. I arbetet med barn och ungas hälsa särskilt beakta barn med funktionshinder och socialt utsatta barn. Unga ska känna sig trygga i sin sexualitet oavsett läggning och antalet tonårsaborter ska minska. Insatser för att förbättra ungas psykiska hälsa och minska antalet självmord och självmordsförsök är ett prioriterat område. Socialpsykiatriskt behandlingsteam ska förverkligas.

God kvalitet, bra bemötande, anpassad kommunikation och begriplig information på patientens villkor

Region Jämtland Härjedalens verksamhet ska kännetecknas av ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Vården ska inge trygghet, förtroende och kontinuitet i kontakterna med vården. Kvinnor och män, flickor och pojkar ska få ett gott bemötande som patienter och närstående och bli väl informerade i sina möten med vården. Den information som finns att få om vården ska vara lättillgänglig och tydlig. Det är särskilt viktigt med bra information till äldre kvinnor och män och nyanlända medborgare från andra kulturer. Särskild anpassad information måste också finnas till personer med funktionsnedsättningar, till exempel personer med synsvårigheter. Dessutom ska kunskap om egenvård och frågor som rör sex och samlevnad också ges till nyanlända medborgare.

Ökat patientinflytande och delaktighet individuellt och genom brukarråd

Oavsett om man är kvinna, man, flicka eller pojke ska man som patient ha möjlighet att påverka omfattningen och innehållet i den vård man får. För att utveckla vården ska det finnas ett nära samarbete inom hälso- och sjukvården med brukar- och anhörigorganisationer, andra myndigheter, branschorganisationer och andra ideella organisationer.

Stärk utsatta grupper i mötet med vården

Arbetet mot våld i nära relationer ska vara ett prioriterat område. Hälso- och sjukvårdens verksamheter ska identifiera våldutsatta kvinnor och män samt flickor och pojkar som riskerar att fara illa. Regionen ska också erbjuda ett väl fungerande omhändertagande av våldutsatta flickor och pojkar, kvinnor och män. Våldutsatta kvinnor med funktionsnedsättning är en grupp som särskilt ska uppmärksammas. Det ska genomföras ett målmedvetet suicidpreventivt arbete i Region Jämtland Härjedalen. Sjukvårdens uppgift är att tidigt identifiera och behandla riskpatienter. Diagnostik och behandling av underliggande psykisk sjukdom och missbruk är en central komponent i suicidprevention. Att ingen ska ta, eller försöka ta, sitt liv är en viktig målsättning.

STRATEGISKA MÅL

Medarbetarperspektivet ska fånga medarbetarnas uppfattning om sin arbetsplats, men även deltagande och engagemang samt arbetsmiljöfrågor.
Här samlas mål:

- ✓ Med fokus arbetsmiljö
- ✓ Med fokus lärande och förnyelse
- ✓ Som visar effekter av satsningar som en del i den lärande processen

Medarbetare

Region Jämtland Härjedalen ska vara en attraktiv och hälsofrämjande arbetsgivare för både kvinnor och män. De mål som sätts upp ska uppnås genom ett aktivt medarbetarskap, gott ledarskap, jämställdhet och mångfald, rätt kompetens och en god lönebildning som speglar hur individen och verksamheten når sina mål. Det är regionens målbild i den personalpolitiska policyn. Med aktivt medarbetarskap menas att vara öppna för utveckling och nya sätt att arbeta, praktisera öppenhet, lyhördhet och dialog, förstå vikten av samverkan och samarbete och att förstå det egna arbetets betydelse för helheten.

Strategiska mål inom området medarbetare:

- Attraktiv arbetsgivare till kompetenta medarbetare med ett tydligt uppdrag
- En arbetsmiljö som stimulerar och premierar kreativitet, innovation, forskning och lärande
- Hälsofrämjande arbetsmiljö
- Kompetensutveckling och karriärvägar för anställd personal
- En kompetensförsörjning som understödjer omställning till framtidens behov
- Alla arbetsplatser ska ha ett aktivt jämlik- och jämställdhetsarbete

Attraktiv arbetsgivare till kompetenta medarbetare med ett tydligt uppdrag

Region Jämtland Härjedalen ska vara en attraktiv arbetsgivare för både kvinnor och män som erbjuder ett meningsfullt arbete med ett tydligt uppdrag och möjligheten att utföra en viktig samhällsinsats. Arbetsuppgifterna ska vara stimulerande och utvecklande och det ska finnas möjligheter att utvecklas i arbetet. Regionen ska ständigt satsa på att utveckla och förbättra sättet som arbetet är organiserat på och kvaliteten i det som görs. Det gäller även för regionens miljöarbete.

Arbetsmiljön och arbetsorganisation ska löpande förbättras tillsammans med medarbetarna. Det kräver ökat inflytande från både kvinnor och män, en positiv syn på fackligt inflytande och en utvecklad dialog med de förtroendevalda.

Allt förbättringsarbete sker med verksamhetsfokus och är präglat av ett långsiktigt hälsofrämjande arbetssätt. Det grundar sig på samverkan och faktabaserade beslut med löpande uppföljning. Samverkan med patient-, närstående- och brukarorganisationer, och helhetssyn mellan vårdgivare, behövs för en god vård. För att lyckas med det krävs det ett tydligt ledarskap med klara befogenheter på alla nivåer. Ett flödestänk och tydlig målstyrning är avgörande för att uppnå ständiga förbättringar.

Det ska finnas bra förutsättningar för alla chefer i organisationen att kunna göra ett gott chefs- och ledarskap. Alla chefer ska veta vilka förväntningar och krav som finns på dem. Så att de ska kunna vara tydliga representanter för regionen och goda ledare. Som en del i ledarförsörjningen ska regionen som arbetsgivare ta tillvara på både kvinnliga och manliga medarbetare som är intresserade av och har förmåga att bedriva ledarskap.

En arbetsmiljö som stimulerar och premierar kreativitet, innovation, forskning och lärande

Regionen är en lärande organisation som genom sin forsknings- och utvecklingsverksamhet, FOU, ska säkerställa att vården och dess medarbetare kontinuerligt utvecklas genom forskning och utvecklingsarbete och att spetskunskap utvecklas och sprids så att den tas tillvara i vardagsarbetet.

En allt snabbare teknikutveckling inom hälso- och sjukvårdsområdet innebär att regionen måste ligga i

framkant vad gäller medarbetarnas IT-mognad. Möjligheterna att delta i fortutbildning, samverkan och omvärldsbevakning genom distansoberoende teknik ska tas tillvara.

Hälsofrämjande arbetsmiljö

Region Jämtland Härjedalen ska erbjuda en trygg och stimulerande arbetsmiljö för alla medarbetare och alla chefer oavsett vart de befinner sig i organisationen.

Arbetsmiljön för regionens medarbetare ska vara hälsofrämjande. Regionen ska vara en lyhörd arbetsgivare där kvinnliga och manliga medarbetares insatser, synpunkter och idéer är meningsfulla. Maktförhållanden mellan vårdens olika professioner och mellan kön uppmärksammas, analyseras, åtgärdas och förändras i de fall de hindrar förbättring av vården.

Regionen ska bedriva ett systematiskt och effektivt arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbete med ett genusperspektiv. Det ska skapa förutsättningar för medarbetarna att behålla, förstärka och förbättra sin hälsa. I det systematiska arbetsmiljöarbetet är det viktigt att öka delaktigheten i planeringen av verksamheten och ge förutsättningar för att ta ansvar för den egna arbetsmiljön. Det ska förekomma ett ständigt förbättrings- och utvecklingsarbete med fokus på arbetsmiljön som kvinnor och män, oavsett yrkeskategori, deltar i.

Kompetensutveckling och karriärvägar för anställd personal

I regionens roll som arbetsgivare är utvecklingsmöjligheter, utbildningsvillkor och karriärvägar för alla yrkeskategorier strategiskt viktiga områden. Regionen värnar om en fast anställd personalstyrka och tar vara på förslag och idéer om förbättringar.

Medarbetarna ska erbjudas kompetensutveckling utifrån verksamhetens behov.

Elever och studenter är regionens framtida medarbetare och ska utifrån regionens utbildningsansvar erbjudas en bra utbildning. Insatser ska bedrivas för att den gruppen ska uppfatta regionen som en attraktiv arbetsgivare.

En kompetensförsörjning som understödjer omställning till framtidens behov

Regionens kompetensförsörjning ska utgå från verksamhetens behov och rekrytera medarbetare med olika kunskap, erfarenhet, kön och bakgrund. Vid rekrytering ska regionen se över möjligheterna att ge alla lika förutsättningar oavsett funktionsförmåga.

För att hålla en fortsatt hög kvalitet ska regionen ha kunskap om och styrförmåga över vilken kompetens som behövs i framtiden. Det är viktigt för att kunna bedöma verksamhetens behov av kompetensutveckling. Styrningen ska ske med hänsyn till verksamhetens uppdrag, pensionsavgångar, personalomsättning med mera och yttre påverkansfaktorer som efterfrågan, befolkningsutveckling, sammansättningen av kompetens, utvecklingen inom framtidens hälso- och sjukvård och tillgång till nyutbildade kvinnor och män.

”Alla medarbetares insatser, synpunkter och idéer är meningsfulla”

Regionen ska sträva efter mångfald i organisationen. Olikheterna bland regionens medarbetare ska värdesättas och tas tillvara på, så att blandningen av kompetenser och erfarenheter skapar kreativa miljöer, ger nya infallsvinklar och fler perspektiv och därmed bättre resultat i verksamheten.

Alla arbetsplatser ska ha ett aktivt jämlik- och jämställdhetsarbete

Alla medarbetare ska behandlas lika – oavsett kön, hudfärg, etnisk och religiös tillhörighet, sexuell läggning, med mera – och att olika uppfattningar respekteras. Kvinnliga och manliga medarbetares möjligheter att påverka är viktiga och samverkan mellan arbetstagare och arbetsgivare är en självklarhet. Ett ständigt pågående normkritiskt värdegrundsarbete och ett genusmedvetet ledarskap är viktigt för att motverka diskriminering. Det ska finnas nödvändig kunskap om jämställdhet och jämlikhet hos alla kvinnliga och manliga medarbetare och på alla nivåer och i regionen. Det är viktigt att skapa en miljö där utveckling stimuleras och där det finns baskunskaper om verktyg och metoder för att bedriva verksamhetsutveckling som leder till en jämställd och jämlik verksamhet med hög kvalitet.

Område Verksamhetsresultat ska visa strategiska områden för organisationens arbete och innefatta såväl finansiella som icke finansiella resultat. Bland icke finansiella resultat ingår utfall för ”stora” processer.
Här samlas :

- ✓ Mål för viktiga processer: Till exempel tillgänglighet till vård.
- ✓ Mål för finansiella utfall: Nettokostnadsutveckling.

Verksamhetsresultat

Regionens verksamheter ska vara utvecklingsbenägna, lärande och ekonomiskt ansvarsfulla. Arbetet är långsiktigt hållbart för att bidra till folkhälsa och positiv livsmiljö för hela regionens befolkning. Resultat ska ställas i relation till regionens vision. I varje bokslut ska det utvärderas hur verksamheten följt värdegrunden och närmat sig visionen.

Strategiska mål inom området verksamhetsresultat:

- God ekonomisk hushållning med solidarisk fördelning där resurserna fördelas jämlikt och jämställt
- Långsiktigt hållbar verksamhet utifrån socialt, miljömässigt och ekonomiskt perspektiv
- Effektiva processer

God ekonomisk hushållning med solidarisk fördelning där resurserna fördelas jämlikt och jämställt

Det ekonomiska resultatet ska långsiktigt ge en god ekonomisk hushållning. God ekonomisk hushållning innebär att regionen 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. Varje skattekrona ska användas så effektivt som möjligt. Resurserna ska fördelas jämställt och jämlikt. För att uppnå det ska regionen ge alla medarbetare förutsättningar att vara delaktiga i planerings-, utvecklings- och förbättringsarbete.

” En tydlig styrning som tar hänsyn till ekonomiska, miljömässiga, sociala och etiska perspektiv”

Långsiktigt hållbar verksamhet utifrån socialt, miljömässigt och ekonomiskt perspektiv

Genom att arbeta förebyggande med miljö- och klimatfrågor ska regionen bidra till att minska negativ miljö- och hälsopåverkan. Ett prioriterat område är att minimera negativ påverkan på miljö och hälsa från kemikalier och kemiska produkter. Hormonstörande kemikalier ska fasas ut och även andra hälso- och miljöfarliga kemikalier och produkter ska ersättas. Barns exponering för farliga kemikalier ska minskas. För det ska uppnås ska ett arbete påbörjas med att sammanställa och kategorisera hälso- och miljöskadliga ämnen som hanteras inom regionen. En översyn ska också genomföras av vilka krav som ställs vid upphandlingar. De sammanhang som regionens verksamhet påverkar barns exponering för farliga ämnen ska också identifieras.

Genom en hög ambitionsnivå i energieffektiviseringsarbetet ska regionen minimera behovet av tillförsel av energi, ha effektiv energianvändning, använda energi från förnyelsebara källor och egen förnyelsebar energiproduktion. Det leder till att regionen minimerar klimatpåverkan från energianvändning vilket även bidrar till en ekonomisk hushållning för verksamheten.

Effektiva processer

Regionen ska arbeta för att effektivisera verksamheten utan att inskränka på kvalitet. Detta ska ske genom att tillämpa Leans principer. Verksamheterna ska utvecklas i samverkan inom regionens olika professioner och mellan aktörer.

Verksamheten utförs på rätt nivå med hög måluppfyllelse. Jämlikhet och jämställdhet ska vägleda processutvecklingen.

Vården ska ges efter bästa tillgängliga kunskap och garantera att hälso- och sjukvårdens resurser

används så effektivt som möjligt. Systematisk uppföljning av vårdens processer ska genomföras utifrån faktabaserade underlag. Glesbygdsmedicin ska utvecklas till ett profilområde för vård i Jämtlands län.

In- och utprioriteringar av verksamheter sker i öppna processer. Alla verksamheter arbetar med ständig utveckling och effektivisering. Nya och förbättrade metoder ersätter tidigare metoder.

Utvecklingsarbetet med effektiva processer ska ha följande fokuseringar:

- God tillgänglighet till vård och behandling – där vårdgarantin är en självklarhet och den nationella väntetidssatsningens nivåer ska uppfyllas
- God patientsäkerhet – där visionen är att inga undvikbara vårdskador ska uppstå och den nationella patientsäkerhetssatsningens kriterier ska uppfyllas
- God kvalitet – där fokus för förbättringar ska ligga på de processer som har störst förbättringspotential.
- Effektivt sjukdomsförebyggande arbete
- Effektiv rekrytering av personal
- Minskade sjukskrivningar i länet
- Ökad jämlikhet i vården ska uppnås genom vårdprogram och strukturerade vårdprocesser.

Uppföljning

Den kontinuerliga uppföljningen av verksamheten och måluppfyllelse sker genom månadsrapporter, delårsbokslut per april och augusti samt årsbokslut. Regionfullmäktige behandlar delårsbokslut och årsbokslut. Utöver det görs också särskilda uppföljningar av vissa områden enligt de uppföljningsplaner som upprättas eller efter särskilda beslut.

Uppföljning

Region Jämtland Härjedalen ska ha en tydlig och enhetlig styrning och ett kontinuerligt uppföljningsarbete. De styrdokument som upprättas och den uppföljning som görs ska ta hänsyn till flera perspektiv. Det strategiska målet om Långsiktigt hållbar verksamhet utifrån socialt, miljömässigt och ekonomiskt perspektiv tydliggör att styrningen ska ta hänsyn till de perspektiven. Andra perspektiv som särskilt ska beaktas är jämställdhet och jämlikhet samt barnens rättigheter.

Styrmodellen

Den gemensamma styrmodell som regionens förtroendevalda och tjänstemän arbetar efter är en central utgångspunkt för regionens planerings- och uppföljningsarbete. I bilaga 2 finns en beskrivning om hur styrmodellen fungerar.

De övergripande mål som fastställs av regionfullmäktige ska beaktas av alla underliggande nivåer i Region Jämtland Härjedalen. Med det menas att det ska finnas en röd tråd från visioner och övergripande mål till genomförande och uppföljning på verksamhetsnivå. De olika delarna i styrmodellen ska användas av samtliga verksamheter i allt planerings- och uppföljningsarbete.

Styrmodellen ska kontinuerligt utvärderas.

Särskild uppföljning av horisontella prioriteringar

Vid uppföljning av de övergripande målen ska följande horisontella prioriteringar följas upp:

- Jämställdhet och jämlikhet
- Integration och mångfald
- Hållbar utveckling
- Barnens rättigheter
- Kvalitet i verksamheterna
- Effektivitet och ständiga förbättringar
- Långsiktighet

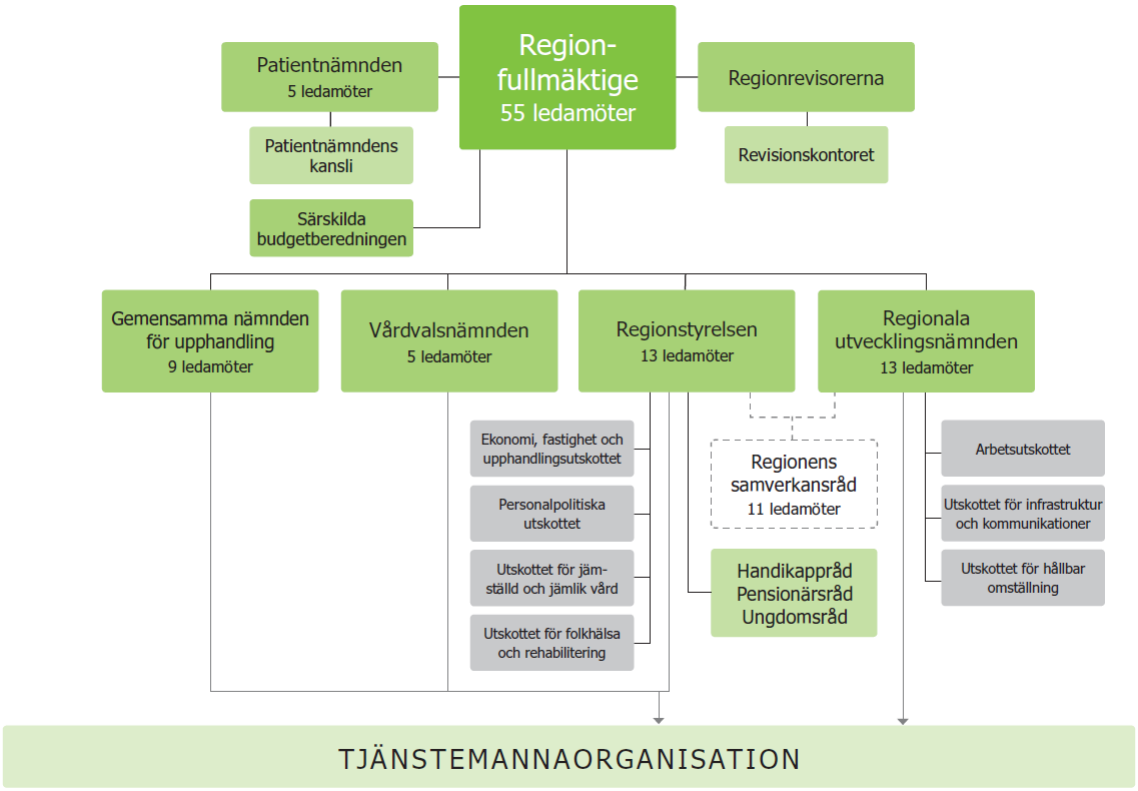
Bilagor

I det här avsnittet redovisas de bilagor som det finns hänvisningar till i föreliggande avsnitt.

Förteckning över bilagor:
Bilaga 1: Politisk organisation
Bilaga 2: En gemensam styrmodell
Bilaga 3: Målområden och ledningssystem
Bilaga 4: Policyer och andra av landstingsfullmäktige fastställda styrdokument

Bilaga 1: Politisk organisation

De förtroendevaldas roll är att ta ställning till och besluta om regionens övergripande mål, fördela resurser och följa resultaten i förhållande till de uppsatta målen. Vilka områden och särskilda sakuppgifter regionfullmäktige, regionstyrelsen och nämnderna har framgår av regionfullmäktiges arbetsordning och reglementen för styrelsen och nämnderna.



Regionfullmäktige fastställer regionens vision och strategiskt övergripande mål. Fullmäktige beslutar också om ekonomiska ramar för verksamheten och fastställer budget för Region Jämtland Härjedalen. Det är också fullmäktige som beslutar hur stor landstingsskatten ska vara och vilka avgifter och taxor regionen ska ta ut.

Regionstyrelsen och de olika nämnderna har tillsammans regionfullmäktiges uppdrag att verkställa fullmäktiges beslut. De fastställer verksamhetsplaner som utgår från de strategiska målen kopplat till deras verksamhetsområden.

Regionstyrelsen är regionens ledande politiska förvaltningsorgan med ansvar för hela regionens utveckling och ekonomiska ställning. Styrelsens uppgifter är bland annat att leda hälso- och sjukvården och tandvården (utom det som är vårdvalnämndens ansvar) samt att arbeta med frågor om folkhälsa, jämställdhet och mångfald, forskning och utveckling och utbildningsfrågor.

Regionstyrelsen har fyra utskott.; ekonomi-, fastighets- och upphandlingsutskottet, utskottet för folkhälsa och rehabilitering, utskottet för jämställd och jämlik vård, och personalpolitiska utskottet. Utskotten har bland annat som uppgift att arbeta

med fördjupning inom strategiska utvecklingsområden. Under regionstyrelsen finns också tre samrådsorgan; Handikappråd, Pensionärsråd och Ungdomsråd.

Vårdvalsnämnden utför beställning av hälso- och sjukvård och tandvård. Nämnden har också hand om frågor som rör lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik.

Regionala utvecklingsnämnden har hand om de regionala frågorna i samverkan med hela länet, det statliga tillväxtuppdraget och fungerar som regional kollektivtrafikmyndighet.

Regionala utvecklingsnämndens har tre utskott; arbetsutskottet, utskottet för hållbar omställning och utskottet för infrastruktur och kommunikationer. Utskotten har bland annat som uppgift att inom regionala utvecklingsnämndens verksamhetsområde arbeta med fördjupning inom fokusområden och strategiska utvecklingsområden.

Patientnämnden har till uppgift att främja kontakterna mellan patienterna och hälso- och sjukvårdspersonalen och tandvårdspersonalen, samt förmedla information till patienterna.

Uppgifterna för **Gemensam nämnd för upphandling avseende samordnad upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter m.m.** är att på affärsmässiga villkor svara för samordnad upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter samt erbjuda hjälpmedel för funktionshindrade.

Regionens engagemang i **bolag, stiftelser och förbund** framgår av bilaga 1.

Bilaga 2: En gemensam styrmodell

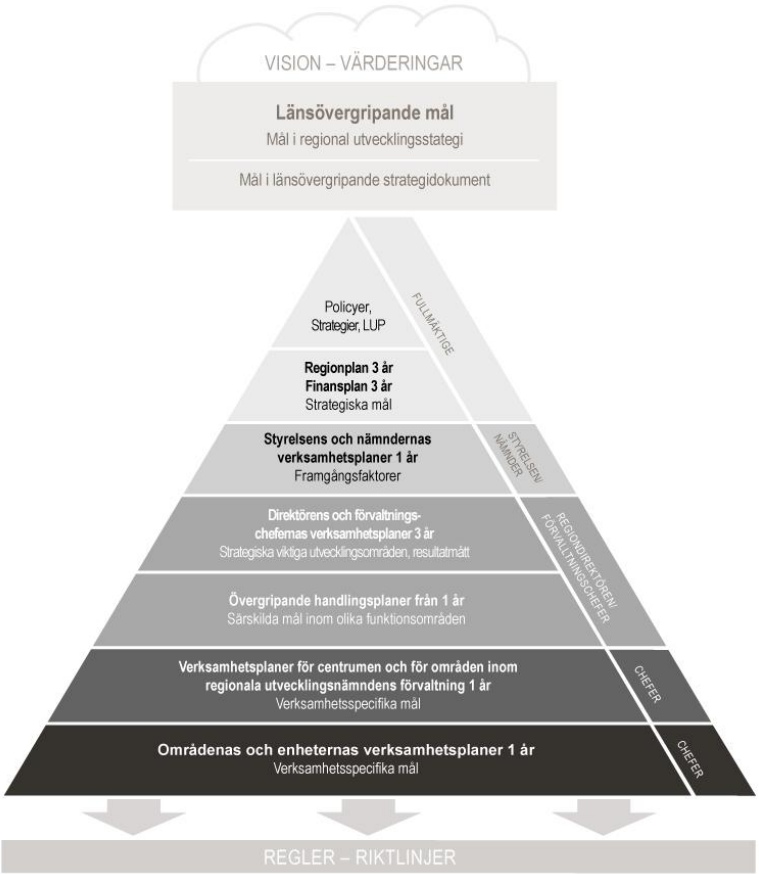
Politiker och tjänstemän inom Region Jämtland Härjedalen arbetar efter en gemensam styrmodell. Det innebär att det finns en röd tråd i styrningen från de visioner och strategiska mål som tas i regionfullmäktige till genomförande och uppföljning på verksamhetsnivå.

Styrdokument

De styrdokument som regionen arbetar med kan delas in i två kategorier. Dels finns styrdokument som tas fram för att styra verksamheterna inom Region Jämtland Härjedalen. I figuren nedan finns de dokumenten i triangeln (på kanten anges på vilken nivå respektive dokument beslutas). Exempel på sådana dokument är policyer, långsiktiga utvecklingsplaner och verksamhetsplaner på olika nivåer.

Dels finns också ett antal länsövergripande dokument som påverkar hela länets utveckling och som Region Jämtland Härjedalen har att förhålla sig till i sitt utvecklingsarbete. De dokumenten finns i rektangeln som balanserar på toppen i figuren. Exempel på sådana dokument är Regional utvecklingsstrategi, Mål för gemensam hälso- och sjukvårdspolitik 2014-2025, regionalt trafikförsörjningsprogram m.fl. På nästa sida beskrivs de olika dokumenten lite närmare.

Figur: Styrmodell för Region Jämtland Härjedalen



Länsövergripande styrdokument

De flesta länsövergripande dokumenten fastställs av regionfullmäktige. De har olika tidsperspektiv och riktar sig ofta till många aktörer, organisationer och myndigheter.

Den regionala utvecklingsstrategin är det viktigaste styrdokumentet på denna nivå. Strategin fastställs av regionfullmäktige och är basen för arbetet med konkreta mål och aktiviteter inom prioriterade områden för utveckling och hållbar tillväxt i hela länet. Strategin länkar samman de myndigheter, organisationer och andra aktörer som driver och verkar för utvecklingsfrågor. Därmed påverkar den också arbetet med de styrdokument som olika organisationer och myndigheter själva tar fram.

Andra länsövergripande dokument är det regionala tillväxtprogrammet, Mål för gemensam hälso- och sjukvårdspolitik 2014-2025, regionalt trafikförsörjningsprogram, klimatstrategi, kulturplan och ungdomsstrategi.

Styrdokument för Region Jämtland Härjedalen

Policyer och strategier
Fastställs av regionfullmäktige. Policyer anger regionens värderingar och förhållningssätt till något och revideras vid behov. Strategier beskriver tillvägagångssättet för hur fattade beslut ska genomföras och gäller vanligtvis i tre år.

Långsiktiga utvecklingsplaner (LUP)
Fastställs av regionfullmäktige och beskriver vad som ska genomföras under en tolvårsperiod. Planerna upprättas för områden där det finns behov av en längre planeringshorisont. De utgår från policyer, vision och övergripande strategidokument och planer. För närvarande finns beslut om att långsiktiga utvecklingsplaner ska finnas inom områdena God ekonomisk hushållning, Miljö, Sjukskrivningar. Planerna revideras vart fjärde år.

Regionplan
Fastställs av regionfullmäktige. Innehåller plan för verksamheten med strategiska mål för vad som ska genomföras under en treårsperiod. Utgår från policyer, strategier, långsiktiga utvecklingsplaner och andra övergripande styrdokument. Revideras varje år.

Finansplan
Fastställs av regionfullmäktige. Innehåller finansiella mål och planer för en treårsperiod och en budget för det närmaste året samt ekonomiska ramar för regionstyrelsen och nämnderna, investeringsplan, taxor och avgifter för närmaste budgetår. Utgår från policyer, övergripande mål i regionplanen, långsiktiga utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning och andra övergripande styrdokument. Hör ihop med regionplan. Revideras varje år.

Verksamhetsplaner med budget och uppföljningsplan för Regionstyrelsen och nämnderna
Fastställs av respektive nämnd men anmäls till regionfullmäktige. Innehåller framgångsfaktorer kopplat till strategiska mål i regionplanen. Framgångsfaktorerna markerar vad respektive nämnd eller styrelse bedömer vara viktiga utvecklingsområden att fokusera på i styrningen det närmaste året för att verkställa det uppdrag och övergripande mål som fullmäktige har beslutat om.

Verksamhetsplan för regiondirektören
Fastställs av regiondirektören men anmäls till regionstyrelsen och vårdvalsnämnden. Innehåller strategiskt viktiga utvecklingsområden i form av mål och resultatmått avseende regionstyrelsens och vårdvalsnämndens verksamhetsområden. Planen konkretiserar styrelsens och vårdvalsnämndens framgångsfaktorer med avsikt att driva på och följa utvecklingen. Planen gäller i tre år men revideras varje år.

Verksamhetsplan för förvaltningschefer för nämndernas förvaltningar
Fastställs av respektive förvaltningschef men anmäls till berörd nämnd och gäller för tre år. Innehåller strategiskt viktiga utvecklingsområden i form av mål och resultatmått för respektive förvaltning. Planen konkretiserar respektive nämnds framgångsfaktorer med avsikt att driva på och följa utvecklingen. Revideras varje år.

Övergripande handlingsplaner
Vilka handlingsplaner som ska finnas framgår av direktörens och förvaltningschefernas verksamhetsplaner. Handlingsplanerna upprättas

inom områden som är i särskilt fokus (exempelvis miljö, tillgänglighet och jämställdhet). De beskriver vad som ska göras kopplat till mål i regionplan och styrelsens/nämndernas verksamhetsplaner samt till lagstiftning, nationella riktlinjer och andra överenskommelser. Planerna har olika löptider, från ett till flera år.

Verksamhetsplaner för centrumen inom regionstyrelsens förvaltning och för områdena inom regionala utvecklingsnämndens förvaltning
Fastställs av regiondirektör respektive förvaltningschef. Planerna ska innehålla verksamhetsspecifika mål för ett år med utgångspunkt från regiondirektörens verksamhetsplan (centrumens) eller förvaltningschefens verksamhetsplan (områdena).

Verksamhetsplaner för områdena och enheterna inom regionstyrelsens förvaltning
Fastställs av närmast högre linjechef. Planerna ska innehålla verksamhetsspecifika mål för ett år med utgångspunkt från regiondirektörens och centrumens verksamhetsplaner samt från övergripande handlingsplaner.

I bilaga 4 finns en förteckning över policyer och andra styrande dokument.

Planering och uppföljning
Förutom policyer och planer utgör följande planeringsdokument underlag i regionens styrning:

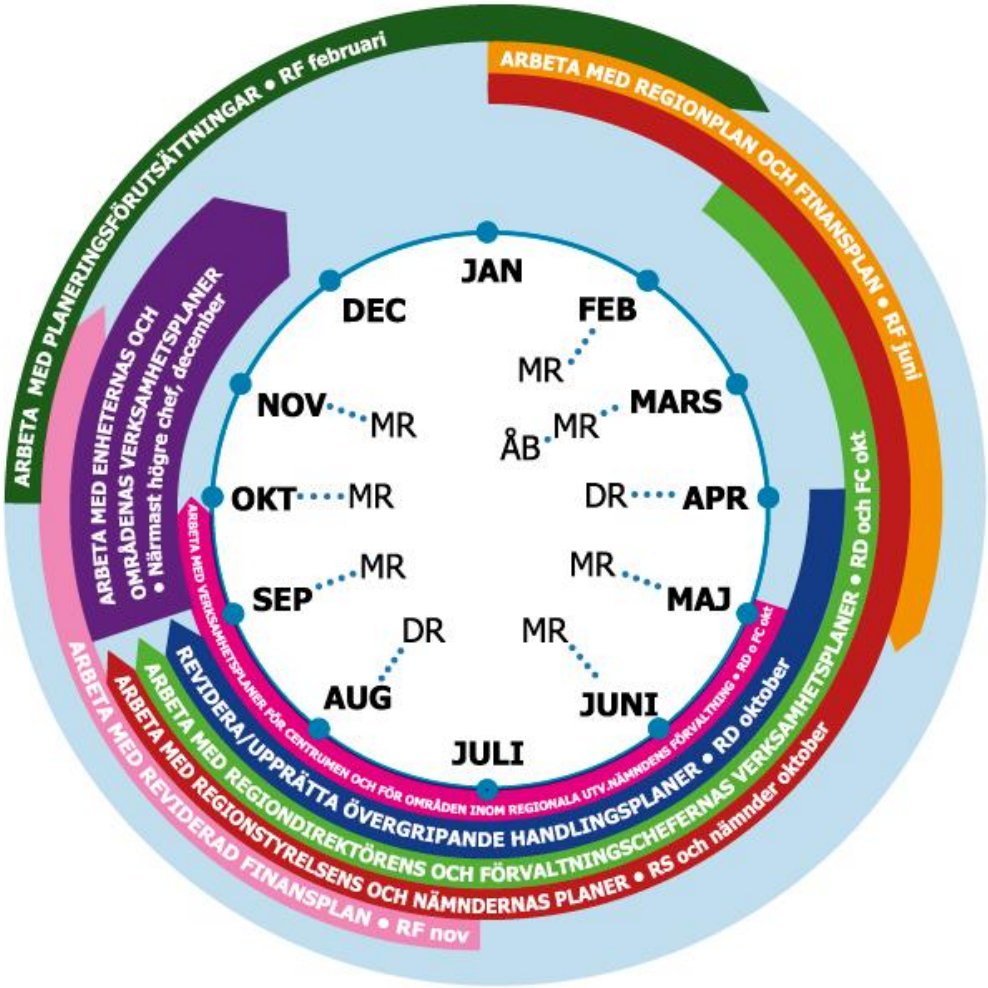
- Planeringsförutsättningar
- Övergripande politiska inspel och prioriteringar
- Inspel från centrumen och regionala utvecklingsförvaltningen
- Ekonomiska ramar¨
- Månadsrapporter om resultat och ekonomi
- Årsrapporter
- Uppföljningsplan med sammanträdesplanering för respektive styrelse och nämnd
- Behovsanalyser som tas fram på begäran med specificerat ändamål/inriktning
- Enkäter

Den uppföljning som görs av regionstyrelsens och vårdvalsnämndens nämndernas verksamheter utgår från mål och mätetal i regiondirektörens och förvaltningschefernas verksamhetsplaner. Förutom den uppföljning som görs genom månadsrapporter, delårsbokslut, årsbokslut och särskilda redovisningar görs också uppföljning av aktiviteter enligt regionstyrelsens och nämndernas uppföljningsplaner.

Planeringsprocesserna för de olika styrdokumenten ser olika ut beroende på vad det är för dokument. Gemensamt för de länsövergripande styrdokumenten är att andra aktörer, exempelvis kommuner och näringsliv deltar i processen.

Figuren på nästa sida redogör för processen med att planera, besluta och följa upp de styrdokument som utarbetas för att leda och styra verksamheterna inom Region Jämtland Härjedalen.

Figur: Region Jämtland Härjedalens planeringsprocess



Förkortningar
DR= Delårsrapport
FC = Förvaltningschef
MR = Månadsrapport
RD = Regiondirektör
RF = Regionfullmäktige
RS = Regionstyrelsen
ÅB= Årsbokslut

Bilaga 3: Målområden och ledningssystem

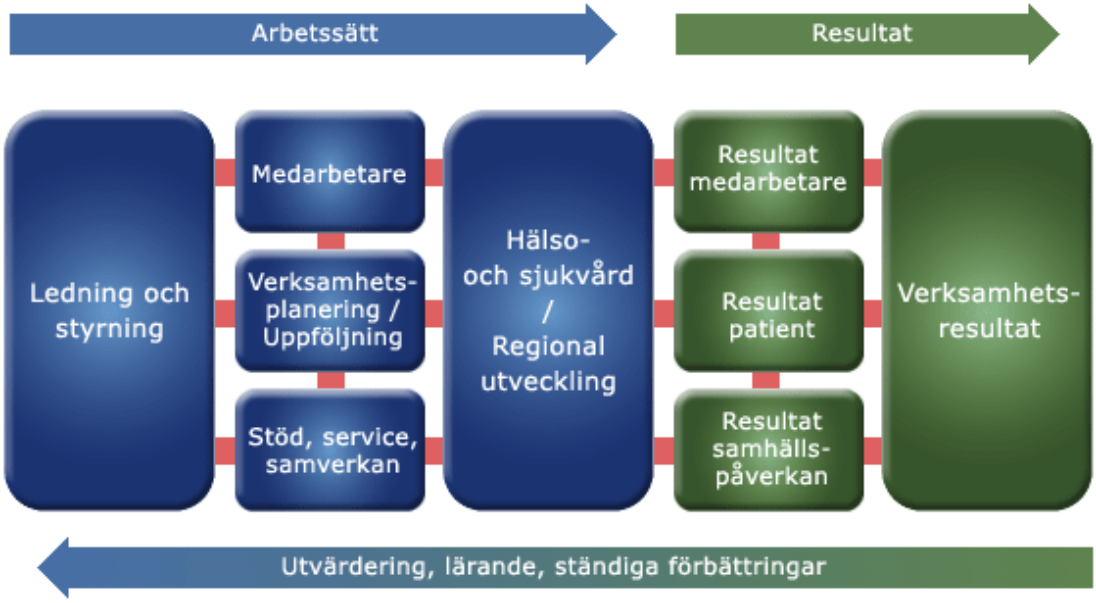
Allt planerings- och uppföljningsarbete inom Region Jämtland Härjedalen, och därmed också målen, utgår från fyra områden: samhälle, patient, medarbetare och verksamhetsresultat. Mål- och resultatområdena bygger på de politiska beslut som fastställs i regionplanen.

I ledningssystemet framgår regionens övergripande ”ramverk” med lagar och styrdokument som alla verksamheter har att förhålla sig till. Till exempel policyer och planer men även rutiner, vårdprogram med mera. I ledningssystemet finns också olika redovisande dokument, till exempel årsredovisningar, ekonomirapporter, verksamhetsberättelser och protokoll.

Ledningssystemet är uppdelat i lednings-, kärn- och stödprocesser som beskriver hur organisationen ska arbeta och vilka resultat det ger utifrån uppsatta målområden.

Figuren nedan visar hur ledningssystemet är uppbyggt. De övre pilarna visar arbetssätt (regionens sätt att arbeta) samt vilket resultat det ger utifrån uppsatta mål. Den undre pilen anger utvärdering, lärande, ständiga förbättringar och beskriver hur regionen ska arbeta för att utveckla och ständigt förbättra verksamheten.

Regionens modell för lednings- och verksamhetsutveckling



Bilaga 4: Policyer och andra styrdokument

Policyer

Policyer som fastställts inom Jämtlands läns landsting gäller även för den nya regionen.

Dokument	Dnr	Fastställd	Organ (ansvarade för upprättande)
Konstpolicy Jämtlands läns landsting	LS/1654/2010	2013-02-13	Beredningen demokrati och folkhälsa
FoU-policy	LS/1882/2012	2013-11-27	Beredningen demokrati och folkhälsa
Hjälpmedelspolicy	LS/463-2007	2007-06-27	Gemensam nämnd avs. samordnad upphandling, lagerhållning och distribution
Jämställdhetspolicy för förtroendevalda	LS/31/2012	2013-11-27	Beredningen demokrati och folkhälsa
Kommunikations- och informationspolicy	LS/1518/2010	2011-02-16	Landstingsfullmäktige
Kulturpolicy för Jämtlands Län (gemensam med kommuner)	LS/1011/2007	2010-06-22	Landstingsfullmäktige och länets kommuner
Kvalitetspolicy	RS/103/2015	2015-04-14--15	Regionfullmäktige
Miljöpolicy	LS/1059/2011	2012-06-20	Beredningen demokrati och folkhälsa
Parkeringspolicy	LS/740/2007	2007-10-17	Landstingsstyrelsen
Personalpolitisk policy	LS/685/2010	2010-06-23	Landstingsstyrelsen
Policy för fastighets- och lokalförsörjning	LS/1060/2011	2012-06-20	Landstingsfullmäktige
Policy för Informationssäkerhet	LS/1508/2012	2013-06-18	Landstingsfullmäktige
Policy för jämställdhet och jämlikhet som utvecklingskraft	LS/1101/2013	2013-11-27	Beredningen demokrati och folkhälsa
Policy för ungdomsdemokrati i Jämtlands län (gemensam med kommuner)	LS/712/2004	2006	Ungdomsråd/ Beredningen demokrati och folkhälsa
Policy för uthyrning av landstingets lokaler	LS/12/2011	2011-02-16	Landstingsstyrelsen
Policy för ägarstyrning	LS/339/2005	2006-04-25	Landstingsstyrelsen
Skyltpolicy för invändig skyltning	LS/474/2007	2007-06-27	Landstingsstyrelsen
Upphandlingspolicy	LS/1509/2012	2014-02-11	Landstingsstyrelsen
Sponsringspolicy - om stöd och bidrag till externa arrangemang och projekt	LS/1269/2012	2007-06-27	Landstingsfullmäktige *Ny ska fastställas under 2015*

Länsövergripande styrdokument

Dokumenten nedan har upprättats inom Regionförbundet Jämtlands län och fastställts av förbundets styrelse (undantaget integrationsstrategin och regleringsbrev). För många av dokumenten har andra aktörer, exempelvis länets kommuner, länsstyrelse och företrädare inom utbildningsområdet, näringslivet och så vidare varit delaktiga i processen. Eventuella reviderade versioner ska i och med regionbildningen fastställas av Regionfullmäktige.

Dokument	Varaktighet	Dnr	Beslutad av
Bredbandsstrategi för Jämtlands län – mot 2020	2014-2020	RS/2013-64	Regionförbundets styrelse
Innovativt Jämtland Härje-dalen 2025 (Innovationsstrategi)	2014-2025	RS/2011-121	Regionförbundets styrelse
Jämtland Härjedalen 2030 Innovativt och attraktivt (Regional utvecklingsstrategi)	2014-2030	RS/2011-121	Regionförbundets styrelse
Jämtlands län en region för kvinnor och män - Handlingsplan jämställd regional tillväxt	2013-2014	RS/2012-09	Regionförbundets styrelse
Jämtlands läns ungdoms-strategi 2014-2020	2014-2020	RS/2011-2016	Regionförbundets styrelse
Klimatstrategi för Jämtlands län 2014-2020	2014-2020	423-1574-2014	Länsstyrelsen
Kulturplan för Region Jämtland Härjedalen 2015-2017	2015-2017	RS/2013-133	Regionförbundets styrelse
Länsgemensam folkhälso-policy för Jämtlands län 2011-2015	2011-2015	RS/2011-49	Regionförbundets styrelse
Program för Europeiska regionala utvecklingsfonden 2014-2020	2014-2020	RS/2013-851	Regeringen (Regleringsbrev)
Program för Europeiska socialfonden 2014-2020	2014-2020		Regeringen (Regleringsbrev)
Regional handlingsplan för europeiska socialfonden 2014-2020	2014-2020	RS/2014-405	Regionförbundets styrelse
Regional länstransportplan för Jämtlands län 2014-2025	2014-2025	RS/2013-19	Regionförbundets styrelse
Regional strategi för ökad inflyttning och förbättrad integration 2015-2020 (integrationsstrateg)	2015-2020	RS/99/2015	Regionfullmäktige 2015-02-11
Regionalt tillväxtprogram för Jämtlands län (RTP)	2015-2020	RS/2014-70	Regionförbundets styrelse
Regionalt trafikförsörjnings-program 2013-2015	2013-2015	RS/2012-516	Regionförbundets styrelse

Långsiktiga utvecklingsplaner (beslutade av fullmäktige)

LUP	Dnr	Fastställd
Långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning 2015-2025	LS/1810/2013	2014-10-15 *Reviderad ska fastställas i juni 2015*
Långsiktig utvecklingsplan för miljö	LS/1792/2012	2013-11-27
Långsiktig utvecklingsplan för att minska sjukskrivningar		*Arbete pågår - ska fastställas under 2015*

Andra styrande dokument

Dokument	Dnr	Fastställd	Beslutsorgan
Finansplan 2016-2018	RS/822/2015	*2015-06-14--15*	Regionfullmäktige
Grafisk profil för Region Jämtland Härjedalen	RS/426/2015	2015-04-14--15	Regionfullmäktige
Internkontrollreglemente	LS/349/2013	2013-10-22—23	Landstingsfullmäktige
Modervarumärkesstrategi	RS/100/2015	2015-04-14--15	Regionfullmäktige
Mål för gemensam hälso - och sjukvårdspolitik i Jämtlands län 2014-2025	LS/727/2012	2014-03--2014-06	Landstings fullmäktige och länets samtliga kommuner
Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg	LS/1058/2011	2012-02-15	Landstingsfullmäktige
Patientnämndens verksamhetsplan	RS/700/2015		Patientnämnden
Placeringsreglemente för förvaltning av pensionsmedel	LS/1386/2013	2012-11-27	Landstingsfullmäktige
Planeringsförutsättningar för Region Jämtland Härjedalen 2016-2018	RS/79/2015	2015-02-10--11	Regionfullmäktige
Regionplan 2016-2018	RS/494/2015	*2015-06-14--15*	Regionfullmäktige
Reglemente för kortsiktig likviditetsförvaltning, finansiering och skuldförvaltning	LS/1358/2013	2012-11-27	Landstingsfullmäktige
Regional kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan 2014	LS/1636/2013	2013-12-11	Landstingsstyrelsen
Regionstyrelsens verksamhetsplan och uppföljningsplan 2015	RS/74/2015	2015-02-34--35	Regionstyrelsen *2016 års plan fastställs under*

Dokument	Dnr	Fastställd	Beslutsorgan
			hösten 2015
Regler och villkor för bidrag till externa organisationer samt för länskulturens övriga stödformer	LS/926/2014	2014-11-25	Landstingsfullmäktige
Reglemente för stipendiet Företagsam skola Jämtlands län	LS/1138/2014	2014-11-25	Landstingsfullmäktige
Reglemente för kulturpris och stipendier	LS/927/2014	2014-11-25	Landstingsfullmäktige
Strategi för eSamhället	LS/1058/2011	2012-02-15	Landstingsfullmäktige
Verksamhetsplan och budget för regional utvecklingsnämnd verksamhet år 2015	RUN/7/2015	2015-01-13	Regionala utvecklingsnämnden *2016 års plan fastställs under hösten 2015*
Vårdvalsnämndens verksamhetsplan och uppföljningsplan 2015	VVN/1/2015	2015-01-15	Vårdvalsnämnden *2016 års plan fastställs under hösten 2015*

Region Jämtland Härjedalen
Postadress: Box 654, 831 27 Östersund
Telefon: 063-14 75 00
E-post: region@regionjh.se
Hemsida: www.regionjh.se

Ny förstasida kommer från kommunikationsstaben senast 22/5

FINANSPLAN 2016-2018
Budget och ekonomiska ramar 2016

Finansplanen innehåller finansiella mål och planer för åren 2016-2018 samt budget, ekonomiska ramar, investeringsplan och taxor och avgifter för 2016.

Finansplanen hör ihop med regionplanen. De två planerna innehåller de övergripande mål som regionstyrelsen och de olika nämnderna har att utgå från i sitt arbete. Finansplanen utgår från policyer, mål i regionplanen, långsiktiga utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning och andra övergripande styrdokument.

VERSION 1 2015-05-12
DNR:RS/822/2015
BESLUTAD AV: REGIONFULLMÄKTIGE 2015-06-XX §
ÄGARE: REGIONFULLMÄKTIGE

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Innehåll

Mot en ekonomi i balans genom politisk kraftsamling och samarbete över partigränserna 3

Planeringsförutsättningar 2016-2018 4

Planeringsförutsättningar 2016-2018 5

Regionens ekonomiska utveckling 5

Den samhällsekonomiska utvecklingen 6

Befolkningsutveckling 7

Region Jämtland Härjedalens finansiering 8

Skatteintäkter 9

Utjämningssystemet 9

Generella statsbidrag 9

Finansiella intäkter och kostnader 9

Budgetramar per nämnd samt finansiering 2016-2018 10

Ekonomimodell 11

Budgetramar 11

Förändring budgetramar 14

Avkastningskrav 14

Resultatförbättrande åtgärder 14

Investeringstak 15

Finansiella mål samt resultat-, balans- och finansieringsbudget 16

Finansiella mål 17

Långsiktigt hållbar ekonomi 17

Kostnadskontroll 17

Avtalstrohet 17

Investeringstak 17

Resultat-, balans- och finansieringsbudget 18

Resultatbudget 18

Balansbudget 19

Finansieringsbudget 20

Bilagor 21

Bilaga 1 Fastighetsinvesteringsplan 2016-2018 22

Bilaga 2 Avgifter och taxor 24

Bilaga 3: Regionens engagemang i bolag, stiftelser och förbund 28

Bilaga 4: Ordlista och förkortningar 29

Mot en ekonomi i balans genom politisk kraftsamling och samarbete över partigränserna

Vård efter behov som är likvärdig övriga landet. Så ska sjukvården i Region Jämtland Härjedalen vara. Den medicinska utvecklingen går snabbt och vi kan göra allt mer för allt fler allt högre upp i åldrarna.

Den allt bättre vården ska finansieras och det har vi inte klarat i Jämtlands läns landsting. De senast fyra åren har sjukvården haft stora underskott och den ekonomiska situationen är väldigt allvarlig. Region Jämtland Härjedalen är ytterst nära ett läge där löner måste betalas med lånade pengar. Det är inte ett alternativ. Varje generation måste betala den vård och välfärd den förbrukar.

Underskottet i vården påverkar också övriga områden i Region Jämtland Härjedalens verksamhet. Finansplanen är ytterst återhållsam och innehåller inga åtgärder eller förbättringar som kräver ökad finansiering.

Steg för steg ska Region Jämtland Härjedalen närma sig god ekonomisk hushållning. Det allvarsamma läget kräver en politisk kraftsamling och samarbete över partigränserna. Partierna i regionfullmäktige tar ansvar för nutid och framtid och ett samarbete har påbörjats.

Ann-Marie Johansson
Regionstyrelsens ordförande

Planeringsförutsättningar 2016-2018

I detta kapitel redovisas förutsättningar som är viktiga för Region Jämtland Härjedalens ekonomiska planering inför åren 2016 - 2018

Planeringsförutsättningar 2016-2018

- Regionens ekonomiska läge är allvarligt. Resultat 2014 – 162 miljoner kronor, prognos 2015 – 265 miljoner kronor, prognos för ackumulerat underskott 2015 att återställa enligt balanskravet 602 miljoner kronor.
- Övergripande finansiell inriktning är att uppnå en stabil ekonomi som kännetecknas av långsiktighet och hållbarhet.
- Region Jämtland Härjedalens samlade intäkter sätter gränser för hur stora kostnaderna kan tillåtas vara.
- Anpassning till givna ramar är överordnat vid en eventuell målkonflikt med verksamhetens omfattning.
- I finansplanen fastställer regionfullmäktige finansiella ramar för respektive nämnd, skattesats samt resultat-, balans- och finansieringsbudget.
- Regionens ekonomiska utveckling

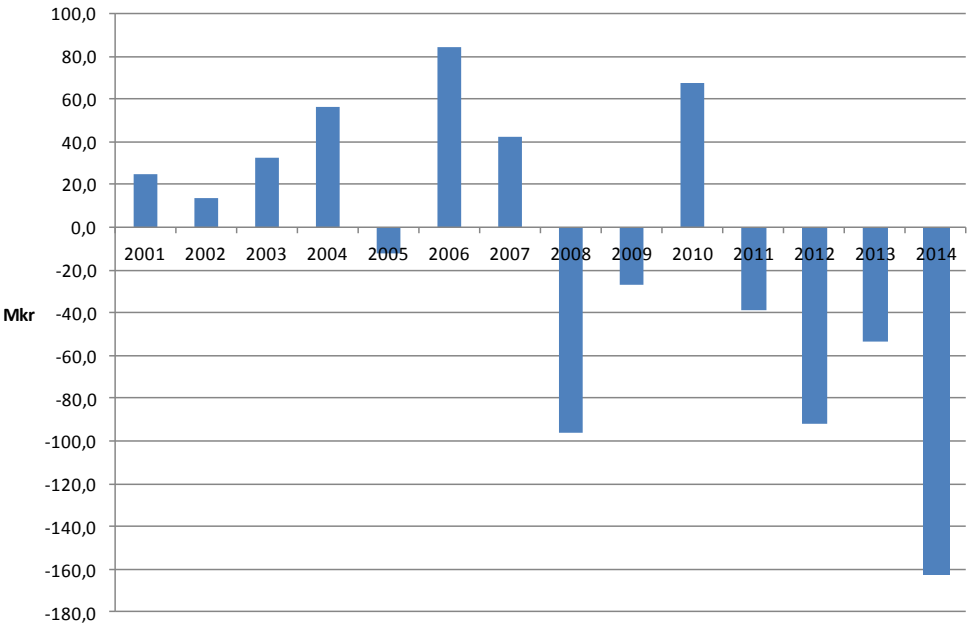
Regionens ekonomiska utveckling

Med undantag för 2010, då det tillfälliga konjunkturbidraget räddade ekonomin, har Region Jämtland Härjedalen (fram till 2015 Jämtlands läns landsting) de senaste sju åren haft ekonomiska underskott som blivit allt större. Förklaringen kan sammanfattas med en mycket svag utveckling av skatteintäkter och utjämningsbidrag, samt en nettokostnads-utveckling som ökat jämfört med tidigare låga nivåer. Regionen har under flera år det senaste decenniet fått ett lägre totalt utjämningsbidrag än år 2005. Fortfarande 2015, mer än tio år efter den omfattande förändringen av utjämningssystemet, får Region Jämtland Härjedalen mer än 100 miljoner kronor mindre från kostnadsutjämningen (inklusive strukturbidrag) än 2005.

Nettokostnadsökningen beror på en ökad efterfrågan på vård som följd av en större andel äldre medborgare. Dessutom har ett antal kostnadsslag ökat mer än den allmänna prisutvecklingen. Ett exempel är kostnaden för drivmedel vilket har bidragit till mycket högre kostnader för alla transporter – både kollektivtrafik och sjukresor och ambulanstransporter. Kostnaderna för den högspecialiserade riks- och regionvården tar också en allt större del av resurserna i anspråk. Riks- och regionvården har de senaste åren ökat med över sex procent per år. På grund av stora svårigheter att rekrytera läkare har regionens kostnader för stafettläkare ökat kraftigt. Under slutet av 2014 kom även bristen på sjuksköterskor att innebära köp från bemanningsföretag. Den trenden har även förstärkts under inledningen av 2015.

Ovanstående kostnadsökningar ger en extra stor effekt på Region Jämtland Härjedalens ekonomi på grund av regionens unika struktur. Utöver det har även bemanning med egen personal ökat, vilket inneburit en hög kostnadsutveckling. Utförd tid ökade ca 2,5 % jämfört med 2013.

Jämtlands läns landstings resultat, inklusive tillfälligt konjunkturbidrag 2010, exkl RIPS-effekter 2001-2014



De kostnader som regionen lättare har kunnat kontrollera, har hållits nere under lång tid. Fastighetsinvesteringarna är exempelvis på en mycket låg nivå jämfört med övriga regioner och landsting. Nu är behoven stora att bygga om sjukhuset för att anpassa det efter nutida krav på logistik och patientsäkerhet – investeringar som skulle underlätta en effektivisering av vården.

Mot bakgrund av nya prishöjningar för vissa varor och tjänster inför 2015, **saknar Region Jämtland Härjedalen nu enligt prognos i april 2015 ca 265 miljoner kronor för att nå en ekonomi i balans**. Om en god ekonomisk hushållning ska uppnås, behövs ytterligare 60-70 miljoner kronor, det vill säga **mer än 300 miljoner kronor**.

Vid en jämförelse med övriga landsting har Region Jämtland Härjedalen haft den sämsta utvecklingen av det egna kapitalet sedan 2003, trots att regionens nettokostnadsökning under samma period legat under ökningstakten i övriga landsting.

Den samhällsekonomiska utvecklingen

Den svenska konjunkturen går överraskande bra. Till och med exportnäringen som länge legat relativt stilla ökade under fjärde kvartalet 2014. Framför allt ökade tjänsteexporten. Ekonomin väntas nu växa där hushållen tillsammans med bygginvesteringar är viktigt motorer. Detta bidrar till att arbetsmarknaden förbättras ytterligare och sysselsättningen väntas öka med ca 1,5 % 2015. Inflationen förblir låg och kommer ligga långt under Riksbankens mål (2%). Inflationsmålet är och ses som en central hörnsten i svensk ekonomisk politik. Den skapar stabila spelregler och bidrar till en god och långsiktigt stabil tillväxt.

Globalt är bedömningen att det huvudsakligen är de så kallade mogna ekonomierna som driver tillväxten. Det låga oljepriset är givetvis en viktig stimulans för alla dessa länder. Att oljepriset närmast har halverats stärker de amerikanska hushållens köpkraft. USA: s BNP bedöms växa med lite drygt 3 % under 2016.

Även tillväxttakten inom eurozonen har förbättrats. Givetvis gynnas även euroländerna av det låga oljepriset. Orosmolnen är dock fortsatt många med skuldsättningen som är mycket hög inom flera områden och handelsrestriktioner och recession i Ryssland påverkar export och investeringsviljan negativt. Viktigt är givetvis att ekonomin ljusnar för tysk ekonomi och att den spanska återhämtningen fortgår. BNP-utvecklingen bedöms med tanke på detta bli blygsam och uppgå till ca 1,5 % för 2016.

SKL bedömer att skatteunderlaget totalt 2016 kommer realt att öka med 2,1 %, vilket är betydligt mer än normalt. Skatteunderlagstillväxten beror främst på att den automatiska balanseringen av allmänna pensioner ger en extra höjning av pensionsinkomsterna. Även höjningen av taket för arbetslöshetsersättningen som regeringen föreslog i vårändringsbudgeten slår igenom med en helårseffekt och påverkar ökningen av skatteunderlaget kommande år.

Befolkningsutveckling

Prognosen för den framtida befolkningsutvecklingen är en svag ökning. Den demografiska sammansättningen har inneburit att andelen äldre ökat, och med det ett ökat behov av hälso- och sjukvård.

Inkomstutjämningsbidraget som fördelas mellan landsting/regioner baseras på antalet invånare 1 november föregående år. En förutsättning för en positiv utveckling av bidraget är att länets befolkning måste procentuellt öka mer än rikets för att inte de invånarrelaterade bidragen ska urholkas. För Region Jämtland Härjedalen bedöms befolkningsökningen bli lägre än genomsnittet för riket vilket innebär en urholkning av bidraget.

Inom landstingssektorn konstaterar SKL sambandet mellan befolkningsutveckling och ekonomiskt resultat. Alla landsting som redovisar överskott vart och ett av de senaste tio åren har haft en positiv befolkningsutveckling.

Region Jämtland Härjedalens finansiering

Här redovisas förutsättningar för hur regionens verksamhet finansieras avseende skatteintäkter, utjämningssystem samt finansiella intäkter och kostnader.

Skatteintäkter

Skatteintäkterna motsvarar ca 64 % av Region Jämtland Härjedalens totala intäkter. Skatterna är beroende av samhällsekonomins utveckling samt den skattesats som fastställs av regionens förtroendevalda. För att uppfylla regionfullmäktiges mål om god ekonomisk hushållning och genomföra planerade investeringsvolymer krävs en resultatnivå på ca 60-70 miljoner kronor. Preliminär skatt för 2016 budgeteras enligt prognos för det slutliga skatteunderlaget 2014, uppräknat till 2016 års nivå. Budget för preliminärskatt och avräkning utgår från SKL:s prognos i april. Skattesatsen för 2016 föreslås vara 11:20 vilket är oförändrat jämfört med 2015. I beräkningarna har antagits att länets befolkning är oförändrad i antal jämfört med 1/11 2014.

Finansiering (miljoner kronor)	Utfall 2014*	Prognos 2015	Budget 2016	Plan 2017	Plan 2018
Skatteintäkter	2 427	2 619	2 739	2 831	2 924
varav					
Preliminärskatt	2 431	2 612	2 739	2 831	2 924
Avräkning skatteintäkter	-4	7	0	0	0
Utjämningssystemet	646	659	657	660	665
varav					
Inkomstutjämningsbidrag	529	564	579	594	612
Kostnadsutjämningsbidrag	48	49	49	50	52
Strukturbidrag	101	101	101	101	101
Regleringsavgift	-32	-55	-72	-85	-100
Läkemedelsbidrag	287	305	292	292	292

*Avser endast Jämtlands läns landsting 2014

Utjämningssystemet

Beloppen i utjämningssystemet baseras på preliminära uppgifter enligt SKL:s prognos i april 2015. Det slutliga utfallet av utjämningen 2016 fastställs i december 2015. Totalt för 2016 erhålls preliminärt 657 mkr för utjämningen. Utjämningen för 2016 påverkas av Region Jämtland Härjedalens förändringar i skatteunderlag samt kostnadsstruktur.

Generella statsbidrag

I mars 2015 godkände Sveriges Kommuner och Landstings styrelse en överenskommelse om statens bidrag till landstingen för läkemedelsförmånerna m m. Överenskommelsen gäller för år 2015. I bidraget ingår bl a ersättning för 70 % av den beräknade kostnaden för hepatitläkemedel 2015 (för regionen ca 11 mkr). Överenskommelsen innehåller en vinst- och förlustdelningsmodell där återbetalning eller ytterligare statlig finansiering kan komma ifråga om kostnaderna avviker mer än 3 % av överenskommet belopp. Detta gäller landstingens kostnad som helhet. För 2016 och framåt finns ingen överenskommelse och därför budgeteras läkemedelsbidraget till Region Jämtland Härjedalen på samma nivå som överenskommits 2015.

Finansiella intäkter och kostnader

Budgeten för finansiella kostnader åren 2016-2018 avser till största delen pensionsförvaltarens prognostiserade finansiella kostnad för intjänandedelen på pensionsskulden för respektive år. Den finansiella kostnaden för pensioner består av ränte- och basbeloppsuppräkningar. För 2016 beräknas den finansiella kostnaden för pensioner till 15,7 miljoner kronor.

Övrig finansnetto avser framförallt ränteintäkter på likvida medel samt avkastning på placeringar.

Realisationsvinster och förluster budgeteras inte.

Budgetramar per nämnd samt finansiering 2016-2018

I avsnittet redovisas hur regionens ekonomiska ramar fördelats mellan nämnder samt det investeringstak som gäller för regionen som helhet.

Ekonomimodell

De ekonomiska ramarna utgår från en skattesats som är 11,20 kronor. 2016-2018 års ekonomiska ramar har, förutom när det gäller läkemedels-kostnader i primärvården, räknats upp med 2,4 % vilket motsvarar Landstingsprisindex (LPIK inkl läkemedel) i SKL:s aprilprognos. Läkemedelskostnaderna i primärvården har inte räknats upp.

Vid regionfullmäktige i juni fastställs finansplan med budgetramar per nämnd enligt nedan.

Under hösten pågår arbetet med att fördela budgetramar inom respektive nämnd. Inom nämnderna är ramuppräkningen differentierad avseende t ex lönekostnader, riks- och regionvård, läkemedel och övriga kostnader. I november beslutar respektive nämnd om fördelning av budgetram inom nämnden.

Vid fullmäktiges möte i november tas beslut om eventuella justeringar i finansplanen.

Budgetramar

Speciella satsningar / Ofinansierade behov / Inprioriteringar etc

I nedanstående tabell beskrivs satsningar och behov där beslut tagits om eventuellt införande, avslag, hantering och eventuell finansiering.

Nämnd (tkr)	Objekt	2016	2017	2018	Genomförs ja/nej	Finansiering
Region styrelse	Prio-grupp 1. Patienter i behov av postoperativ vård och övervakning, Natt öppen uppvakningsavdelning	2600	2600	2600	Nej	-
Region styrelse	Prio-grupp 1. Akuta tillstånd i behov av ambulanstransporter. Utöka ambulansresurser.	2400	2400	2400	Nej	-
Region styrelse	Prio-grupp 1. Osteoporos patienter. Läkemedel/injektionsbehandling hos patienter över 75 år som har haft en kot- eller höftfraktur	1400	1400	1400	Nej	-
Region styrelse	Kranskärlssjukdom. Fysisk träning inom hjärtrehabilitering.	450	450	450	Nej	-
Region styrelse	Prio-grupp 1. Funktionsnedsättning i form av trötthet, nedsatt koncentrationsförmåga, oro, psykisk diagnos eller demens. Införande av tyngdtäcke i Hjälpmedelscentralens sortiment	900	900	900	Ja	Finansieras via omfördelning inom befintlig budgetram. Inget ramtillskott.
Regional utvecklings	Infrastruktur Norrtåg. Bolagsadministration,	900	900	900		Beslut tas i regionala

Nämnd (tkr)	Objekt	2016	2017	2018	Genomförs ja/nej	Finansiering
nämnd	internet ombord, hjulsvarv i Umeå.					utvecklingsnämnden. Inget ramtillskott.
Regional utvecklingsnämnd	Infrastruktur Länstrafiken. Trafikavtal Ragunda, Underskott Bussgods, Förstärkningskostnad, rabatt för ungdom och seniorer, förberedelse för kontantfritt.	2600	2600	2600		Beslut tas i regionala utvecklingsnämnden. Inget ramtillskott.
Regional utvecklingsnämnd	Infrastruktur Länstrafiken Varumärke. Strategi, info, fordonslackering med kringkostnader, hållplatsstoppar m m	5575			Nej	-
Regional utvecklingsnämnd	Kompetens och utbildning Integrationssamordnare. Regionen har ett samordnings- och utvecklingsansvar för främst kommunernas insatser inom ramen för samverkansavtalet mellan kommunerna och regionen	700	700	700		Beslut tas i regionala utvecklingsnämnden. Inget ramtillskott.
Regional utvecklingsnämnd	Kompetens och utbildning Kompetensplattformen. Regeringsuppdrag till regionerna utan särskild finansiering.	120	700	700		Beslut tas i regionala utvecklingsnämnden. Inget ramtillskott.
Regional utveckling nämnd	Attraktion och livsmiljö Demografi. Basverksamhet med två heltidstjänster inkl vissa kringkostnader. Ex samordning inflyttningsfrågor, statistikunderlag gällande befolkning, Medflyttarservice m m	1500	1500	1500		Beslut tas i regionala utvecklingsnämnden. Inget ramtillskott.
Regional utvecklingsnämnd	Attraktion och livsmiljö Samordnare mobilisering. Mobilisering mot droger. Nuvarande finansiering täcker endast 60 % av behovet.	450	450	450		

Nämnd (tkr)	Objekt	2016	2017	2018	Genomförs ja/nej	Finansiering
Regional utvecklings nämnd	Nationalmuseum Norr Investeringsbidrag	500	1000	1700	Ja	Beslut Regionplan 2015-2017. Omfördelning budgetram mellan år.
Regional utvecklings nämnd	Driftbidrag. Förskjutning ett år jämfört med beslut i Regionplan 2015-2017.			500	Ja	Beslut Regionplan 2015-2017. Omfördelning budgetram mellan år.
Finans förvaltning en	Hälsoval ersättning till privata entreprenörer	2000	1500	2800	Ja	Finansförvalt ningen. Ramtillskott.

Budgetramar per nämnd samt finansiering

Budgetram enligt RF juni Miljoner kronor	Budget 2015	Budget 2016	Plan 2017	Plan 2018
Regionstyrelsen	2 423,9	2 529,5	2 590,2	2 668,0
Regionala utvecklingsnämnden	300,7	306,8	314,6	325,2
Vårdvalsnämnden	648,6	646,4	658,2	673,2
Revision	5,1	5,2	5,4	5,5
Patientnämnden	3,0	2,8	2,8	2,9
Förtroendevalda politiker	25,3	24,8	25,0	25,4
Finansförvaltningen	264,4	170,8	167,4	144,5
SUMMA BUDGETRAM ENLIGT RF juni 2015	3 671	3 686	3 764	3 845
FINANSIERING ENLIGT RF JUNI 2015				
Skatteintäkter	2 615	2 738	2 830	2 923
Inkomstutjämning	562	582	598	616
Kostnadsutjämning	55	46	47	49
Regleringsavgift/bidrag	-44	-72	-85	-100
Strukturbidrag	101	101	101	101
Läkemedelsbidrag	288	292	292	292
Finansiella intäkter	18	15	15	15
Finansiella kostnader	-20	-16	-34	-51
SUMMA FINANSIERING ENLIGT RF juni 2015	3 575	3 686	3 764	3 845
RESULTAT	-96	0	0	0

Förändring budgetramar

Regionstyrelsen: Under 2015 ska 12,9 miljoner omfördelas från Vårdvalsnämnden. 6 mkr har tillförts avseende kommande utvecklingskostnader för det vårdadministrativa systemet COSMIC samt 2,7 mkr avseende gemensam landstingsfinansiering av strålkanon på Akademiska sjukhuset. 25 mkr i medel för dyra vårdfall, i riks- och regionvården, har fördelats ut från Finansförvaltningen till verksamheterna i Regionstyrelsen. Inför 2016 har budgetramen minskats med 8,3 mkr avseende tillfälliga medel 2015 för bland annat varumärkesarbete i samband med regionbildning. Sänkning av internräntan har minskat budgetramen med 9,4 mkr. Från Regionstyrelsen har 5,6 mkr av uppräkningen för löner omfördelats till Finansen för eventuella riktade lönesatsningar.

Regionala utvecklingsnämnden: Budgetramen har sänkt med 0,5 mkr avseende internränta när det gäller internt hyrda lokaler. Anslag på 0,6 mkr till avseende Nationalmuseum Norr har flyttats fram till 2017 och 2018.

Vårdvalsnämnden: Under 2015 ska medel motsvarande 12,9 mkr avseende upphandlade privata vårdgivare föras över till Regionstyrelsen.

Revision: Anslaget 2016 har räknats upp med 2,4 % jämfört med 2015.

Patientnämnden: 0,3 mkr i tillfälliga medel för införande av nytt datasystem 2015 har återtagits. I övrigt har budgetram 2015 räknats upp med 2,4 %

Förtroendevalda politiker: 2015 års budget har räknats upp med 2,4 % exklusive de delar som avser arvoden. Frysning av arvoden under mandatperioden medför en kostnadssänkning med ca 2,1 mkr under planperioden 2016-2018. Budgetramen har även räknats ned med 0,8 mkr som avsåg tillfälliga medel för utbildning av nytt fullmäktige 2015.

Finansförvaltningen: Budgetramen förändras bland annat beroende på nya prognostiserade kostnader för pensioner samt med de omfördelningar som gjorts av budgetramar till andra nämnder.

Avkastningskrav

Inom Regionstyrelsens verksamhet har Folktandvården ett avkastningskrav för 2016 på 5 miljoner kronor.

Resultatförbättrande åtgärder

Med anledning av att regionen prognostiserar (aprilprognos 2015) ett underskott för 2014 på –265 miljoner kronor har beslut tagits om ett antal resultatförbättrande åtgärder.

I den Långsiktiga utvecklingsplanen för god ekonomisk hushållning finns resultatförbättrande åtgärder motsvarande 10 miljoner kronor 2015, 38 mkr 2016 , 30 mkr 2017 samt 29 mkr 2018.

Målsättningen är att uppnå god ekonomisk hushållning från och med år 2020.

Utöver detta har Regionstyrelsen i april 2015 beslutat om följande åtgärder:

- Genomlysning avbemanningssituationen. Målet är att under 2015 reducera ökningen av antalet årsarbetare 2014 med 50 % vilket skulle ge en besparing på ca 20 miljoner kronor.
- Översyn av effektivitet i styrningen med rådande organisatoriska indelning.
- Inleda en fördjupad diskussion med landstinget Västernorrland om samverkan och samordning av verksamhet och funktioner.
- Generell översyn av områden inom regionen som kan samordnas och därigenom ge en ökad kostnadseffektivitet.
- Inrättande av särskilt kompetenskonto där medel tillförs baserat på resultatförbättringens storlek

Investeringstak

Region Jämtland Härjedalen ska prioritera investeringar som kan bidra till att visionerna för regionen kan uppnås.

Regionfullmäktige ska fastställa ett tak för investeringar varje år. Det teoretiska investeringstaket utgörs av summan av årets resultat och avskrivningar. Det innebär att om resultatet är negativt och underskottet är större än årets avskrivningar finns egentligen inget teoretisk utrymme för investeringar. Därför är det viktigt att regionfullmäktige beslutar hur regionens totala investeringar ska vara.

För 2016 ska investeringstaket vara 96 miljoner kronor varav 36 miljoner kronor avsätts till fastighetsinvesteringar. 60 miljoner kronor avsätts till övriga investeringar.

Enligt regionens nya regler för investeringar kommer ett investeringsråd att driva en prioriteringsdiskussion och bland annat lämna förslag till lokala potter (till exempelvis centrum, förvaltningar, fastigheter, IT) samt större strategiska investeringar.

Finansiella mål samt resultat-, balans- och finansieringsbudget

I fullmäktiges uppgifter ingår enligt kommunallagen, 8 kap 5§, att för ekonomin ange de finansiella mål som är av betydelse för god ekonomisk hushållning. De målen preciseras i det här avsnittet. I det här avsnittet redovisas också resultat-, balans- och finansieringsbudget.

Finansiella mål

Långsiktigt hållbar ekonomi

För att uppnå det övergripande målet om en långsiktigt hållbar ekonomi krävs på längre sikt positiva ekonomiska resultat.

Mätetal	Mål för planperioden	Mål på längre sikt
Ekonomiskt resultat efter finansnetto som procentandel av verksamhetens budgeterade nettokostnader	0 %	2 %

Kostnadskontroll

God kostnadskontroll är viktigt för att uppnå god ekonomi. Därför sätts mål för hur stor nettokostnadsökningen maximalt får vara. Målet för nettokostnadsutvecklingen är baserat på de resultatförbättrande åtgärder som planerats.

Mätetal	Budget 2016	Plan 2017	Plan 2018	Mål på längre sikt
Nettokostnadsutveckling jämfört föregående år	0 %	0 %	0 %	Ej högre än ökningen av skatter och generella statsbidrag

Avtalstrohet

Ett verktyg för att begränsa nettokostnadsökningen är att i största möjliga mån göra inköp mot regionens upphandlade avtal. Avtalstroheten mäts som den andel av inköpen som skett mot upphandlade avtal.

Mätetal	Mål 2016	Mål 2017	Mål 2018	Mål på längre sikt
Avtalstrohet	90 %	92 %	95 %	Minst 95 %

Investeringstak

På lång sikt är målet att självfinansieringsgraden av investeringar ska vara 100 %. På kort sikt kommer inte detta att uppnås och därför blir det av regionfullmäktige beslutade investeringstaket begränsningen.

Mätetal	Mål 2016	Mål 2017	Mål 2018
Investeringstak	96 mkr	96 mkr	100 mkr

Resultat-, balans- och finansieringsbudget

Resultatbudget

Nedanstående resultatmål förutsätter besparingar i nivån 250-300 miljoner kronor

Miljoner kronor	Resultat 2014*	Budget 2015	Prognos 2015**	Budget 2016	Plan 2017	Plan 2018
Verksamhetens intäkter	519,0	578,0	590,4	586,0	598,0	610,0
Verksamhetens kostnader	-3 939,7	-4 138,0	-4 316,9	-4 163,3	-4 252,6	-4 345,7
Avskrivningar	-105,2	-109,0	-118,1	-109,0	-109,0	-109,0
Verksamhetens nettokostnader	**-3 525,9**	**-3 669,0**	**-3 844,6**	**-3 686,3**	**-3 763,6**	**-3 844,7**
Skatteintäkter	2 427,2	2 615,4	2 619,0	2 737,7	2 829,7	2 923,2
Statsbidrag läkemedel	287,3	287,9	304,6	292,0	292,0	292,0
Generella statsbidrag ***	645,6	671,8	659,3	657,3	660,9	665,2
Finansiella intäkter	19,0	17,9	18,2	15,0	15,0	15,0
Finansiella kostnader	-14,9	-20,0	-21,5	-15,7	-34,0	-50,7
Årets resultat	**-161,8**	**-96,0**	**-265,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**

* Avser endast organisationen Jämtlands läns landsting

** Prognos efter april 2015

***) Generella statsbidrag	Budget 2016	Plan 2017	Plan 2018
Inkomstutjämning	582,6	597,8	615,9
Kostnadsutjämning	48,7	50,0	51,5
Regleringsavgift/bidrag	-72,3	-85,1	-100,5
Strukturbidrag	101,1	101,1	101,1
Överföring statsbidrag till kommunerna	-4,1	-4,1	-4,1
LSS statsbidrag/barnhabilitering landstingets del	1,2	1,2	1,2
Summa	**657,3**	**660,9**	**665,2**

Balansbudget

I plan 2016-2018 förutsätts att avsättningar görs till pensionsportföljen för att på sikt motsvara avsättningen till kommande utbetalningar av pensioner (exklusive ansvarsförbindelsen för pensioner).

Miljoner kronor	Budget 2016	Plan 2017	Plan 2018
TILLGÅNGAR			
Anläggningstillgångar			
Fastighet och inventarier	897,1	886,1	877,1
Värdepapper, andelar mm	53,8	53,8	53,8
Långfristiga fordringar	0	0	0
Summa anläggningstillgångar	**950,9**	**939,9**	**930,9**
Omsättningstillgångar			
Förråd	14,0	14,0	14,0
Kortfristiga fordringar	52,7	27,7	52,7
Kortfristiga placeringar	302,7	302,7	302,7
Pensionsportföljen	821,0	1046,0	1271,0
Likvida medel	78,6	93,8	102,9
Summa omsättningstillgångar	**1269,0**	**1484,2**	**1743,3**
SUMMA TILLGÅNGAR	**2219,9**	**2424,1**	**2674,2**
SKULDER			
Eget kapital			
Eget kapital	263,4	263,4	263,3
Årets resultat	0,0	0,0	0,0
Summa eget kapital	**263,4**	**263,3**	**263,4**
Avsättningar			
Avsättning pensioner	1 186,8	1 291,1	1 441,1
Summa avsättningar	**1 186,8**	**1 291,1**	**1 441,1**
Skulder			
Långfristiga skulder	104,0	203,9	303,9
Kortfristiga skulder	665,7	665,8	665,8
Summa skulder	**769,7**	**869,7**	**969,7**
SUMMA EGET KAPITAL, AVSÄTTNINGAR OCH SKULDER	**2219,9**	**2424,1**	**2674,2**
Ansvarsförbindelse pensioner	1920	1899	1895
Ansvarsförbindelse löneskatt	466	461	460

Finansieringsbudget

Köp av värdepapper avser placering i pensionsportfölj.

Miljoner kronor	Budget 2016	Plan 2017	Plan 2018
Tillförda medel			
Internt tillförda medel	185,9	213,3	259,0
Förändring av kortfristiga placeringar	0,0	0,0	0,0
Förändringar av kortfristiga fordringar	50,0	25,0	-25,0
Minskning av långfristiga fordringar	0,0	0,0	0,0
Ökning av långfristiga skulder	100,0	100,0	100,0
Summa tillförda medel	**335,9**	**338,3**	**334,0**
Använda medel			
Nettoinvesteringar	-96,0	-98,0	-100,0
Köp av värdepapper	-225,0	-225,0	-225,0
Minskning av långfristiga skulder	0,0	0,0	0,0
Summa använda medel	**-321,0**	**-323,0**	**-325,0**
Förändring likvida medel	**14,9**	**15,3**	**9,0**

Internt tillförda medel, år 2015, miljoner kronor.	
Årets resultat	0,0
Avskrivningar	109,0
Okning pensionsskuld inkl räntekostnader	76,9
Summa	**185,9**

Bilagor

Bilaga 1 Fastighetsinvesteringsplan 2016-2018
Bilaga 2 Avgifter och taxor
Bilaga 3 Regionens engagemang i bolag, stiftelser och förbund etc
Bilaga 4 Ordlista

Bilaga 1 Fastighetsinvesteringsplan 2016-2018

(150422)

År/Investering tkr				
	2016	**2017**	**2018**	
Aktivitet/Lokal	**40000**	**40000**		**Kommentarer**
Tillgänglighetsanpassningar	200	200	200	Kontinuerlig tillgänglighetsanpassningar av vårt fastighetsbestånd.
Energiåtgärder	2 000	2 000	2 000	Större investeringar som syftar till att minska energikostnader för landstinget (belysning, vent, klimatskal). Viktigt för att klara energimålen.
Hissar	5 500	5 000		Nya hissar i höghuset totalkostnad ca 18 miljoner varav 7,5 miljoner avsatt 2015. En hiss ska brandklassas för säkrare brandinsats.
Ombyggnad plan 6 mm	7 500	20 000	10 000	Ombyggnad av lokaler för kirurgi och ortopedmottagning samt anpassning av övriga ytor inom sjukhuset som är en förutsättning för ombyggnaden på plan 6. Projektet pågår sedan 2013.
Odensala HC	2 500			Uppdatering av Odensala HC, projektet pågår och 2,5 miljoner är avsatt 2015.
Centraloperation	2 000			Ombyggnad av 4 salar för bättre flöde och uppdukning samt förbättrad mottagning. 5 miljoner avsatt under 2015.
Trådlöst nätverk	4 000			Installation samt anpassning av huset för att möjliggöra ett heltäckande trådlöst nätverk.
Renovering av pannrum las	1 500	1 000		Teknisk livslängd av utrustning i "pannrummet" i Östersunds sjukhus har gått ut, stort investeringsbehov som ej ryms i vanliga underhållsbudgeten.
Akuten	500			Förändrad patientmottagande för triage med seniorläkare samt höjd säkerhet beträffande inpassage till akutvården av patienter och anhöriga.
Psykiatri	1 000			Ombyggnad och anpassning för att uppfylla myndighetskravet att separera barn och vuxna i vården.
Plan 8	4 000	1 000		Anpassning av lokalen för färre inneliggande patienter och ökad dagvård. Ombyggnad av två avdelningar till en verksamhet.
Funäsdalens HC	5 000	?		Bygga om lokalen så att nuvarande brister avseende patientflöde, hygien och arbetsmiljö förbättras.

År/Investering tkr				
	2016	**2017**	**2018**	
Aktivitet/Lokal	**40000**	**40000**		**Kommentarer**
Specialisttandvården		11 000		Förändring av logistik och utökade lokaler i hus 12 för att klara tandvårdens uppdrag
"Regionlokaler"				Anpassning av lokaler för gemensam regionbildning, lösning ej klar ännu.
BUP				Rivningskostnad för att använda tomten på annat sätt.
Produktionskök				Nytt produktionskök samt anpassning av alla patientkök kostar ca 40 miljoner och finansieras på annat sätt och belastar inte denna investeringsplan.
Summa	**35 700**	**40 200**	**12 200**	

Bilaga 2 Avgifter och taxor

Avgifter och taxor specificeras i Region Jämtland Härjedalens avgiftshandbok. Arbete för att förändra avgifts- och taxesystemet pågår.

Öppen vård		**Avgift 2016 (kr)**
Läkarbesök		
Primärvård	Dagtid	150
	Asylsökande	50
Privata offentligt finansierade allmänläkare	Jourtid	250
	Hembesök dagtid	200
Specialiserad vård **Privata offentligt finansierade specialistläkare**	Akuta besök utan remiss	300
	Akuta besök med remiss	0
	Planerade besök:	
	Första besök efter remiss	100
	Preoperativ bedömning inför inläggning	100
	Övriga besök (återbesök)	250
Primär- och specialiserad vård	Provtagningar, utan koppling till planerat besök	0
	Röntgen, utan koppling till planerat besök	0
	Telefonrecept, remiss för fotvård	60
	Kvalificerad telefonrådgivning som ersätter ett besök	100
	Oplanerade återbesök på grund av försämrat tillstånd inom 24 timmar	0
Sjukvårdande behandling		
Besök hos distrikts-/sjuksköterska, sjukgymnast, logoped, psykolog, dietist, fotterapeut, kurator, arbetsterapeut m.fl. yrkeskategorier som utövar sjukvårdande behandlingar.		100
Besök sjukvårdande behandling asylsökande		25
Avgifter i samband med intyg för körkort efter rattonykterhet		
	Läkarbesök	150
	Provtagning	100
	Intyg enligt timtaxa, se grupp 4 nedan.	
Intyg, Hälsokontroller		
Intyg och vissa hälsokontroller debiteras enligt följande gruppnivåer. **För intygen tillkommer moms.**		
Grupp 1		0

Grupp 2		300
Grupp 3	**Timtaxa**. Annan vårdgivare än läkare som självständigt utfärdar intyg.	500
Grupp 4	**Timtaxa**. Avser läkare, lägsta avgift 500 kr. Tid därutöver 250 kronor per påbörjad 15-minutersperiod.	1 000
Gynekologisk hälsokontroll		
Gyn cytologiskt cellprov		150
Screening		
Mammografi screening		150
Aortascreening		150
Vaccinationer		
Avgift vid vaccination ska alltid uttas med besöksavgift plus vaccinkostnad även när vaccinationen ges i samband med läkar- eller distriktssköterskebesök på grund av sjukdom.		
Läkarkontakt	Vaccinationskostnad tillkommer vid läkarkontakt.	300
Sjuksköterskekontakt	Vaccinationskostnad tillkommer vid sjuksköterskekontakt.	300
Riskgrupper och ålder över 65 år	Undantag ska gälla vid vaccination mot influensa till personer över 65 år samt medicinska riskgrupper, där en total avgift i stället tas ut.	75
Adoptionsresa	I samband med adoptionsresor ska varken besöksavgift eller avgift för vaccination uttas. Gäller föräldrar och syskon.	0
Resevaccination	Kostnad för vaccin samt en hanteringskostnad på 100 kronor per vaccin tillkommer.	300
Hjälpmedel		
Avgift vid första besöket plus en utprovning		100
Hörselhjälpmedel	Ordinationsavgift för hörapparat. Överskjutande kostnad över 3 500 kronor per hörapparat betalas av hörapparatbäraren.	500
	Utprovning av maskers	200
Synhjälpmedel	Avståndsglas alt bifokalglas/progressiva glas. Avgift per glasögonpar.	400
	Glasögonbidrag, per år, till barn 0-7 år	700
	Glasögonbidrag eller kontaktlinsbidrag, per år, till patienter som opererats för gråstarr.	1 000
Peruk och toupéer	Hanteras av hjälpmedelscentralen, se nedan.	
Ortopedtekniska hjälpmedel		
Avgift vid första besöket plus en utprovning		100
Egenavgift	Egenavgift resår-, termo- och tygkorsetter	600
Ortopediska skor	Egenavgift Vuxna	1 000
	Egenavgift Barn	300
Inlägg, ortoser		300

Hjälpmedelscentralens sortiment		
Hjälpmedelscentralens sortiment är uppdelat i: • **egenansvar/egenvårdsprodukter – kan inte fås som hjälpmedel** • **egenansvar med kostnadstak 300 kr** • **egenavgift – kan även vara årsavgift eller serviceavgift** • **deponeringsavgift – återbetalas när hjälpmedlet återlämnas** • **hjälpmedel som utlånas kostnadsfritt** **Hjälpmedelscentralens regler finns på www.jll.se**		
Tandvård		
Nedanstående patientavgifter ska gälla för nödvändig tandvård och tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling. Högkostnadsskyddet gäller för besöken. För barn och ungdomar till och med det kalenderår de fyller 19 år gäller den avgiftsfria barn- och ungdomstandvårdens regler. Från och med den 1 januari det år patienten fyller 20 år till 20-årsdagen ska ingen patientavgift tas ut.		
Allmäntandläkare	Dagtid	150
	Jourtid	250
Specialisttandläkare	Dagtid	250
	Övrig tid	250
Tandhygienist		100
Ambulanstransport		
Eventuell befrielse av avgift t ex flera transporter under kort tidsperiod enligt riktlinjer.		
Avgiften uttas ej av barn och ungdomar		
Avgift per ambulanstransport		150
Särskilda avgiftsbefrielser		
Barn & ungdomar	Avgiftsbefrielsen för barn och ungdomar intill 20-årsdagen ska fortsätta. Detta gäller för läkarbesök och sjukvårdande behandlingar inom primär- och länssjukvård samt hos privata, offentligt finansierade vårdgivare. För ungdomspsykiatrisk mottagning gäller avgiftsbefrielse intill 23-årsdagen.	-
	Uttag av patientavgift görs i dessa fall ej heller vid telefonrådgivning.	
Patienter utskrivna enligt LPT och LRV	I enlighet med vad som gällt under 2010 ska patienter som varit inskrivna på sjukhuset enligt LPT (lagen om psykiatrisk tvångsvård) och LRV (lagen om rättspsykiatrisk vård) vara befriade från patientavgift vid återbesök på psykiatriska kliniken inom sjukhuset.	-
Avgiftstak för patientavgift öppen vård		
Högkostnadsskydd	Avgiftstaket för sjukvårdsavgifter.	1 100
Debitering vid uteblivna patientbesök		
Patient som uteblir från ett bokat besök utan att ha meddelat mottagningen debiteras gällande patientavgift. Detta gäller även då patient har frikort, är avgiftsbefriad (barn/ungdom, värnpliktig eller smittskyddsfall) samt enligt nedanstående vid:		
Mödravårdscentraler	Barnmorska	100
	Läkare	150

Barnavårdscentraler	Sjuksköterska	100
	Läkare	150
Röntgenverksamhet		250
Vaccinationer	Besök hos sjuksköterska	300
	Besök hos läkare	300
Hörcentralen		100
Fys lab		250
Lab.undersökningar		100

Sluten vård		**Avgift 2014 (kr)**
Av patienter som intas enligt LPT (lagen om psykiatrisk tvångsvård) eller LRV (lagen om rättspsykiatrisk vård) uttas ej avgift. **Vid inläggning för operation, som inställs på grund av bristande kapacitet eller överbeläggning, uttas ej avgift.**		
Ålder:	0 - 19 år	0
	20 - 64 år	100
	65 år och äldre	80
Personer under 40 år med hel sjuk- eller aktivitetsersättning erlägger en och samma avgift från och med första vårddagen.		50
Avgifter då remittenten inte är verksam enligt lagen om läkevårdsersättning		
Patientavgiften avskaffas vid besök på röntgen, fys lab och isotoplab. Motsvarande avgift tas i stället ut av den remitterande läkaren.		
När patient besöker klin lab för provtagning, debiteras den remitterande läkaren 100 kr + avgift för analys av provet enligt prislista.		

Bilaga 3: Regionens engagemang i bolag, stiftelser och förbund

Region Jämtland Härjedalens verksamhet kan bedrivas i annan form än inom förvaltningsorganisationen om medborgarnyttan bedöms bli högre än om verksamheten drivits inom den egna organisationen. Samverkan med andra kan ibland vara ett alternativ. Arbetet med koncernfrågorna inom regionen utgår från den policy om ägarstyrning som antogs av landstingsfullmäktige i april 2006.

När Region Jämtland Härjedalen använder sig av begreppet ”koncernen” avses regionens verksamhet, hel- eller delägda aktiebolag, stiftelser där regionen är engagerat, bostadsrättsföreningar, kommunalförbund, finansiella samordningsförbund och gemensamma nämnder.I koncernredovisningen inkluderas företag där regionen utövar väsentligt inflytande. Med väsentligt inflytande menas att regionen har en röstandel motsvarande minst 20 procent eller tillsätter minst 20 procent av styrelseledamöterna.

Koncernen 2016

Bolag	
Landstingsbostäder i Jämtland AB	Helägt bolag, 100 procent.
Vattenbrukcentrum Norr AB	Delägt bolag, 20 %.
Almi Företagspartner Mitt AB	Delägt bolag, 24,5 %
Torsta AB	Delägt bolag, 40 %
Länstrafiken i Jämtlands län AB	Helägt bolag, 100 procent.
Stiftelser	
Stiftelsen Jamtli	Det regionala basbidraget till stiftelsens drift ersätts med, 65% av Region Jämtland Härjedalen och 35% av Östersunds kommun, vilket utgör ca 30% av stiftelsens ekonomiska årsomsättning.
Stiftelsen Zenit	Jämtkraft AB:s stiftelse för forskning, Östersunds kommun, Mittuniversitetet och Region Jämtland Härjedalen.
Bostadsrättsföreningar	
Bostadsrättsföreningen Åkerärtan	Region Jämtland Härjedalens andel 64 procent av andelskapitalet
Bostadsrättsföreningen Lugnviks centrum	Region Jämtland Härjedalens andel 10 procent
Bostadsrättsföreningen Torvalla centrum	Region Jämtland Härjedalens andel 16 procent
Övrigt	
Kommunalförbund och finansiellt samordningsförbund	Norrlandstingens regionförbund (medlemmar är de fyra norrlandstingen) Finansiellt samordningsförbund syftar till att ge förbundsmedlemmarnas aktörer (kommuner i Jämtlands län, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen samt Region Jämtland Härjedalen) bättre möjligheter att samordna och prioritera gemensamma insatser.
Gemensamma nämnder	Gemensam nämnd för upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter (Region Jämtland Härjedalen och alla kommuner i länet) Närvård frostviken (Strömsunds kommun och Region Jämtland Härjedalen)

Bilaga 4: Ordlista och förkortningar

Anläggningstillgång/omsättningstillgång
Ett landsting har två sorters tillgångar: anläggningstillgångar och omsättningstillgångar.

Anläggningstillgångar är avsedda att användas eller ägas av verksamheten under längre tid. Dessa kan delas in i:

- materiella – till exempel maskiner, inventarier och fastigheter
- finansiella– till exempel aktier i dotterbolag
- immateriella– till exempel goodwill, patent- och licensrättigheter.

Motsatsen är **omsättningstillgångar**. Dessa är avsedda att på kort sikt säljas, förbrukas eller på annat sätt omsättas i verksamheten. Exempelvis likvida medel (pengar), varor i lager eller fordringar på kunder och leverantörer.

Avsättning
En skuld som är oklar när det gäller beloppet eller vid vilken tidpunkt den förfaller. En avsättning ska redovisas i balansräkningen om företaget förväntar sig en händelse där det är troligt att det kommer krävas resurser för att klara av åtagandet – och att företaget kan göra en uppskattning av det beloppet. Ett exempel på avsättning är kostnaden för pensioner.

Eget kapital
Värdet av ett företags tillgångar med avdrag för skulder och avsättningar. Om regionens resultat är positivt (överskott) ökar det egna kapitalet, medan ett negativt resultat (underskott) minskar det egna kapitalet.

IB (Ingående balans)
Det sammanlagda värdet av organisationens tillgångar, skulder och eget kapital vid årets början.

Investering
Inköp av anläggningstillgångar (till exempel fastigheter, utrustning eller maskiner) som är tänkta att användas inom organisationen i över tre år och har inköpsvärde på minimum ett halvt basbelopp.

Regionkoncernen
Region Jämtland Härjedalen med dess förvaltning samt de aktiebolag, ekonomiska föreningar och stiftelser där regionen har ett väsentligt inflytande.

Likvida medel
Organisationens penningtillgodohavanden i kontanter: kassa, postgiro, bank och bankgiro men även utländska sedlar och erhållna checkar.

LPIK
Prisindex med kvalitetsjusterade löner för landsting. Indexet används som underlag vid beräkningen av kostnaderna för löne- och prisutvecklingen i fasta löner och priser.

Nettoinvestering
Årets investeringsutgifter efter avdrag för årets försäljning och utrangering.

Nettokostnad
Verksamhetens intäkter (avgifter och ersättningar) minus verksamhetens kostnader (personal, material, tjänster och avskrivningar). Nettokostnaden finansieras med skatter och generella statsbidrag.

Resultat
Skillnaden mellan intäkter och kostnader under en viss period.

Resultaträkning
Uppställning som visar hur vinsten eller förlusten för perioden har uppkommit.

Skuld
Åtagande att i framtiden betala eller på annat sätt fullgöra en ekonomisk förpliktelse till någon utomstående. Skulder som förfaller till betalning inom ett år benämns kortfristiga skulder, övriga skulder benämns långfristiga.

Region Jämtland Härjedalen
Postadress: Box 654, 831 27 Östersund
Telefon: 063-14 75 00
E-post: region@regionjh.se
Hemsida: www.regionjh.se

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Långsiktig utvecklingsplan för område miljö

Version: 3

Ansvarig: Regionfullmäktige

Åsa Paletun 2015-04-21 Dnr:RS/63/2015

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.	2015-01-01	Nyutgåva – Förslag till remissversion		
2.	2015-01-30	Förslag till remissversion med ändringar markerade		
3.	2015-04-21	Förslag till ny version efter remissvar med ändringar markerade		

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 INLEDNING 6

2 INRIKTNING OCH MÅL 6

2.1 Kunskap och utbildning 6

2.1.1 Mål för kunskap och utbildning 6

2.2 Användning av material och produkter 7

2.2.1 Mål för material och produkter 7

2.3 Avfall 7

2.3.1 Mål för avfall 7

2.4 Kemikalier och kemiska ämnen i varor 7

2.4.1 Mål för kemikalier och kemiska ämnen i varor 7

2.5 Läkemedel 8

2.5.1 Mål för läkemedel och miljö 8

2.6 Energi 8

2.6.1 Mål för energi 8

2.7 Resor och transporter 8

2.7.1 Mål för resor och transporter 8

2.8 Livsmedel 9

2.8.1 Mål för livsmedel 9

2.9 Strategiskt arbete 9

2.9.1 Mål för strategiskt arbete 9

3 AKTIVITETER OCH GENOMFÖRANDE 9

3.1 Kunskap och utbildning 9

3.1.1 Aktiviteter 9

3.1.2 Förutsättningar och behov 10

3.2 Material och produkter 10

3.2.1 Aktiviteter 10

3.2.2 Förutsättningar och behov 10

3.3 Avfall 11

3.3.1 Aktiviteter 11

3.3.2 Förutsättningar och behov 11

3.4 Kemikalier och kemiska ämnen i produkter 11

3.4.1 Aktiviteter 11
3.4.2 Förutsättningar och behov 11
3.5 Läkemedel och miljö 12
3.5.1 Aktiviteter 12
3.5.2 Förutsättningar och behov 12
3.6 Energi 13
3.6.1 Aktiviteter 13
3.6.2 Förutsättningar och behov 13
3.7 Resor och transporter 13
3.7.1 Aktiviteter 13
3.7.2 Förutsättningar och behov 14
3.8 Livsmedel 14
3.8.1 Aktiviteter 14
3.8.2 Förutsättningar och behov 14
3.9 Strategiskt arbete 15
3.9.1 Aktiviteter 15
3.9.2 Förutsättningar och behov 15
4 BAKGRUND OCH PLANERINGSFÖRUTSÄTTNINGAR 16
4.1 Miljöbalken 16
4.2 Klimatförändringar 16
4.3 Kunskap och utbildning 18
4.3.1 Bakgrund 18
4.3.2 Nuläge 18
4.4 Material och produkter 19
4.4.1 Bakgrund 19
4.4.2 Nuläge 20
4.5 Avfall 20
4.5.1 Bakgrund 20
4.5.2 Nuläge 21
4.6 Kemikalier och kemiska ämnen i produkter 22
4.6.1 Bakgrund 22
4.6.2 Nuläge 23
4.7 Läkemedel 24
4.7.1 Bakgrund 24

4.7.2 Nuläge 26
4.8 Energi 26
4.8.1 Bakgrund 26
4.8.2 Nuläge 28
4.9 Resor och transporter 28
4.9.1 Bakgrund 28
4.9.2 Nuläge 30
4.10 Livsmedel 30
4.10.1 Bakgrund 30
4.10.2 Nuläge 32
4.11 Strategiskt arbete 33
4.11.1 Bakgrund 33
4.11.2 Nuläge 34
5 UTVÄRDERING OCH REVIDERING 35

Åsa Paletun 2015-04-21 Dnr:RS/63/2015

1 INLEDNING

Planen omfattar Region Jämtland Härjedalens egna verksamheter och anställda.

Region Jämtland Härjedalen ska som stor aktör vara drivande och ett föredöme i arbetet för en hållbar utveckling.

En socialt, ekologisk och ekonomisk hållbar verksamhet skapar bättre förutsättningar för jämt fördelad god hälsa bland länets befolkning.

Att arbeta förebyggande med miljö- och klimatfrågor bidrar till att minska negativ miljö- och hälsopåverkan. Det är viktigt att förebygga de klimatförändringar som både på kort och lång sikt riskerar att medföra förändringar som hotar kommande generationers rätt till ett bra liv och livskraftig miljö.

En god miljö är en förutsättning för god, jämlik och jämställd hälsa, både för nuvarande och kommande generationer. Med miljö menas inte bara naturen utan även miljön inomhus, människors exponering för kemikalier, buller och luftföroreningar. Påverkan på människor kan vara positiv, främjande för hälsan eller negativ, störande eller skadlig.

Att genomföra ett långsiktigt arbete med att minska miljö och klimatpåverkan i verksamheten kommer att kräva resurser men även minska kostnader på många områden.

Ett område som regionen kommer att prioritera är regionens hantering av kemikalier som förutom en negativ miljöpåverkan kan utgöra en arbetsmiljörisk för personal, elever samt patienter och kan även kosta mycket att köpa in och hantera. Kan några av dessa kemikalier ersättas av ofarliga kemikalier minskar vi både risker och kostnader. Eftersom barn är särskilt känsliga för skadliga ämnen sätter vi särskilt fokus på att minska barns exponering.

Regionen ska arbeta både med vår indirekta och direkta miljöpåverkan och sträva efter ständiga förbättringar i miljöarbetet.

Regionen ska bedriva verksamhet i hälsofrämjande miljöer såväl inomhus som utomhus.

2 INRIKTNING OCH MÅL

2.1 Kunskap och utbildning

2.1.1 Mål för kunskap och utbildning

- Alla medarbetare har en medvetenhet om grundläggande miljö- och hållbarhetsfrågor och ska få kontinuerlig uppdatering i frågorna.

- Inom varje organisatorisk enhet ska det finnas kunskap om verksamhetens specifika miljöpåverkan och hur man kan uppnå förbättringar.
- Regionen ska ha en hög kompetens i miljöfrågor och en god omvärldsbevakning.

2.2 Användning av material och produkter

2.2.1 Mål för material och produkter

- Minska negativ miljö- och hälsopåverkan från material och produkter såväl i byggnader som i verksamheten.
- Det ska finnas information om innehåll i det material och de produkter som används inom regionen respektive byggs in i regionens fastigheter.
- Successivt öka andelen förnybart och återvunnet material.
- Material och produkter som kan användas flera gånger bör prioriteras framför engångs där så är lämpligt.
- Produkter som kan repareras med bibehållen funktion och kvalitet är att föredra framför produkter som måste kasseras i sin helhet.
- Material och produkter som regionen använder ska vara tillverkade under socialt och etiskt godtagbara förhållanden.

2.3 Avfall

2.3.1 Mål för avfall

- De totala avfallsmängderna från regionens egna verksamheter ska minska successivt.
- Andelen avfall som går till återvinning ska öka successivt.
- Vid upphandling prioriteras i första hand produkter som kan sorteras för materialåtervinning och/eller återanvändning.

Målen för material och produkter har även stor betydelse för avfallsmängden och återvinningsgraden.

2.4 Kemikalier och kemiska ämnen i varor

2.4.1 Mål för kemikalier och kemiska ämnen i varor

- Minimera negativ påverkan på miljö och hälsa från kemikalier och kemiska ämnen i varor.
- Öka medvetenheten om kemikalier och kemiska ämnens påverkan på hälsan.

- Fasa ut hormonstörande kemikalier och ersätta andra hälso- och miljöfarliga kemikalier och produkter.
- Minska barns exponering för farliga kemikalier i de egna verksamheterna

2.5 Läkemedel

2.5.1 Mål för läkemedel och miljö

- Minimera negativ läkemedelspåverkan på miljö och hälsa.
- Uppföljningsbara krav på minskad miljöpåverkan och socialt ansvar i produktionsledet.
- Utsläppen av utvalda svårnedbrytbara läkemedel ska minska.
- Regionens klimatpåverkan från lustgas i hälso- och sjukvården ska minska.

2.6 Energi

2.6.1 Mål för energi

- Minimera behovet av tillförsel av energi och minimera klimatpåverkan från energianvändningen genom effektiv energianvändning, energi från förnyelsebara källor och egen förnyelsebar energiproduktion.
- Energianvändningen i regionens egna fastigheter ska minska med 20 % till 2018 och 30 % till år 2026.

2.7 Resor och transporter

2.7.1 Mål för resor och transporter

- ~~Minska behov av resor och transporter.~~
- Öka nyttjande av distansoberoende teknik.
- Minimera klimatpåverkan från resor och transporter såväl i tjänsten som resor till och från arbetet samt patienttransporter.
- Utveckla samverkanstransporter av nödvändiga material.
- Fordon ska så långt möjligt drivas med förnyelsebara drivmedel.
- Tjänsteresor som medför utsläpp av växthusgaser ska klimatkompenseras.

2.8 Livsmedel

2.8.1 Mål för livsmedel

- Region Jämtland Härjedalen ska prioritera klimatsmart mat.
- Socialt-etiskt ansvarstagande i såväl andel socialt-etiskt märkta livsmedel, (10% till 2026) såsom socialt-etiska krav på producenter/leverantörer i upphandlingar.
- Öka möjligheten för leverantörer att leverera närproducerade livsmedel till regionen.
- Andelen ekologiska livsmedel i egna verksamheterna ska öka och vara minst 30 % till 2026.

2.9 Strategiskt arbete

2.9.1 Mål för strategiskt arbete

- Som stor aktör, i enlighet med regionens innovationsstrategi, medverka till innovation och teknikutveckling. ~~framför allt inom clean tech~~.
- Ha beredskap för de effekter som klimatförändringarna medför framför allt vad gäller miljö, hälsa och dricksvattenförsörjning.
- Nyttja möjligheter till samverkan med andra aktörer.

3 AKTIVITETER OCH GENOMFÖRANDE

3.1 Kunskap och utbildning

3.1.1 Aktiviteter

- Alla nya medarbetare ska få en introduktion om regionens miljöarbete för att kunna bidra på ett konstruktivt sätt i regionens strävan mot en hållbar utveckling.
- När personal övergår till en chefsroll och när nya chefer anställs ska de erbjudas utbildning dels i de lagkrav som rör regionens miljöfrågor och dels grundläggande kunskap för att kunna motivera medarbetarna och leda arbetet på ett sätt som främjar miljö och hälsa.
- Det ska finnas centralt stöd med sakkunskap inom miljö som har kompetens och kapacitet att ge stöd till verksamheten för att alla funktioner ska kunna identifiera vilken miljöpåverkan verksamheten har och vad man kan göra för att minimera negativ miljöpåverkan och uppnå ständiga förbättringar.
- Regionen ska samverka med andra landsting och regioner och andra relevanta aktörer för att hitta de bästa lösningarna för ett effektivt miljöarbete inom hälso- och sjukvårdsverksamhet.

3.1.2 Förutsättningar och behov

Introduktion av nyanställda förutsätter att det finns tillräcklig kompetens i ämnet på aktuell enhet för att kunna ge en god introduktion vilket bör kompletteras med ett introduktionsmaterial. Det förutsätter i sig att det finns centrala resurser för att kunna utbilda nyckelfunktioner, miljöombud, chefer samt ta fram stödmaterial som hålls aktuellt.

Det centrala stöd med sakkunskap inom miljöområdet är i dagsläget begränsat, dock är verksamhetsstödjande insatser och utbildning prioriterade.

Sveriges landsting och regioner har nätverk för miljösakkunniga inom flera olika områden med stort utbyte av erfarenheter och kunskap där det finns stora möjligheter att hitta effektiva åtgärder som är beprövade. I de nätverken kan Region Jämtland Härjedalen vara mer aktiv.

3.2 Material och produkter

3.2.1 Aktiviteter

- En kartläggning över vilka material och produkter som köps in i regionen ska göras.
- Vid inköp och avtal ställa krav på information om innehåll i material och produkter som används inom regionen respektive byggs in i våra fastigheter.
- Vid inköp ska krav ställas så att återvunnet material prioriteras där så är lämpligt och möjligt.
- Prioritera inköp av material och produkter som kan användas flera gånger istället för engångsmaterial/produkter där så är miljömässigt motiverat och säkert ur hygienisk synpunkt.
- Ställa krav på att produkter är reparerbara och att det finns utbytbara delar där så är möjligt och lämpligt för att slippa kassera en hel produkt om bara en liten del går sönder.
- Sociala och etiska krav ställs vid upphandling och inköp i största möjliga utsträckning.

3.2.2 Förutsättningar och behov

En kartläggning över material och produkter bedöms vara ett stort arbete, vilket tar en hel del resurser i anspråk då data i dagsläget inte finns samlat. Det är därför oklart när ett sådant arbete kan påbörjas.

Övriga aktiviteter handlar om att i vissa fall införa rutiner och i andra fall göra bedömningar om i vilka upphandlingar och inköp kraven är möjliga att ställa och följa upp där det inte redan görs, vilket medför ett merarbete i upphandlings- och inköpsskedet.

3.3 Avfall

3.3.1 Aktiviteter

- I arbetet med processer, framtagande av rutiner, införande av nya metoder etc så ska resurseffektiviteten beaktas avseende på vilket material som behövs och i vilka mängder för att minimera resursförbrukningen och därmed även avfallsmängden.
- Vid upphandling och inköp ställa krav så att material och produkter regionen använder så långt möjligt är förberett för att kunna återvinnas då det är förbrukat.
- I dialog med avfallsmottagare se över om regionen kan öka andelen avfall som kan återvinnas istället för att förbrännas eller gå till deponi.

3.3.2 Förutsättningar och behov

För att få in etablerade tankesätt med resurseffektivitet även vad gäller material och energi på ett bra sätt krävs att personal finns i arbetet med de olika processerna, rutinerna etc som har tillräcklig kunskap inom området, vilket hör ihop med målen om kunskap och utbildning. Dialog med avfallsmottagare kan dels göras med nuvarande avfallspartners och initieras i nya upphandlingar av avfallsmottagare.

3.4 Kemikalier och kemiska ämnen i produkter

3.4.1 Aktiviteter

- Med stöd av kemikaliehanteringssystemet kategorisera och följa upp hälso- och miljöskadliga ämnen som hanteras inom regionen.
- Regionen ska arbeta med utbyte och utfasning av hälso- och miljöskadliga kemikalier där så är möjligt.
- Vid inköp ställa krav för att minimera material och produkter med innehåll av hälso- och miljöskadliga ämnen med särskilt fokus på hormonstörande ämnen.
- ~~Framtagande av landstingsgemensamma regler för hållbara inköp.~~
- Arbeta särskilt för att kartlägga och minska barns exponering för farliga kemikalier inom regionens verksamhetsområde.
- Riktade informationsinsatser om kemikalier och kemiska ämnens påverkan på människors hälsa och miljön.

3.4.2 Förutsättningar och behov

Det kemikaliehanteringssystem som infördes 2015 ger bra förutsättningar att kategorisera de farliga kemikalier som används i verksamheten och ger möjlighet att arbeta strukturerat med utfasning och riskbedömningar. De flesta andra landsting och regioner har sedan tidigare tagit

fram utfasnings- och utbyteslistor som vår region i samverkan kan ta del av för att få en snabbare start på vårt eget arbete.

Vi behöver identifiera de sammanhang regionens verksamhet påverkar barns exponering för farliga ämnen och därefter kartlägga vilka typer av material och produkter i dessa sammanhang som kan medföra en risk.

Den kompetens inom miljökemi som finns vid Jegrelius utgör en viktig resurs för arbetet med att fasa ut farliga ämnen och informationsspridning.

I upphandlingar utgår regionen i dagsläget i stor utsträckning från de miljökriterier som är framtagna av Konkurrensverket.[1]. Där ingår oftast kriterier för att minimera inflödet av skadliga ämnen. Där det ännu saknas kriterier är det en större utmaning att bedöma när det är relevant att ställa olika miljökrav.

Ett förslag till regler för hållbara inköp för regionen är framtaget och kommer att beslutas av ledningsgruppen senast början av 2015.

3.5 Läkemedel och miljö

3.5.1 Aktiviteter

- Läkemedel och miljö är en komplex fråga som kräver nära samarbete mellan sakkunniga i området inom regionen och i samverkan med andra landsting och regioner.
- En utredning om förutsättningar och kostnader för att installera central destruktionsanläggning för lustgas bör göras.
- Konkurrensverkets[2] kriterier för upphandling av läkemedel ska tillämpas så långt möjligt.
- Regionen ska följa kunskapsläget och forskningen vad gäller läkemedel och miljö för att kunna göra sakliga bedömningar om vilka åtgärder som är lämpliga.

3.5.2 Förutsättningar och behov

Sakkunniga inom miljö respektive läkemedel kan öka samarbetet för att hitta åtgärder och rutiner för att minimera miljöpåverkan från läkemedel från vår egen verksamhet samt via upphandling i produktionsledet. Regionen deltar i landstingens och regionernas nätverk för läkemedel och miljö.

De flesta andra landsting och regioner har installerat eller är på gång att installera centrala destruktionsanläggningar för lustgas på sina förlossningssjukhus, erfarenheter vi i regionen kan ta del av inför en utredning om lustgasdestruktion.

[1] Miljökrierieverksamheten kommer från 1/9 2015 att övergå till en ny upphandlingsmyndighet.
[2] Från 1/9 2015 den nya upphandlingsmyndighetens kriterier

3.6 Energi

3.6.1 Aktiviteter

- Fortsatt arbete i enlighet med identifierade möjliga energieffektiviseringsåtgärder samt hur klimatpåverkan från energianvändningen kan minimeras.
- Vid upphandling och inköp av utrustning som kräver energitillförsel ska energibehovet tas med i bedömningen och där så är möjligt ska den energieffektivaste lösningen väljas.

3.6.2 Förutsättningar och behov

- Med hjälp av energieffektiviseringsstöd från Energimyndigheten har energiarbetet senaste året även kunnat fokusera på verksamhetens egen elenergianvändning. I samband med det beslutades en energi- och klimatstrategi med mål för 2014 och 2020 med en lista på åtgärder. Energieffektiviseringsstödet har nu avslutats och fortsatt arbete får ske med egna medel.
- ~~Analys av möjliga effektiviseringsåtgärder och minimering av klimatpåverkan kan göras utifrån befintliga underlag, kunskap och erfarenheter inom organisationen.~~
- ~~Det etablerade samarbetet mellan upphandling, miljösakkunniga och fastighetsenheten kan utforma rutiner för tillämpning av energikrav i upphandlingar. Det behöver kompletteras med skrivning i regler för hållbara inköp för att lämpliga åtgärder ska vidtas vid samtliga relevanta inköp.~~
- I dagsläget är det inte klarlagt hur regionen omfattas av de nya kraven på energikartläggningar och därmed inte vilka behov av arbetsinsatser och resurser som kommer att krävas.

3.7 Resor och transporter

3.7.1 Aktiviteter

- En informationsinsats ska göras så att regionens interna regler för resor blir mer kända av alla inom regionen som reser i tjänsten.
- Utbildnings- och informationsinsatser ska göras för att öka kunskapen om, och öka nyttjande av distansoberoende teknik och främja nya användningsområden.
- Regionen ska kontinuerligt välja det effektivaste sättet att transportera material ur såväl miljömässigt, ekonomiskt och tidsmässigt perspektiv och överväga möjligheter till samtransporter såväl internt som i samverkan med andra.
- Vid inköp och hyra av fordon ska fordon med minsta möjliga miljöpåverkan prioriteras.

- En sammanställning av data över patient- och sjuktransporter ska göras för att kunna hitta lämpliga åtgärder för att minimera klimatpåverkan.
- En utredning om hur resor ska kunna klimatkompenseras ska göras.

3.7.2 Förutsättningar och behov

Erfarenheter bland annat från andra landsting och regioner visar att det ofta är samma personer som bokar videokonferenser, vilket tyder på att det finns ett behov av att få prova på tekniken utan att det är ”skarpt läge” för att man ska använda sig av tekniken. Det kan därför vara lämpligt att erbjuda utbildningar i videokonferenshantering för i första hand personal som i sitt arbete ordnar utbildningar, möten och konferenser.

Flera nationella studier visar att mäns och kvinnors resvanor skiljer sig åt, vilket man bör ta hänsyn till i utbildnings- och informationsinsatser.

Sammanställning av data över patient- och sjuktransporter respektive utredning om klimatkompensation tar en hel del resurser i anspråk i form av arbetstid.

3.8 Livsmedel

3.8.1 Aktiviteter

- I upphandling ge förutsättningar för ett brett urval av ekologiska och socialt-etiskt producerade livsmedel i leverantörernas sortiment.
- I upphandling möjliggöra för små producenter att lägga anbud och leverera livsmedel.
- Vid inköp och i menyplanering ha ett klimatsmart perspektiv, till exempel genom råvaror efter säsong, mer vegetabilier etc.
- Utifrån gällande mål ska inköp av ekologiska och socialt-etiska livsmedel balanseras i förhållande till övriga livsmedel.
- Se över möjligheter till alternativ beräkningsgrund och/eller redovisningsmodell för ekologiska och socialt-etiska livsmedel.

3.8.2 Förutsättningar och behov

Livsmedelsupphandling är ett omfattande arbete där man redan idag gör insatser för att möjliggöra för små leverantörer att lägga anbud. Ytterligare ansträngningar kräver ännu mer arbete i upphandling och utvärdering.

Då målen för ekologiska och socialt-etiska livsmedel är relaterade till andel av kostnaderna krävs en hel del arbete, löpande över hela året, för att balansera inköpen och kunna nå målen inom de ramar som ges i synnerhet vad gäller ekologiska livsmedel som generellt är dyrare i inköp. Om ett

pris på en produkt förhandlas ner blir resultatet för ekologiska/socialt-etiska livsmedel lägre även om samma volym köps in, om målet är kostnadsrelaterat.

Målet för socialt-etiskt märkta livsmedel kommer att vara en utmaning beroende på det i dagsläget begränsade utbudet av sortiment. (i dagsläget består utbudet av i princip kaffe, socker, färsk frukt, ris, kakao och te). En förutsättning för att nå målet är därför att marknaden utvecklas mot ett större utbud av socialt-etiskt märkta livsmedel.

Inom patientkosten är förutsättningarna för att arbeta med klimatsmart mat begränsade då maten som tillagas skall ha ett visst näringsmässigt innehåll och vara anpassad för att ett optimalt tillfrisknande skall kunna ske. Inom den externa verksamheten är förutsättningarna något bättre, men fortfarande gäller att matgästerna föredrar traditionell kost, vilket man kunnat konstatera vad gäller nyckelhålsmärkta maten som är mindre populär en den övriga maten.

3.9 Strategiskt arbete

3.9.1 Aktiviteter

- Vara referensmiljö för nya varor och produkter.
- Medverka i innovationsupphandlingar där behov finns.
- Utreda möjliga åtgärder för att trygga dricksvattenförsörjningen till kritiska delar av hälso- och sjukvården.
- Stimulera till tvärsektoriell innovation, forskning och utveckling inom miljö, hälsa, etik bland regionens medarbetare.
- Hålla kunskapen om klimatförändringarna och effekterna av dessa på nationell och regional nivå uppdaterade.

3.9.2 Förutsättningar och behov

Att ställa upp som referensmiljö för nya varor och produkter kräver en del arbete hos den verksamhet som tar in produkterna, men det ger också möjlighet att hitta bättre alternativa produkter för olika funktionsområden.

Regionen kan medverka vid innovationsupphandlingar då dessa sker inom områden där regionen har ett behov av produkter och/eller produktutveckling ur t.ex. miljö- och hälsosynpunkt.

Kunskapen om klimatförändringarna och dess effekter bör ingå i omvärldsbevakningen för miljösakkunniga och kunskapen om effekterna på regional nivå bör ajourhållas i samverkan med kommunerna och Länsstyrelsen.

4 BAKGRUND OCH PLANERINGSFÖRUTSÄTTNINGAR

4.1 Miljöbalken

Miljöbalken är den övergripande lag som tillsammans med följdförfattningar reglerar det mesta inom miljöområdet.

I första kapitlet om Miljöbalkens (1998:808) mål och tillämpningsområde föreskrivs i den första paragrafen:

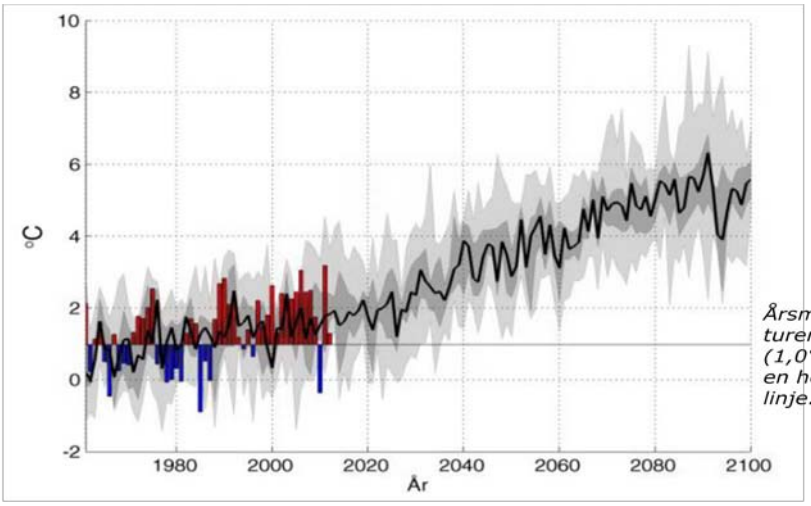
”Bestämmelserna i denna balk syftar till att främja en hållbar utveckling som innebär att nuvarande och kommande generationer tillförsäkras en hälsosam och god miljö. En sådan utveckling bygger på insikten att naturen har ett skyddsvärde och att människans rätt att förändra och bruka naturen är förenad med ett ansvar för att förvalta naturen väl.
Miljöbalken skall tillämpas så att
1. människors hälsa och miljön skyddas mot skador och olägenheter oavsett om dessa orsakas av föroreningar eller annan påverkan,
2. värdefulla natur- och kulturmiljöer skyddas och vårdas,
3. den biologiska mångfalden bevaras,
4. mark, vatten och fysisk miljö i övrigt används så att en från ekologisk, social, kulturell och samhällsekonomisk synpunkt långsiktigt god hushållning tryggas, och
5. återanvändning och återvinning liksom annan hushållning med material, råvaror och energi främjas så att ett kretslopp uppnås.”

4.2 Klimatförändringar

Förbränning av fossila bränslen står för det största bidraget till växthuseffekten både i Sverige och i övriga världen. Utsläppen av växthusgaser leder till en förstärkning av växthuseffekten vilket gör att klimatet förändras och att jordens medeltemperatur stiger. Hittills har jordens medeltemperatur stigit med nästan en grad sedan förra sekelskiftet och vi ser pågående effekter av detta även i Sverige.
Världshälsoorganisationen (WHO) har konstaterat att klimatförändringarna är det största globala hotet mot människors hälsa i vårt århundrade.
Tvågradersmålet innebär att ökningen av jordens medeltemperatur hålls under totalt två grader – en gräns klimatforskare och politiker enats om för att undvika allvarliga klimatförändringar. För att klara tvågradersmålet måste världens växande utsläpp av växthusgaser inom kort börja minska kraftigt, och år 2050 vara 40 till 70 procent lägre än dagens nivåer.

Om vi klarar tvågradersmålet kommer Sveriges medeltemperatur att under de flesta årstider stiga mer än i större delen av den övriga världen. Det kommer att bli upp emot tre grader varmare i

nordligaste Sverige på vintern mot slutet av seklet. Om vi däremot inte klarar av målet blir ökningen ännu större.



Beräknad utveckling av årsmedeltemperaturen i Jämtlands län baserat på samtliga klimatscenarier

För Jämtlands län förväntas i korthet följande förändringar under innevarande århundrade[3]:

Temperatur	Successiv och tydlig värmeökning. Årsmedeltemperaturen beräknas öka med i medeltal cirka 4°C. Alla säsonger får en temperaturuppgång, framför allt vintern med i medeltal cirka 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	Kraftiga regn ökar. För regn med 30 minuters varaktighet beräknas ökningen bli ca 30 %. För regn med längre varaktigheter väntas 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	Klimatscenarierna ger inga tydliga svar på om vindarna kommer att öka i styrka eller frekvens. Däremot kan *stormskadorna* öka pga andra förändringar.
Värmebehov	Uppvärmningsbehovet för inlandet beräknas minska med cirka 15 %, för fjällen med cirka 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.

[3] Klimatanalys för Jämtlands län

Vattenföring	Årsmedelvattenföringen ökar generellt i länet. För samtliga vattendrag ökar flödet under vintern. Vårflödestopparna minskar och kommer tidigare på våren. Som en konsekvens kan 100-årsflödena minska med 10-20 %.

Beskrivning över konsekvenser finns bland annat i länets klimatstrategi[4].

4.3 Kunskap och utbildning

4.3.1 Bakgrund

Enligt 2 kapitlet 2 § Miljöbalken ska alla som bedriver eller avser att bedriva en verksamhet eller vidta en åtgärd skaffa sig den kunskap som behövs med hänsyn till verksamhetens eller åtgärdens art och omfattning för att skydda människors hälsa och miljön mot skada eller olägenhet.

Det innebär att alla är skyldiga att ta reda på hur ens egen verksamhet påverkar människors hälsa och miljön och vad man kan göra för att minimera den negativa påverkan.

Kunskap är också en grundläggande förutsättning för motivation att arbeta med förbättringar inom miljöområdet samt för att hitta de bästa lösningarna. Det är viktigt att grundläggande kunskap finns i alla delar av verksamheten då det är där man känner verksamheten bäst och kan hitta möjligheterna. Då människor med t.ex. olika kön och ålder påverkas olika av olika miljöfaktorer är det viktigt att även belysa dessa skillnader.

4.3.2 Nuläge

I Region Jämtland Härjedalen är det juridiska ansvaret för miljöfrågor ålagt chefer i linjen och respektive chef ansvarar även för att nyanställda får en introduktion i regionens miljöfrågor. Som stöd i miljöfrågor på plats har cheferna funktionen miljöombud, men det är viktigt att cheferna själva också har en grundkunskap och känner till vilka lagkrav som gäller och hur miljömålsarbetet ska bedrivas. I utbildningspaketet ”Ny som chef” som erbjuds nya chefer ingår ett miljöavsnitt.

Grundutbildning för miljöombud genomfördes hösten 2013-våren 2014. Under 2015 kommer ett utbildningsmaterial samt en utbildningsplan att tas fram.

[4] Klimatstrategi för Jämtlands län - mål och åtgärder år 2014-2020

4.4 Material och produkter

4.4.1 Bakgrund

Vårdens användning av engångsmaterial ökar, i vissa fall på grund av hygien- och effektivitetskrav. En stor del av produkterna är tillverkade av ändliga råvaror som plast och metall, vilka har stor klimatpåverkan under sin livscykel. Den ökande användningen av engångsmaterial leder även till allt större avfallsmängder på sjukhusen.

Varor och tjänster ger upphov till olika typer av miljöpåverkan under sin livscykel från råvaruutvinning och produktion till användning och slutligt omhändertagande, inklusive transporter i alla led. Exempel på miljöproblem som kan kopplas samman med konsumtionen av varor och tjänster är utarmande av naturresurser och biologisk mångfald, klimatpåverkan och diffusa utsläpp av kemikalier. En stor del av de produkter som regionen använder tillverkas i andra länder. Vår användning av produkter påverkar därför människor i de aktuella tillverkningsländerna. Det är därför viktigt även med sociala och etiska hänsyn i våra produktval för att vår verksamhet inte ska orsaka skada för andra människor.

Växthusgaser ger lika stor påverkan på jordens klimat oavsett var på jorden utsläppen sker. Den totala svenska konsumtionen uppskattades år 2003 orsaka utsläpp av 95 miljoner ton koldioxidekvivalenter räknat i ett konsumtionsperspektiv[5]. Då ingår utsläppen av koldioxid, metan och lustgas från varor och tjänster under hela livscykeln (produktion, användning och avfall) oavsett var i världen utsläppen sker. Det är 25–35 procent mer än då bara utsläppen i Sverige räknas.

En stor del av vårdens textilier är tillverkade av bomull. Den globala bomullsodlingen står för 2,5 procent av världens uppodlade jordbruksmark, men använder cirka 25 procent av alla insektsbekämpningsmedel[6]. Dessutom används 7 000–30 000 liter vatten för att producera ett kilo bomull, ofta i områden som redan har ett torrt klimat vilket leder till vattenbrist.

Det finns landsting/regioner som tittat på just kläder och ställt alternativet engångskläder mot flergångskläder ur miljösynpunkt och konstaterat att det är betydligt större miljöpåverkan vid användning av engångskläder jämfört med flergångs.

En bedömning av möjligheterna att minska användningen av förbrukningsmaterial kan inte göras i dagsläget då ingen utredning är gjord.

Den största potentialen till klimatvinster ligger i att ersätta ej förnybara material med förnybara. Klimatpåverkan från papper är ca 15 % av klimatpåverkan från plast per kilo, och 8 % av

[5] Källa: Naturvårdsverkets rapport 5903 ”Konsumtionens klimatpåverkan”, november 2008.
[6] Världsnaturfonden WWF:s rapport ”Bomull” 2005

klimatpåverkan från metall[7]. Vissa engångsprodukter bör också kunna ersättas av flergångsprodukter.

4.4.2 Nuläge

I dagsläget finns ingen samlad bild över vilken miljöpåverkan regionens materialanvändning har. Några landsting/regioner har gjort analyser och bedömningar av vilken klimatpåverkan förbrukningsmaterialet inom verksamheten har. För att få en bild över vår materialförbrukning och vår potential att minska miljöpåverkan behöver en analys göras. Det bedöms dock vara ett omfattande arbete som inte är möjligt att genomföra med befintliga egna resurser.

Det är dock viktigt att fortsätta arbetet med att hitta relevanta miljökrav i upphandlingar för att ändå uppnå förbättringar.

4.5 Avfall

4.5.1 Bakgrund

Avfall består till stor del av bearbetade råvaror och avfallshantering handlar alltså om hushållning av naturresurser. Avfall innehåller en mängd olika ämnen och material i olika kombinationer och kan vara skadligt för både människor och miljö. Vid förbränning av avfall bildas koldioxid som bidrar till växthuseffekten samt kväveoxid som kan ge nedsatt lungfunktion och irritation av luftvägar.

Även utifrån ett ekonomiskt perspektiv är det motiverat att använda kretsloppsprincipen vid avfallshantering.

Miljöbalken anger att återanvändning och återvinning ska främjas och Avfallsförordningen föreskriver att vissa avfallsslag inte får blandas med annat och måste sorteras ut.

Ett tidigare nationellt etappmål för ”God bebyggd miljö” var att den totala mängden genererat avfall inte ska öka och avfall ska tas till vara i så hög grad som möjligt samtidigt som påverkan på och risker för hälsa och miljö minimeras.

Genom att regionen sorterar sitt avfall till materialåtervinning som gör att avfallet blir nya produkter istället för att förbrännas eller deponeras, blir miljöpåverkan mindre.

Det viktigaste i avfallsarbetet är att minimera uppkomsten av avfall och det gör man genom tydliga krav vid upphandling och inköp och genomtänkta rutiner där man bestämmer vilket material och i vilken mängd man behöver för varje moment. I vissa fall kanske det finns lämpliga metoder utan att det uppstår avfall som alternativ.

[7] Källa: Örebro läns landsting

Regeringens precisering av "God bebyggd miljö":

- Avfallshanteringen är effektiv för samhället, enkel att använda för konsumenterna och att avfallet förebyggs samtidigt som resurserna i det avfall som uppstår tas till vara i så hög grad som möjligt samt att avfallets påverkan på och risker för hälsa och miljö minimeras.

Regeringens etappmål för "God bebyggd miljö":

- Minst 50 procent av **matavfallet** från hushåll, storkök, butiker och restauranger sorteras ut och behandlas biologiskt så att växtnäring tas tillvara, där minst 40 procent behandlas, så att även energi tas tillvara senast 2018.

- Etappmålet om **byggnads- och rivningsavfall** innebär att insatser ska vidtas så att förberedandet för återanvändning, materialåtervinning och annat materialutnyttjande av icke-farligt byggnads- och rivningsavfall är minst 70 viktprocent senast 2020.

4.5.2 Nuläge

Regionen har under flera år haft mål om att minska den totala mängden avfall och samtliga verksamheter omfattas av det gemensamma ledningssystemet där miljörutiner för utvecklad källsortering ingår.

Data över de totala mängderna finns för dåvarande landstinget från 2004 och framåt där man kan se att landstinget som mest genererade 982 ton[8] avfall av de fraktioner landstinget har statistik för. Sedan 2008 har mängderna minskat till och med 2013, men 2014 ökade avfallsmängden markant och var 886 ton (7% mer än 2011) . I totala mängden saknas data för de fraktioner av brännbart och komposterbart avfall som lämnas i andra kommuner än Östersund och har inte heller data över det bygg- och rivningsavfall som större projekt genererar. Mängden komposterbart avfall för 2014 var 142 ton som lämnades till Östersunds kommun för kompostering på Gräfsåsens avfallsanläggning.

Avfallsstatistik för de verksamheter som t.o.m. 2014 ingick i Regionförbundet Jämtlands län är i dagsläget ofullständig.

Det är en stor utmaning att minska de totala avfallsmängderna dels på grund av ökning av engångsmaterial och dels då det i många fall saknas system för reparation och reservdelar för viss utrustning och det är i många fall billigare att köpa en ny än att reparera den produkt man har. Regionen har i stora delar en väl fungerande källsortering som underlättar återvinning av material.

Vi bedömer att den största andelen komposterbart avfall härrör från verksamheter där regionen bereder och serverar måltider och det avfallet sorteras ut och går till kompostering redan i dagsläget.

[8] År 2008

För byggnads- och rivningsavfall ställer vi krav på entreprenörerna att de ska källsortera avfallet, men regionen har i dagsläget inte data på vilka mängder de hanterar. För löpande underhåll och mindre projekt går byggnads- och rivningsavfallet via regionens egna källsorteringssystem där samlad data finns. För att minska mängden avfall som uppkommer i verksamheten är det viktigt att vid inköpsprocessen prioritera produkter och material som ingår i kretsloppet. I första hand ska förnybara råvaror väljas och i andra hand sådana varor som inte påverkar miljön negativt. Genom att göra miljöanpassade val kan regionen påverka underleverantörer och stimulera utvecklingen av ny miljöanpassad teknik. Miljöhänsyn bör därför ingå som en naturlig del vid inköp, upphandling och i beslutsprocesser.

Om regionen ska kunna öka materialåtervinningsgraden behövs fortsatt hög ambition vad gäller källsortering och kravställande i upphandlingar och inköp, men även en dialog med avfallsmottagarna för att maximera mängden material som kan gå till återvinning.

4.6 Kemikalier och kemiska ämnen i produkter

4.6.1 Bakgrund

Kemikalier förekommer i stort sett i alla varor och produkter. Det saknas fortfarande kunskap kring effekter på hälsa och miljö för många av dessa. Många är svårnedbrytbara i naturen och sprids via vind, vatten och näringskedjor. I takt med att kunskapen ökar upptäcks allt fler ämnen som kan ha potentiellt skadliga konsekvenser såsom cancer, astma, allergier och störningar på fertilitet och fosterutveckling. Nya forskningsrön tyder bland annat på att vissa kemikalier kan bidra till utvecklingen av fetma/diabetes, dålig spermakvalitet, tidig bröstutveckling, avbrutna graviditeter och störning av utvecklingen av barns nervsystem. Att människan exponeras för kemikalier i allt större omfattning är enligt forskare ett hot mot den globala hälsan och människans möjlighet till fortplantning. Barn och unga är mer känsliga för kemikalier än vuxna. Det beror dels på att deras kroppar, till exempel hjärnan, hormonsystemet och immunsystemet, inte är färdigutvecklade och om skador uppstår i ett tidigt utvecklingsskede kan det få livslånga konsekvenser. Barn beter sig också annorlunda jämfört med vuxna och blir därför mer exponerade för kemikalier. De äter, dricker och andas mer än vuxna i förhållande till sin storlek. Mindre barn utforskar världen krypande och de suger och tuggar på saker för att uppleva dem.

Exponering för skadliga ämnen tidigt i livet medför också en ökad risk att en sjukdom hinner utvecklas under individens livstid på ett annat sätt än för vuxna och det finns även en längre tid för skadliga ämnen att ackumuleras i kroppen. Flera skadliga ämnen lagras i fettvävnad och dessa ämnen kan sedan utsöndras från mamman till barnet vid amning.

EU:s kemikalielag REACH trädde i kraft 2007 och ska vara fullt genomförd 2022. Under denna tid ska kemiföretagen ta fram kunskap om de mest använda kemikalierna. Kunskapen är i dagsläget relativt dålig om de mer än 100 000 industriellt tillverkade kemiska ämnen som används

i samhället i synnerhet när det gäller hormonstörande ämnen och kombinationseffekter mellan olika kemikalier.

Regeringens preciseringar av målet Giftfri miljö:

- Den sammanlagda exponeringen för kemiska ämnen via alla exponeringsvägar inte är skadlig för människor eller den biologiska mångfalden.
- Användningen av särskilt farliga ämnen har så långt som möjligt upphört.
- Spridningen av oavsiktligt bildade ämnen med farliga egenskaper är mycket liten och uppgifter om bildning, källor, utsläpp samt spridning av de mest betydande av dessa ämnen och deras nedbrytningsprodukter är tillgängliga.
- Förorenade områden är åtgärdade i så stor utsträckning att de inte utgör något hot mot människors hälsa eller miljön
- Kunskap om kemiska ämnens miljö- och hälsoegenskaper är tillgänglig och tillräcklig för riskbedömning
- Information om miljö- och hälsofarliga ämnen i material, kemiska produkter och varor är tillgänglig.

I regeringens etappmål pekas bland annat barns exponering ut som ett prioriterat område.

Utbyte av farliga kemikalier är en fråga om förbättrad arbetsmiljö, ökad patientsäkerhet och skydd av yttre miljön.

4.6.2 Nuläge

En samlad bild över vilka av regionens varor som kan innehålla skadliga ämnen saknas. Via upphandling har regionen dock minskat andelen produkter med skadliga mjukgörare (s.k. ftalater).

För att få en samlad bild av vilka varor i verksamheten som innehåller skadliga ämnen behövs en utredning och analys av läget med särskilt fokus på verksamheter där barn kan påverkas, dock saknas det resurser i dagsläget för att göra sådan utredning. För att aktivt kunna minimera andelen varor med skadliga ämnen behövs också insatser och resurser för att via upphandlingar ställa mer långtgående krav på varornas innehåll. En förutsättning är också att själva inköpen sker inom de upphandlade avtalen där dessa krav ställts.

Regionen inför våren 2015 ett kemikaliehanteringssystem som kommer att ge en samlad bild över vilka kemiska produkter (märkningspliktiga kemikalier) vi använder och i vilka mängder. I dagsläget saknas dock den bilden.

I jämförelse med andra landsting och regioner så använder vi i vår organisation gissningsvis 1500-2500 kemikalier som är klassade som giftiga, brandfarliga, hälsoskadliga, miljöfarliga, frätande m.m. Det krävs resurser för att sedan administrera systemet, utbilda och börja arbeta mer förebyggande och konstruktivt med t.ex. substitution av de skadligaste ämnena. Men förhoppningen är att man ute på enheterna kan arbeta mer konstruktivt med kemikalier istället för att lägga arbetstid på att skaffa fram säkerhetsdatablad.

Först när ett kemikaliehanteringssystem är på plats kan ett mer konstruktivt arbete påbörjas för att identifiera de farligaste kemikalierna och initiera ett substitutionsarbete. Det kommer dock att krävas resurser för att kunna ge det centrala stödet i arbetet som behövs.

Inom regionen återfinns kemikalier i princip i alla verksamheter och regionen behöver också en viss andel kemikalier för att verksamheterna skall kunna fungera. Regionen kan dock troligen göra ett bättre arbete med valet av kemikalier. De flesta andra landsting/regioner arbetar med utfasningslistor för kemikalier.

I både miljölagstiftningen och arbetsmiljölagstiftningen ställs krav på att riskbedömningar ska göras för de kemikalier som används. Det är inte gjort i vår verksamhet med några få undantagsfall.

Genom att ställa krav på vilka ämnen som inte får förekomma i regionens produkter, samt arbeta för att byta ut och minska användningen av farliga kemikalier, kan regionen minska sin påverkan på den yttre miljön och skapa en säker och mer hälsosam arbetsmiljö för medarbetare och patienter.

På Upphandlingsenheten arbetar man med att ställa krav för att undvika de mest skadliga ämnena, men det är när själva inköpen görs som valet görs. Det är därför viktigt att regler för hållbara inköp används som ett hjälpmedel för verksamheten för att undvika de mest skadliga ämnena och göra kloka val.

4.7 Läkemedel

4.7.1 Bakgrund

Läkemedel är till för att förebygga, bota eller lindra sjukdom och är gjorda för att brytas ner långsamt i kroppen. Vissa läkemedels förmåga att samlas i fettvävnad och den långsamma nedbrytningen gagnar människan, men kan orsaka problem för miljön. Det är en utmaning att tillgodose det ökande behovet av läkemedel och samtidigt balansera negativa effekter, exempelvis antibiotikaresistens hos bakterier. Kvaliteten på patienternas läkemedelsbehandling kommer emellertid alltid före eventuella miljörestriktioner för läkemedel.

I Sverige används ungefär 1200 aktiva läkemedelssubstanser, vilket motsvarar totalt ungefär 10 000 olika läkemedel för människor och djur[9].

Läkemedelsrester som inte bryts ner i kroppen eller i våra reningsverk hamnar förr eller senare i våra vattendrag. Drygt 150 olika läkemedelssubstanser har rapporterats i ytvatten och i renat kommunalt avloppsvatten i Sverige och andra västländer. Det finns idag inga krav i Sverige på att reningsverk ska kunna avlägsna läkemedelsrester.

Kunskapen om hur läkemedel påverkar miljön på sikt är idag begränsad. Forskare har konstaterat att könshormoner som finns i p-piller påverkar fiskars kön och fortplantningsförmåga. När rester av smärtstillande och antiinflammatoriska medel kommer ut i miljön kan dessa ge njur- och leverskador på djur. Utsläpp av antibiotika kan påskynda utvecklingen av resistenta bakterier.

Tillverkningen av aktiva substanser i läkemede l som används i Sverige sker i stor utsträckning i Indien, Kina och flera utvecklingsländer. Reningen av avloppsvatten från produktionen har i flera fall visat sig vara bristfällig och svenska forskare har hittat extremt höga halter av vissa läkemedel i vattendrag och sjöar i närheten av produktionsanläggningar.

Förutom att vi i Sverige exporterat miljöproblem till andra länder finns risk att resistenta bakterier utvecklas i miljön kring produktionsanläggningarna och sprids även till oss. Det är därför av stor vikt att vi gör vad vi kan för att bidra till att minska miljöpåverkan från läkemedel såväl vid tillverkningen som i vår egen verksamhet.

Kunskaperna om vilka allvarliga effekter andra läkemedel kan ha på vattenlevande organismer är idag väldigt begränsad. Det saknas i dagsläget krav på att ta fram data om miljöeffekter för läkemedel.

Flera landsting och regioner har nu tillämpat Miljöstyrningsrådets/Konkurrensverkets kriterier för att ställa miljökrav i läkemedelsupphandlingar och man bedömer att det finns en stor potential att åstadkomma en förändring i hur läkemedelsföretagen arbetar med minskade utsläpp av läkemedelsrester vid produktionsanläggningarna.

Lustgas är ett läkemedel som används för smärtlindring och anestesi. Den mesta lustgasen används vid förlossningar. Lustgas är också en mycket stark växthusgas och dels den gas som bidrar mest till nedbrytning av ozonskiktet. Långvarig exponering för förhöjda halter av lustgas kan även medföra ohälsa för medarbetare inom vården. Det finns alternativa smärtlindringsmetoder i viss mån, men lustgasen har så pass många behandlingsmässiga fördelar att det inte är rimligt att upphöra med användningen.

Minimering av läckage och uppsamling och destruktion av den lustgas som används är de sätt regionen kan minimera utsläppen. En destruktionsanläggning destruerar ca 90-95% av den uppsamlade lustgasen.

[9] Källa: SOU 2013:23

Regeringens preciseringar av målet Giftfri miljö:

- Spridningen av oavsiktligt bildade ämnen med farliga egenskaper är mycket liten och uppgifter om bildning, källor, utsläpp samt spridning av de mest betydande av dessa ämnen och deras nedbrytningsprodukter är tillgängliga.

Riksdagens etappmål för begränsad klimatpåverkan:

- Utsläpp av växthusgaser från verksamheter som inte ingår i handeln med utsläppsrätter ska minska med 40% till år 2020 jämfört med 1990.

4.7.2 Nuläge

Regionen är den största förskrivaren av humanläkemedel i länet och har möjlighet att påverka både vid inköp, förskrivning, användning och kassation.

Regionen har inte något som motsvarar ”Kloka listan” som flera landsting/regioner använder sig av där även miljöhänsyn tas med i förskrivningsrekommendationerna. Provtagning av läkemedelsrester har genomförts av landstinget vid tre tillfällen (2007, 2009 och 2011) i dagsläget finns inga planer på fortsatta provtagningar.

Läkemedelsgenomgångar, ökad användning av startförpackningar vid nyinsättning av läkemedel för långtidsbruk är exempel på åtgärder som inte bara kan gynna patienten. En effektivare läkemedelsanvändning kan minimera överkonsumtion och bidra till minskad kassation som i sin tur minskar även negativ miljöpåverkan.

I patientkontakter kan hälso- och sjukvården underlätta för patienten att hantera läkemedelskassation på ett korrekt sätt t.ex. genom information.

Lustgasutsläppen står för ca 15-20 % av regionens totala utsläpp av växthusgaser (statistik för referensåret 1990 saknas).

För att kunna göra konkreta minskningar av lustgasutsläppen krävs investering i en central destruktionsanläggning vid sjukhuset. En analys av förutsättningar, kostnader och effekt behöver göras.

4.8 Energi

4.8.1 Bakgrund

Tillgången på energi har stor betydelse för samhället. Samtidigt orsakar utvinning och användning av energi stora miljöproblem. Användningen av olja, kol, torv och naturgas, så kallade fossila bränslen, är den största källan till utsläpp av koldioxid, svaveldioxid och kväveoxider i Sverige.

De påverkar växthuseffekten, ger upphov till försurning av skog och mark, och orsakar hälsoproblem. Kärnkraftens största miljöpåverkan är strålningsrisker och miljöeffekter när uran utvinns ur marken och när använt kärnbränsle och kärnavfall ska slutförvaras i berggrunden. Vattenkraft, vindkraft, solenergi och biomassa kallas för förnybara bränslen. De påverkar miljön när marken används, till exempel när man bygger kraftverk. Idag finns ingen kommersiell reningsteknik för koldioxid. Utsläppen påverkas därför direkt av energianvändningen och hur mycket kol bränslet innehåller. Koldioxid släpps ut i atmosfären både vid förbränning av fossila bränslen och biomassa. Kolet, som släpps ut i form av koldioxid, har legat lagrat i jordskorpan i miljontals år. Utsläppen innebär därför ett tillskott av koldioxid till biosfären. Biomassa släpper ut koldioxid när det förbränns i samma mängd som det tog upp under sin tillväxt. Därför räknar man inte med några nettoutsläpp av koldioxid vid förbränning av biomassa, under förutsättning att biomassan tas ut på ett sådant sätt att inte skogs- eller jordbruksmarkens produktionsförmåga hotas.

Förnybara energikällor som vindkraft, vattenkraft och solenergi ger inte upphov till utsläpp av växthusgaser under användningsfasen.

Miljöpåverkan beror på tre faktorer: hur mycket energi som används, vilken energi och vilken teknik som används för att omvandla energin.

Energifrågan kopplad till klimatpåverkan är en prioriterad fråga både nationellt och internationellt. EU:s energimål för 2030 är minst 40% utsläppsminskning från 1990 års nivå år 2030 (nationellt bindande), minst en ökning 27% energieffektivisering, minst 27 % förnybar energi år 2030, 15% ökad energinätverk mellan medlemsstaterna år 2030.

Riksdagens mål är att den totala energianvändningen per uppvärmd areaenhet i bostäder och lokaler bör minska med 20 procent till år 2020 och med 50 procent till år 2050 jämfört med 1995. Regionen använder i sin verksamhet stora mängder energi vilket belastar miljön och ger upphov till betydande energikostnader. Energi- och klimatfrågan är därför av stor betydelse för regionen. Att arbeta med energifrågorna på ett långsiktigt och systematiskt sätt med fokus på resurshushållning och kretsloppsanpassning är av mycket stor vikt för att minska energianvändningen, reducera utsläppen av koldioxid och begränsa kostnadsökningarna.

Vården blir alltmer högteknologisk till gagn för en effektivare vård och förbättrade behandlingsresultat. Allt fler enheter på sjukhus är därmed präglade av högteknologisk utrustning vid diagnosticering, behandling och omvårdnad. Allt mer teknisk utrustning kräver dock energi. Trots alla energieffektiviseringar av fastigheternas elinstallationer, så var landstingets elanvändning på samma nivå 2014 som 1995 bland annat beroende på den alltmer teknikintensiva sjukvården.

Vid upphandling och inköp av utrustning som kräver energitillförsel är det viktigt att inte bara titta på inköpskostnaden, utan även vilka driftskostnader som tillkommer varav energikostnaden

ofta är en betydande del. I vissa fall går det inte bara åt energi att försörja själva utrustningen, utan även för att kyla utrymmet den används i.

4.8.2 Nuläge

Regionens fastighetsbestånd är till största delen byggt under 60-70-talet. Regionen har under många år arbetat systematiskt med fastigheter och installationer för att energieffektivisera byggnaderna. De senaste 10 åren har ca 1,5 miljoner per år använts till energieffektiviseringar. Framöver ser regionen allt större utmaningar att nå målen då ytterligare effektiviseringar innebär svårare åtgärder och i vissa fall längre pay-off-tider.
Det arbetet fortsätter, men regionen behöver också arbeta aktivt för att den utrustning som behövs för verksamheten också är så energieffektiv som möjligt. Av den totala energianvändningen står värmeenergi för 52 % och elenergi för 48 % (2012). Elen som verksamheterna själva använder utgör ca 50% av den totala elenergin. En stor utmaning är att genom förändring av vanor och beteenden hushålla med energi. Information är en färskvara och regionen måste därför ha återkommande diskussioner och information om hur regionen kan påverka energianvändningen på ett positivt sätt.

År 2014 fattades beslut om att hela höghuset på Östersunds sjukhus under 2015 ska förses med komfortkyla. Ytterligare teknikutrustningar kommer att införas under 2015. Sammantaget ger det ett ökat kylbehov vilket ger ökad elanvändning.

Regionen behöver också arbeta mer med att ställa energikrav vid inköp.

Regionen har investerat i egen produktion av el i form av ett vindkraftverk som togs i drift hösten 2014. Vindkraftverket beräknas kunna försörja regionen med 30% av det totala el-energibehovet.

4.9 Resor och transporter

4.9.1 Bakgrund

Transporter bidrar till påverkan på mark och vatten, klimatet, människors hälsa och natur- och kulturvärden. Transporterna har ökat kraftigt i takt med ett stigande välstånd. Problemet med de ökade transporterna är att de nästan uteslutande drivs med fossila drivmedel. Det svenska transportsystemet är i dagsläget starkt beroende av fossila bränslen och inrikes transporter svarar för nästan en tredjedel av Sveriges totala utsläpp av växthusgaser. För att minska transportsektorns klimatpåverkan måste fordonen bli mer energieffektiva och andelen fordon som drivs med förnybara bränslen öka.

Jämtlands län är ett stort geografiskt område dominerat av glesbygd vilket medför många och långa transporter på landsväg. Jämtlands län har en vision om att vara fossilbränslefritt år 2030.

Visionen är en möjlig framtidsbild, men en djärv utmaning. Utvecklingen av fordon med alternativ drift och bränslesnåla fordon har gått snabbt framåt, men Jämtlands län har en av Sveriges äldsta bilparker med en genomsnittsålder på över 12 år för personbilar i trafik.

När vi inom verksamheten reser bör vi välja det resesätt som påverkar miljön minst, men där det går att hitta lösningar utan att resa bör vi prioritera det alternativet.

Resfria möten kan erbjuda en organisation ett alternativ till kostsamma, tidskrävande och miljöbelastande tjänsteresor. De främsta skälen till varför företag och andra organisationer börjar använda resfria möten är att spara tid och pengar för resandet men transporter och resor står även för en stor del av en organisations miljö- och hälsobelastning och är ofta den största belastningen i tjänsteföretag.

Studier visar att mäns och kvinnors resande skiljer sig åt. Visserligen använder vi lika mycket tid för resande, men vi reser olika långt och med olika transportmedel. Män använder i större utsträckning än kvinnor bil medan kvinnor oftare åker kollektivt eller cyklar.[10]

Distansoberoende teknik kan även användas för vård på distans.
Det finns många fördelar som kan uppnås med vård på distans såsom tillgång till högre kompetens och mer avancerad utrustning på olika områden än som finns i den egna organisationen/vårdenheten, snabbare diagnostisering och behandling än via remiss o.d., minskade fysiska persontransporter för patienter och anhöriga och för personalen, ökade och mer varierade möjligheter för patienter/vårdtagare och anhöriga/närstående att kommunicera med vården och med varandra, ökade möjligheter att ordna flerpartsmöten i vilka alla parter är ”närvarande”, minskade kostnader för personal, jour m.m., bättre och snabbare tillgång till aktuell medicinsk information om diagnostisering, behandlingsmetoder både för vårdpersonal och för patienter och allmänhet, samt bättre stöd för vårdpersonalen i grund- och fortbildning, träning o.d.

Riksdagens mål:

- 10 procent förnybar energi i transportsektorn 2020.
- Sverige ska år 2030 ha en fordonsflotta som är oberoende av fossil energi.
- 40 procent minskning av utsläppen av klimatgaser, jämfört med 1990. Utsläppen ska ske inom den icke handlande sektorn. (Den så kallade icke handlande sektorn omfattar bland annat transporter, jordbruk, bostäder och lokaler).

[10] *Kommunförbundet: Ojämnställdhetens miljöer, Helén Lundkvist, 1998*

4.9.2 Nuläge

Tjänsteresor och transporter står för en stor del av regionens koldioxidutsläpp. Statistik för sjukresor och patienttransporter saknas i dagsläget..

För våra egna transporter och resor inom länet är det en stor utmaning att nå målen om kraftigt minskade utsläpp och förnybara bränslen. Jämtlands län är ett stort län geografiskt med befolkning fördelat över hela länet. I dagsläget är det en stor brist på alternativ bränsleinfrastruktur. Telemedicin/televård och resfria möten kan då vara en framgångsfaktor.

I nuläget är räckvidden för elbilar samt bränsleinfrastrukturen för biogas begränsande faktorer. Utvecklingen inom såväl fordonsteknik som bränsleinfrastruktur sker dock snabbt. Våra relativt korta leasingavtal för tjänstebilar (3 år) möjliggör relativt snabb anpassning till utvecklingen.

När det gäller längre resor så bör regionen arbeta för att i möjligaste mån använda resfria alternativ så långt möjligt. Det handlar då till stor del att göra tekniken känd och att fler börjar använda möjligheterna. I utbildnings- och informationsinsatser bör man beakta de generella skillnaderna i mäns och kvinnors resmönster. Det behövs minst en fast tjänst som arbetar med frågorna om informationsspridning, teknikstöd och utveckling. När det gäller sjukresor behöver regionen titta närmare på sjukresestatistiken för att bedöma läget.

Under 2012 beslutades om *Landstingsgemensamma regler för resor inom Jämtlands läns landsting* där man fastlår att grundsynen är att alternativa mötesformer som begränsar resandet alltid ska övervägas (telefonmöten, videokonferenser, datakonferenser mm) samt att allmänna kommunikationsmedel ska väljas i första hand m.m..

Om man gör en utredning om klimatkompensation finns det exempel regionen kan ta del av, bland annat landsting som använt sig av klimatkompensationssystem för att främja valet av transporter med mindre klimatpåverkan.

4.10 Livsmedel

4.10.1 Bakgrund

Produktion och transporter av livsmedel står för en betydande del av den globala miljöpåverkan. Det omfattande beroendet av fossila insatsmedel i livsmedelsproduktionen och en hög köttkonsumtion ger en stor klimatbelastning. I många områden leder också konstbevattning till allvarlig vattenbrist. Kretsloppet av viktiga näringsämnen som kväve och fosfor är satt ur balans och leder bland annat till övergödning av sjöar och hav. Kemiska bekämpningsmedel, monokulturer och skogsavverkning påverkar den biologiska mångfalden negativt. Rapporter visar att antalet djur- och växtarter på jorden minskar i en högre takt än någonsin tidigare.

Spridningen av bekämpningsmedel orsakar skador och dödsfall bland arbetare i produktionen, och rester av bekämpningsmedel i maten riskerar också att påverka konsumenternas hälsa negativt. Livsmedelsverkets stickprov visar att 74 procent av importerad frukt och grönt innehåller rester av bekämpningsmedel, och 6 procent har halter som överskrider fastställda gränsvärden. Ekologiska livsmedel innehåller inga rester av bekämpningsmedel. Förutom de miljömässiga konsekvenserna av livsmedelsproduktionen kan kraven på billiga livsmedel även leda till arbetsmiljörisker och oacceptabla arbetsvillkor för anställda i produktionen. Prispress kan även leda till bristande djuromsorg, genom till exempel trängsel, långa transporttider och plågsam behandling vid slakt.

I många länder används antibiotika i förebyggande syfte i djurhållningen istället för restriktivt vid behandling av diagnostiserade åkommor. En för vidlyftig användning av antibiotika kan leda till ökad resistensutveckling.

Sverige har en mycket låg antibiotikaförbrukning inom djursektorn. En viktig orsak till detta är det goda djurhälsoläge som vi har i Sverige, men också att vi i Sverige var tidigt ute då det gäller att begränsa avarter av antibiotikaanvändning. I många andra länder, t.ex. USA och Nederländerna, ligger huvuddelen av antibiotikaförbrukningen inom veterinärmedicinen och animalieproduktionen. I Sverige är förhållandet tvärtom och huvuddelen används inom humanmedicin.

I den ekologiska odlingen använder man inte konstgödsel och kemiska bekämpningsmedel. Fodret till djuren är i huvudsak producerat på den egna gården. Det är också viktigt att djuren får vistas utomhus och att de får utlopp för sina naturliga beteenden. Läkemedel för djur, till exempel antibiotika, används restriktivt. Om ett djur får läkemedel förlängs karenstiden innan djuret slaktas. Genetiskt modifierade organismer får inte användas vid ekologisk produktion. Bestrålning är inte heller tillåten. Ett fåtal tillsatser och så kallade processhjälpmedel kan användas reglerat.

Världshälsoorganisationen WHO uppskattar att 3 miljoner bönder och lantarbetare förgiftas av kemiska bekämpningsmedel årligen, och att 250 000 dör. Vissa kemikalier kan orsaka missfall, fosterskador och cancer och gör därmed barn särskilt utsatta.. Etiskt och ekologiskt producerade livsmedel ger bättre arbetsmiljö och arbetsvillkor för jordbruksarbetare i utvecklingsländer och en hälsosammare miljö för lokalbefolkningen. Kraven för ekologisk produktion innebär också en förbättrad djuromsorg, då stor hänsyn tas till djurens naturliga beteenden och behov. Spridningen av bekämpningsmedel vid livsmedelsproduktion orsakar skador och dödsfall bland arbetare i produktionen, och rester av bekämpningsmedel i maten riskerar också att påverka konsumenternas hälsa negativt. Förutom de miljömässiga konsekvenserna av livsmedelsproduktionen kan kraven på billiga livsmedel även leda till arbetsmiljörisker och oacceptabla arbetsvillkor för anställda i produktionen.

Kriterierna för att få ge sina produkter en socialt-etisk märkning garanterar att producenter får ett minimipris för sin vara som överstiger produktionskostnaden och världsmarknadspriset. Anställda vid exempelvis plantager har rätt till den nationellt lagstadgade minimilönen. Kriterierna innefattar även att diskriminering och barnarbete motverkas bland anställd arbetskraft och de anställda skall ha rätt att organisera sig och rätt till ett ordentligt anställningsavtal. Maten står för

en betydande del av vår klimatpåverkan – för en genomsnittlig svensk kommer drygt 25 % av utsläppen från matkonsumtionen. Enligt beräkningar som SCB och Naturvårdsverket gjort genererade aktiviteten ”att äta” i snitt drygt 2 ton CO2e per person och år, troligtvis är det ännu mer.

Olika livsmedel och produktionsmetoder ger upphov till mycket varierande utsläpp och därför är maten ett område där man kan minska sin klimatpåverkan genom aktiva val och förändringar i kostvanor.

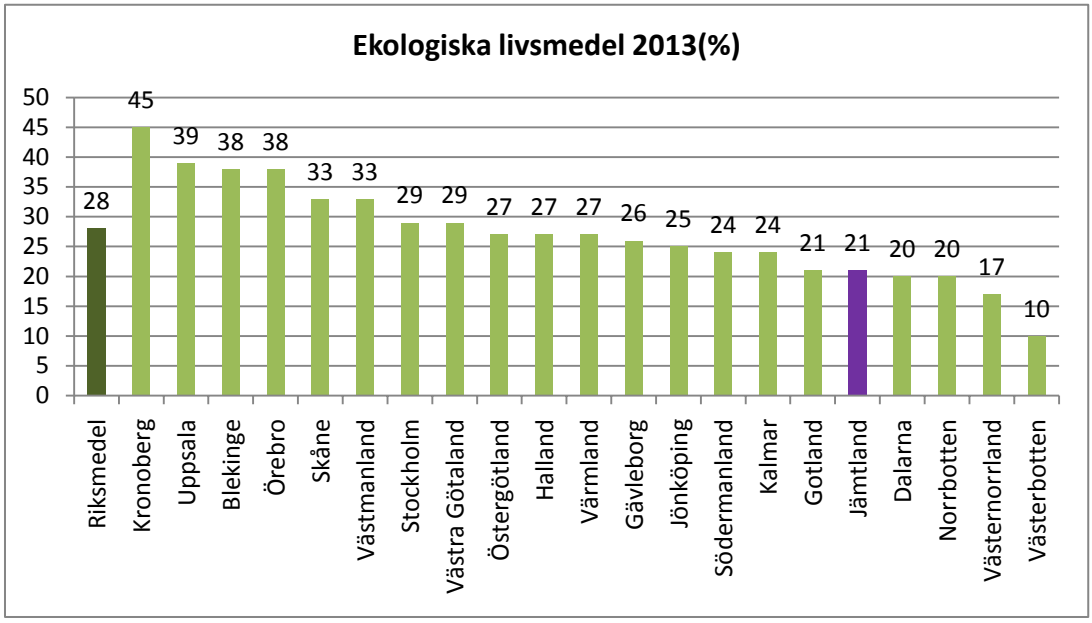
Det omfattande beroendet av fossila insatsmedel i livsmedelsproduktionen och en hög köttkonsumtion ger en stor klimatbelastning.

Regeringens nationella inriktningsmål för konsumtionen:

- 25 % ekologiska livsmedel i offentlig sektor till 2010.
  (Målet förlängdes fram till 2013)

4.10.2 Nuläge

Landstinget hade för 2013 som mål att andelen ekologiska livsmedel skulle vara 20% av de totala livsmedelsinköpen räknat i kronor och resultatet blev 20,7 %. Från 2015 tillkommer skolköken.



När bättre priser förhandlas fram sänkts andelen inköpta varor i kronor medan volymen är densamma vilket gäller även ekologiska livsmedel och socialt-etiskt märkta livsmedel vilket får effekt på måluppfyllelsen då målvärdet är relaterade till kostnaderna.

Det i dagsläget begränsade utbudet av produkter med socialt-etiskt märkning gör att behoven/konsumtionen av livsmedel inom dessa produktgrupper också är en starkt begränsande faktor.

Ekologiska livsmedel är i genomsnitt 25-30% dyrare än konventionella livsmedel och man bör väga in den aspekten i förhållande till målsättning i planeringen.

Kostenheten planerar redan i dagsläget råvaror efter säsong. Inom patientkosten finns vissa begränsningar avseende förutsättningarna för anpassning, då maten som tillagas skall ha ett visst näringsmässigt innehåll och vara anpassad för att ett optimalt tillfrisknande skall kunna ske. Kostenheten ser inga problem att servera klimatsmart mat men en förutsättning för att få ekonomin att gå ihop är att matgästerna ökar alternativt att budgeten förstärks. För att arbeta med klimatsmart mat gäller det att arbeta med matsedlar, göra klimatberäkningar, förnya recept, välja produkter och matlagningsmetoder. För att klara detta kommer det även att behövas mera resurser i administrationen

Ett annat sätt att minska miljöpåverkan från livsmedelsområdet är insatser för att minska matsvinn. Det är beslutat att tillagningsköket på Östersunds sjukhus ska byta tillagningsmetod till cook-chill vilket kan ge bättre förutsättningar att minska matsvinn från den tillagade maten eftersom varmhållen mat inte får sparas för att serveras vid ett senare tillfälle. Med cook-chill sparas maten kallt och behöver inte värmas upp förrän innan mat vet att den ska serveras och ätas.

4.11 Strategiskt arbete

4.11.1 Bakgrund

Miljöteknik är ett sammanfattade begrepp för tekniska lösningar som syftar till att vara miljövänliga. Det kan handla om allt från utveckling av vindkraftverk och miljövänliga bilar till miljövänliga kemikalier i industriprocesser och även hållbara produkter och tjänster till sjukvårdssektorn. I många fall sammanfaller lösningar för miljöteknik med lösningar för kvalitetsteknik och det kallas även *Cleantech*.

Regionen kan medverka till innovation och teknikutveckling till exempel genom att delta när det sker innovationsupphandlingar av produkter som verksamheten har behov av samt att ställa upp som referensmiljö för nya produkter.

Den pågående klimatförändringen kommer att påverka människors hälsa på väldigt många olika sätt och drabbar generellt barn, kvinnor och äldre hårdare. Mer intensiva värmeböljor och högre halter av ozon leder till ett ökat antal sjukdomsfall och att fler dör. Små barn har svårare att reglera värme än vad vuxna har och spädbarn har svårt att hålla rätt kroppstemperatur. Små barn och äldre blir därför särskilt utsatta vid t.ex. värmeböljor. Häftiga skyfall och översvämningar

orsakar fuktproblem och mögel i byggnader som ökar risken för luftvägsproblem, astma och allergi. Stora nederbördsmängder kan även leda till förorenat dricksvatten och risk för ras. Milda och nederbördsrika vintrar ändrar förutsättningarna för insekter och smittspridning. Det har konstaterats att värmeböljor ökar antalet sjukhusvårdade för problem från andningsorganen. Antalet inlagda ökar med 3% per grad när det är varmt säger en studie där bland annat Stockholm ingick. Bland äldre är ökningen ungefär dubbelt så kraftig. Även dödsfallen i andningsorganens sjukdomar samt i hjärt-kärlsjukdomar ökar signifikant med temperaturen på sommaren.

Vatten av god kvalitet är nödvändigt för att vi människor ska upprätthålla en god hälsa. Vi behöver rent vatten för att dricka, laga mat och tvätta oss och tillgång på vatten av god kvalitet i tillräcklig mängd är extra viktigt inom hälso- och sjukvården.

Jämtlands län har i flera områden en berggrund bestående av bland annat alunskiffrar som är rikt på uran och andra tungmetaller. Under de senaste åren har ett antal tillstånd för prospektering av uran i Jämtlands län lämnats av Bergsstaten. Brytning av alunskiffer riskerar att hota miljön både direkt, i form av ökade strålningshalter och utsläpp till luft och vatten, och indirekt, genom att den positiva bilden av länet och produkter från länet kan förändras.

Region Jämtland Härjedalen är ett av de minsta landstingen/regionerna i Sverige. Regionen är därför extra beroende av samverkan med andra aktörer för att utbyta erfarenheter och goda exempel. Landstingen och regionerna i Sverige har ett antal nätverk inom miljöområdet som ger mycket kunskapsutbyte. Sveriges högskolor och universitet, statliga myndigheter, kommuner och andra organisationer har också kunskap och erfarenheter där regionen i samverkan kan hitta synergieffekter i olika former.

4.11.2 Nuläge

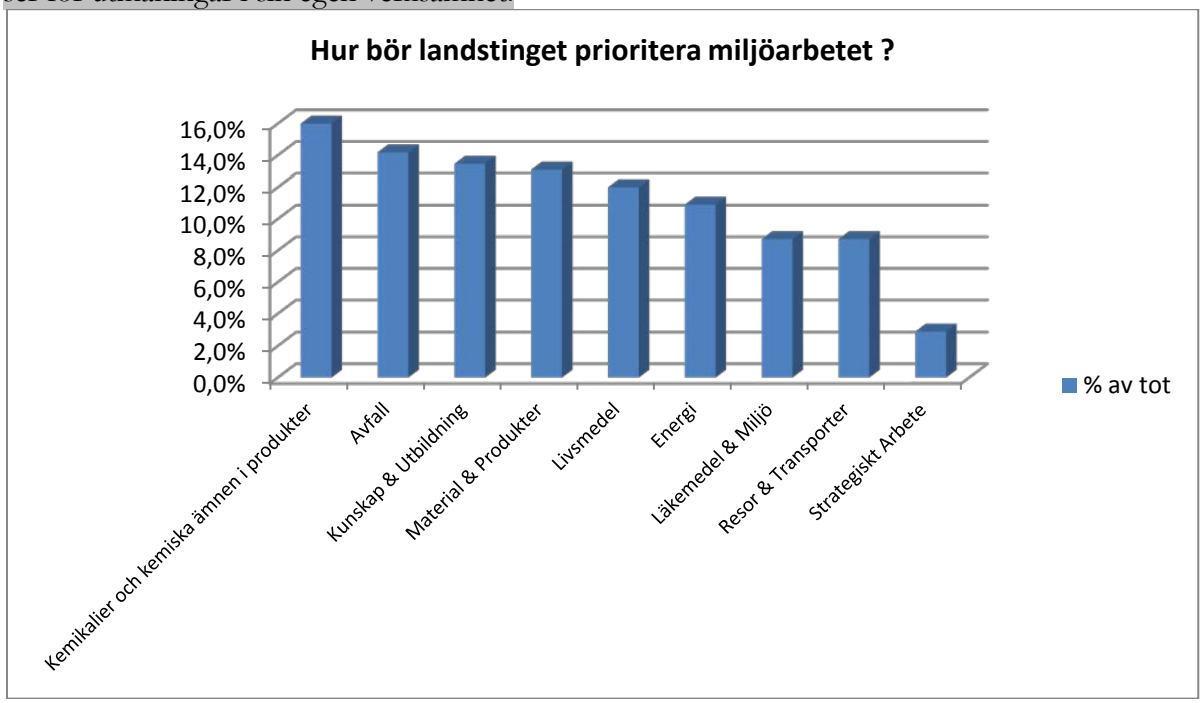
Landstinget var tidigare projektägare för ett projekt för att främja framtagande av PVC-fria blodpåsar som inte finns på marknaden i dagsläget. Projektet övergick senare till Jegrelius på Regionförbundet Jämtlands län och fortsätter nu i regionens regi. Landstinget har också deltagit som referensmiljö på spädbarnsavdelningen för spädbarnskläder av bambu och ekologisk bomull.

I regionens risk- och sårbarhetsanalys är dricksvattenförsörjningen en prioriterat fråga och möjligheterna att säkra dricksvattenförsörjningen ska utredas närmare. I regionens arbete med risk- och sårbarhetsanalyser är inriktningen på klimatrelaterade händelser för nuvarande mandatperioden.

Regionen medverkar till viss del i landstingen och regionernas miljönätverk, men på grund av begränsade resurser är behovet i dagsläget betydligt större än möjligheterna att delta. Detsamma gäller samverkan med andra myndigheter och organisationer, men det finns en stor potential att hitta effektiva samarbeten med ett större nätverk.

5 UTVÄRDERING OCH REVIDERING

Den långsiktiga utvecklingsplanen, område miljö följs upp inför varje kommande revidering. Den första revideringen sker under 2015, därefter vart 4:e år, då under första året av respektive mandatperiod. Inför första revideringen sker dock ingen uppföljning då planen är implementerad först med Regionplan 2015-2017 i enlighet med gällande styrmodell.
Medarbetardialog genomfördes i samband med miljöombudsutbildning 2014. Det var en väldigt jämn fördelning över vilka områden som miljöombuden ansåg behöver prioriteras. En viss rangordning kan man dock se. Prioriteringen kan även ses mot bakgrund till vad miljöombuden ser för utmaningar i sin egen verksamhet.



Mål och aktiviteter i planen ska brytas ner i planer enligt regionens styrmodell som följs upp i sin tur enligt gällande rutiner.

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

2015-03-02

RS/63/2015

Bilaga – Kommentarer till revidering av mål och aktiviteter

Mål 2.4
Ändrat från ”Kemikalier och kemiska ämnen i produkter” till ”Kemikalier och kemiska ämnen i varor”. En anpassning till den europeiska kemikalielagstiftningen som skiljer på kemiska produkter (såsom t.ex. etanol, klorhexidinsprit) och kemikalier i varor (kemikalier i t.ex. möbler, datorer, plasthandskar, slangar).

Tillägg av ett mål: ” Öka medvetenheten om kemikalier och kemiska ämnens påverkan på hälsan”.
Med införandet av kemikaliehanteringssystemet samt regler för hållbar upphandling under 2015 finns bättre förutsättningar att få en ökad medvetenhet. Det finns också med som ett av länets prioriterade miljömål och det finns ett etablerat samarbete med Länsstyrelsen inom området där en omgång seminarier genomfördes december 2014. Ligger också i linje med miljöpolicyns punkt om *”arbeta aktivt för att öka insikten om sambandet mellan miljö, hälsa, jämställdhet och jämlikhet.”*

Mål 2.7.1
Föreslår att målet om ”Minska behovet av resor och transporter” tas bort med motiveringen att det är ett ganska oprecist mål och det kan vara svårt att bryta ner i vidare planverk.. Målen att ”öka nyttjande av distansoberoende teknik” samt ”utveckla samverkanstransporter av nödvändiga material” i sig omfattar till stor del den första punkten och är mer konkreta.

”Resor som medför utsläpp av växthusgaser klimatkompenseras” föreslås ändras till ”Tjänsteresor som medför utsläpp av växthusgaser ska klimatkompenseras”.
Vi ser det mer hanterbart att börja med tjänsteresor. Att även klimatkompensera arbetspendling och patient- och sjukresor blir väldigt mycket att hantera inte minst administrativt.

Mål 2.9.1
”Som stor aktör medverka till innovation och teknikutveckling framför allt inom clean-tech” föreslås ändras till: ”Som stor aktör, i enlighet med regionens innovationsstrategi, medverka till innovation och teknikutveckling”.
Det är lämpligt att koppla ihop denna punkt med regionens innovationsstrategi. Begreppet ”clean-tech” är relativt okänt begrepp för de flesta och vi bedömer att begreppet kan tas bort utan att förändra innebörden då målet står i utvecklingsplanen för miljö.

Aktiviteter 3.4.1.
”Framtagande av landstingsgemensamma regler för hållbara inköp” föreslås strykas eftersom ett förslag nu tagits fram under 2014 och ska behandlas av regiondirektörens ledningsgrupp i början av 2015.
En ny aktivitet föreslås: ”Riktade informationsinsatser om kemikalier och kemiska ämnens påverkan på människors hälsa och miljön” i enlighet med nytt mål under 2.4 med samma motivering.

Aktiviteter 3.6.1.
”En fördjupad analys behöver göras av…. ” föreslås ändras till ”Fortsatt arbete i enlighet med identifierade möjliga energieffektiviseringsåtgärder samt hur klimatpåverkan från energianvändningen kan minimeras.
Fastighetsenheten bedömer att möjliga åtgärder redan är identifierade och att det är arbetet med dessa som är utmaningen.

Övriga ändringar i mål och aktiviteter är tillägg att det rör egna verksamheter och egna fastigheter samt ändrat från ”landstinget” till ”regionen” samt ”Miljöstyrningsrådet” till ”Konkurrensverket”.

§ 52 Remiss Revidering av långsiktig utvecklingsplan, område miljö (RUN/473/2015)

Ärendebeskrivning

Långsiktig utvecklingsplan, område miljö beslutades 2013-11-27 av landstingsfullmäktige och omfattar 34 prioriterade mål och 40 aktiviteter inom 9 områden som ska uppfyllas den närmaste tolvårsperioden. LUP miljö omfattar målsättningar för vad vi ska åstadkomma i vår egna verksamhet (organisationen Region Jämtland Härjedalen) inom området miljö

Enligt regionens gällande styrmodell ska mål och aktiviteter i de långsiktiga utvecklingsplanerna implementeras och konkretiseras i regionplan och sedan vidare i styrelsens och nämndernas verksamhetsplaner, direktörens och förvaltningschefernas verksamhetsplaner, för vilka delar som ska genomföras den närmaste tidsperioden. LUP miljö ska följa mandatperioderna och revideras vart fjärde år.

Beslutsunderlag

Reviderad långsiktig utvecklingsplan, område miljö - remissversion
Bilaga – Kommentarer till revidering av mål och aktiviteter.
Protokollsutdrag Regionstyrelsen 2015-02-24--25 § 55 Revidering av långsiktig utvecklingsplan, område miljö.
Protokollsutdrag från arbetsutskottet 2015-03-27, § 70.

Förvaltningschefens förslag

Arbetsutskottet föreslår

Regionala utvecklingsnämnden ställer sig bakom förslaget till reviderad Långsiktig utvecklingsplan, område miljö, och kommer att särskilt beakta de avsnitt som har ett utpräglat regionalt perspektiv i samband med utarbetandet av regionala utvecklingsnämndens verksamhetsplan 2016 och framåt.

REGIONALA UTVECKLINGSNÄMNDENS ARBETSUTSKOTTS BESLUT

Arbetsutskottet föreslår

Regionala utvecklingsnämnden ställer sig bakom förslaget till reviderad Långsiktig utvecklingsplan, område miljö, och kommer att särskilt beakta de avsnitt som har ett utpräglat regionalt perspektiv i samband med utarbetandet av regionala utvecklingsnämndens verksamhetsplan 2016 och framåt.

Förslag till beslut på mötet

Karin Österberg (MP) yrkar följande:

1. Regionala utvecklingsnämnden ställer sig bakom förslaget till reviderad Långsiktig utvecklingsplan, område miljö, vilken kommer att särskilt beaktas i samband med utarbetandet av regionala utvecklingsnämndens verksamhetsplan 2016 och framåt.

2. Planen omfattar dock primärt Region Jämtland Härjedalens egna verksamheter och anställda varför nämnden ser behov att se ta fram en plan även för regionens arbete inom miljöområdet ur ett regionalt perspektiv och med de länsövergripande miljömålen som grund.

3. Utskottet för hållbar omställning får i uppdrag att ta fram en plan i enlighet med punkt 2. Ärendet återrapporteras till nämnden den 15 december.

Beslutsgång

Ordförande frågar på Karin Österbergs (MP) yrkande och finner det antaget.

REGIONALA UTVECKLINGSNÄMNDENS BESLUT

1. Regionala utvecklingsnämnden ställer sig bakom förslaget till reviderad Långsiktig utvecklingsplan, område miljö, vilken kommer att särskilt beaktas i samband med utarbetandet av regionala utvecklingsnämndens verksamhetsplan 2016 och framåt.

2. Planen omfattar dock primärt Region Jämtland Härjedalens egna verksamheter och anställda varför nämnden ser behov att se ta fram en plan även för regionens arbete inom miljöområdet ur ett regionalt perspektiv och med de länsövergripande miljömålen som grund.

3. Utskottet för hållbar omställning får i uppdrag att ta fram en plan i enlighet med punkt 2. Ärendet återrapporteras till nämnden den 15 december.

Utdrag till

Regionstyrelsen

Vårdvalsnämnden

§ 14 Remiss Revidering av långsiktig utvecklingsplan, område miljö (VVN/14/2015)

Ärendebeskrivning

Långsiktig utvecklingsplan, område miljö (LUP Miljö) LS/1792/2012 beslutades 2013-11-27 av landstingsfullmäktige och omfattar 34 prioriterade mål och 40 aktiviteter inom 9 områden som ska uppfyllas den närmaste tolvårsperioden. LUP miljö omfattar målsättningar för vad vi ska åstadkomma i vår egna verksamhet (organisationen Region Jämtland Härjedalen) inom området miljö.

Vårvalsnämnden har av regionstyrelsen fått i uppdrag att lämna synpunkter på revidering av långsiktig utvecklingsplan område miljö inför slutligt beslut i styrelsen.

Beslutsunderlag

Förslag till reviderad Långsiktig utvecklingsplan, område miljö – remissversion.
Bilaga – Kommentarer till revidering av mål och aktiviteter.

Regiondirektörens förslag

Vårdvalsnämndens ordförande får i samråd med vice ordförande i uppdrag att besvara Remiss Revidering av långsiktig utvecklingsplan, område miljö.

Yrkande

David Berglund (S) yrkar följande:
Vårdvalsnämnden har inga synpunkter på förslaget till revidering av långsiktig utvecklingsplan område miljö.

Proposition

Ordförande ställer proposition på David Berglunds (S) yrkande och finner det antaget

VÅRDVALSNÄMNDENS BESLUT

Vårdvalsnämnden har inga synpunkter på förslaget till revidering av långsiktig utvecklingsplan område miljö.

Förfrågningsunderlag

Hälsoval Region Jämtland Härjedalen 2016

I Alla ändringar är markerade med en linje i vänster marginal.

Tillägg är skriven med röd text.

~~Det som skall tas bort är överstruket.~~

Gulmarkering= uppgifter ej klara i skrivande stund

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INNEHÅLLSFÖRTECKNING 2
INBJUDAN ATT LÄMNA ANSÖKAN OM ATT DELTA I HÄLSOVAL REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN 5
1 DEFINITIONER 7
2 INLEDNING 8
2.1 ALLMÄNT OM HÄLSOVAL REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN 8
2.2 VÅRDGIVARENS ÅTAGANDE OCH UPPDRAG 9
2.2.1 Närområde Gäddede 9
2.3 LISTNING 9
3 UPPDRAGSSPECIFIKATION 10
3.1 OMFATTNING 10
3.1.1 Mottagningsverksamhet för såväl akut som planerad utredning, vård och behandling 11
3.1.2 Rehabilitering och habilitering 12
3.1.3 Psykosocial verksamhet 13
3.1.4 Läkarinsatser inom den kommunala hälso- och sjukvården 13
3.1.5 Rådgivning 14
3.1.6 Jour och beredskap 14
3.1.7 Mödrahälsovård 15
3.1.8 Barnhälsovård 15
3.1.9 Medicinsk service 16
3.1.10 Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser 16
3.1.11 Smittskydd och vårdhygien 17
3.1.12 Utbildningsansvar 17
3.2 LÄKEMEDEL 17
3.3 HJÄLPMEDEL 18
3.4 TILLGÄNGLIGHET 18
3.5 SAMVERKAN 19
3.5.1 Informationsöverföring och vårdplanering 20
3.6 KVALITET OCH PATIENTSÄKERHETSARBETE 20
3.7 KRIS OCH KATASTROFBEREDSKAP 21
3.8 SAMHÄLLSMEDICINSKT ANSVAR 22
3.9 FORSKNING OCH UTVECKLING 22
3.10 TILLÄGGSUPPDRAG 23
3.10.1 Familjecentral 23
3.10.2 Särskilt boende 23
3.10.3 Utveckling och utbildning 24
3.10.4 Fortbildning 24
3.10.5 ST-läkare 24
3.10.6 AT-läkare 25
3.10.7 AT- och ST-studierektor inom primärvård 25
3.10.8 Lektor inom regionaliserad läkarutbildning 25
3.10.9 Ambulansverksamhet i Gäddede 25
3.10.10 Utvecklingsuppdrag folkhälsoarbete 25
3.10.11 Rehabkoordinator 26
3.10.12 Primärvårdskonsulter 26
3.11 VERKSAMHETER SOM INTE OMFATTAS AV HÄLSOVALET 26
4 ERSÄTTNING 27
4.1 ERSÄTTNING FÖR LISTADE PERSONER 27
4.1.1 Ersättning per listad person 28
4.1.2 Socioekonomisk faktor 29
4.1.3 Glesbygdsfaktor 29
4.1.4 Läkemedel 29
4.2 RÖRLIG ERSÄTTNING 30

4.2.1 Patientavgift 30
4.2.2 Patienter från andra landsting/regioner och andra länder 31
4.2.3 Asylsökande/ kvotflyktingar 31
4.2.4 Patienter som inte är listade på vårdenheten 31
4.2.5 Listads besök hos vårdgivare med nationell taxa 32
4.2.6 Ersättning för utbildning och handledning 32
4.2.7 Överenskommelser mellan staten och SKL 32
4.2.7.1 Sjukskrivningsprocess och Rehabgaranti 32
4.2.8 Utveckling 2016 33
4.3 TILLÄGGSERSÄTTNING 33
4.3.1 Familjecentral 33
4.3.2 Särskilt boende 33
4.3.3 Utveckling och utbildning 33
4.3.4 Fortbildning 34
4.3.5 ST-läkare 34
4.3.6 AT-läkare 34
4.3.7 AT- och ST-studierektor inom primärvård 34
4.3.8 Ambulansverksamhet i Gäddede 34
4.3.9 Utvecklingsuppdrag för folkhälsoinsatser 34
4.3.10 Rehabkoordinatorer 35
4.3.11 Primärvårdskonsulter 35
5 UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING 36
5.1.ALLMÄNNA FÖRUTSÄTTNINGAR 36
5.2 METODER 37
5.2.1 Enskild uppföljningsdialog 37
5.2.2 Gemensam dialog 37
5.2.3 Särskilda fördjupningar 38
5.2.3.1 Fördjupad riskbaserad uppföljning 38
5.2.3.2 Fördjupad tematisk uppföljning 38
5.2.4 Samlad årlig analys 38
5.3 STRUKTUR 39
5.4 INDIKATORER 39
5.4.1 Förutsättningar 39
5.4.2 Verksamhet 40
5.4.3 Struktur för kvalitet 41
5.4.4 Kvalitet 42
5.4.4.1 Patientupplevd kvalitet 43
5.4.4.2 Medicinsk kvalitet 43
5.4.4.3 Patientsäkerhet 45
6 ALLMÄNNA VILLKOR 46
6.1 LAGAR, FÖRORDNINGAR OCH ANVISNINGAR 46
6.2 STYRDOKUMENT OCH POLICYSKRIFTER 46
6.3 KOMPETENS OCH BEMANNING 46
6.4 UNDERLEVERANTÖR 47
6.5 PATIENTJOURNAL 47
6.6 PATIENTNÄMND 47
6.7 PATIENTFÖRSÄKRING 47
6.8 FÖRSÄKRINGAR 48
6.9 UTRUSTNING 48
6.10 ANNAN VERKSAMHET 48
6.11 LOKALER 48
6.12 INFORMATION 48
6.12.1 Hälsovalssymbol för signal om godkännande 49
6.12.2 Kontaktuppgifter och grundutbud 49
6.12.3 Väntrumsinformation 49
6.12.4 E-tjänster och utveckling av informationstjänster 49
6.12.4.1 Utgivning av SITHS e-tjänstekort 50

6.13 MARKNADSFÖRING 50
6.14 SJUKRESOR 50
6.15 TOLKSERVICE 50
6.15.1 Språktolk 50
6.15.2 Tolkcentralens tjänster 51
6.16 IT-TJÄNSTER/SYSTEM 51
6.17 TELEFONI 52
6.18 MILJÖKRAV 52
6.19 ALLMÄNHETENS INSYN OCH MEDDELARFRIHET 53
6.20 PERSONUPPGIFTSLAGEN 53
6.21 KOLLEKTIVAVTAL ELLER LIKVÄRDIGT 53
6.22 SEKRETESS OCH TYSTNADSPLIKT 53
6.23 SKATTE- OCH AVGIFTSSKYLDIGHET 53
6.24 MEDICINSK REVISION 54
6.25 REVISION 54
6.26 ÄNDRINGAR OCH TILLÄGG PÅ REGIONENS BEGÄRAN 54
6.27 OMFÖRHANDLING 54
6.28 BRISTER I FULLGÖRANDE 55
6.28.1 Vite 55
6.28.2 Vite i särskilda fall 55
6.29 AVTALETS FÖRTIDA UPPHÖRANDE 55
6.34 ANSVAR 57
6.34.1 Arbetsgivaransvar 57
6.35 FAKTURERINGSVILLKOR 57
6.36 KÖP AV SERVICETJÄNSTER 58
7 FÖRESKRIFTER FÖR ANSÖKAN 59
7.1 TIDPUNKT FÖR DRIFTSTART 59
7.2 ANSVARIG REGION 59
7.3 ANSVARIG HANDLÄGGARE FÖR ANSÖKAN 60
7.3.1 Uppgifter om Hälsoval Region Jämtland Härjedalen 60
7.3.2 Uppgifter om ansökan 60
7.4 ANSÖKNINGSFÖRFARANDE 60
7.5 ANSÖKANS FORM OCH INNEHÅLL 60
7.6 RÄTTELSE AV FEL, FÖRTYDLIGANDE OCH KOMPLETTERING AV ANSÖKAN 60
7.7 AVLÄMNANDE AV ANSÖKAN 61
7.8 ANSÖKNINGSTIDENS UTGÅNG 61
7.9 KRAV FÖR GODKÄNNANDE 61
7.10 REGISTRERINGSSKYLDIGHETER, BETALNING AV SKATTER OCH AVGIFTER 62
7.11 TEKNISK FÖRMÅGA OCH KAPACITET 62
7.12 TILLGÅNG TILL ANDRA FÖRETAGS KAPACITET 63
7.13 FINANSIELL OCH EKONOMISK STÄLLNING 63
7.14 FÖRETAG UNDER BILDANDE 64
7.15 ÄNDRAD ÄGARSTRUKTUR HOS VÅRDGIVARE 64
7.16 ANMÄLAN TILLL SOCIALSTYRELSEN 64
7.17 PRÖVNING AV ANSÖKAN 64
7.18 ANSÖKANS GILTIGHETSTID 65
7.19 GODKÄNNANDE OCH AVTALSTECKNANDE 65
7.19.1 Godkännande 65
7.19.2 Godkännandets giltighet 65
7.19.3 Verifiering 65
8 AVTALSMALL 66
8.1 AVTALSPARTER 66
8.2 KONTAKTPERSONER 66
8.3 ÅTAGANDE OCH OMFATTNING 66
8.5 VERKSAMHETENS GEOGRAFISKA PLACERING 67
8.6 AVTALSTID 67
8.7 ÖVERLÅTELSE AV AVTAL 67

8.8 UNDERSKRIFTER **68**

INBJUDAN ATT LÄMNA ANSÖKAN OM ATT DELTA I HÄLSOVAL REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Region Jämtland Härjedalen bjuder härmed in intresserade vårdgivare att skicka in ansökan om att medverka i Hälsoval Region Jämtland Härjedalen

~~Landstingsfullmäktige i Jämtlands län beslutade den 24 juni 2009 att införa valfrihetssystem i primärvården från~~ Den 1 januari 2010 infördes valfrihetssystem i primärvården i dåvarande Jämtlands läns landsting. Beslutet fortsätter att gälla även efter övergången från Jämtlands läns landsting till Region Jämtland Härjedalen. Region Jämtland Härjedalen betonar de förebyggande och hälsofrämjande insatserna. Därför är ~~och~~ benämningen~~er därför sitt~~ på vårdvalssystemet: ~~för~~ Hälsoval Region Jämtland Härjedalen. Valfrihet i primärvården innebär att medborgarnas ställning stärks genom att de fritt får välja vårdenhet.

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

Hälso- och sjukvård i Region Jämtland Härjedalen

Region Jämtland Härjedalens visioner är: ”God hälsa och positiv livsmiljö för alla i Jämtlands län” samt ”En region att längta till och växa i” . Det betyder bland annat att alla människor i Jämtland~~s län~~ Härjedalen ska ha god hälsa och kunna hålla sig friska längre i ett hälsofrämjande län. Regionen~~s~~ Jämtland Härjedalens värdegrund anger att alla medarbetare i sina dagliga möten och samtal ska handla med respekt för alla människors lika värde, visa förtroende för andra och utgå från en helhetssyn på regionen och dem regionen är till för.

Länet har cirka 126 000 invånare i åtta kommuner med Östersund som residensstad. Avstånden i Jämtland Härjedalen ~~länet~~ är stora och med turismen ökar befolkningen periodvis dramatiskt. Den specialiserade vården bedrivs inom olika centrum och det enda sjukhuset finns i Östersund. Primärvården är basen i hälso- och sjukvården och en viktig del i ett glest befolkat län. Telefonsjuk~~Distriktss~~köterskorna på ~~Sjukvårdsrådgivningen~~ 1177 Vårdguiden ger medborgarna råd om vård dygnet runt. Mer information ~~om länets~~ primärvården finns på ~~regionens~~ Region Jämtland Härjedalens webbplats www.regionjh.se.

Ansökan

I det här förfrågningsunderlaget ~~Regionen~~ redovisar Region Jämtland Härjedalen alla dokument för uppdraget som ska uppfyllas för att få vara en del ~~i denna ansökan och de utgör tillsammans de underlag som beskrivs~~ i Hälsoval Region Jämtland Härjedalen. Samtliga handlingar som är behövs ~~aktuella~~ för att ansöka om att bli deltagare i Hälsoval Region Jämtland Härjedalen finns att hämta på regionens hemsida, www.regionjh.se/halsoval eller på www.valfrihetswebben.se.

~~Region Jämtland Härjedalen inbjuder samtliga intresserade vårdgivare att inkomma med ansökan om godkännande för att medverka i Hälsoval Region Jämtland Härjedalen.~~

Med vänlig hälsning

David Berglund (S)
Vårdvalsnämndens ordförande

Björn Eriksson
Regiondirektör

1 DEFINITIONER

Avtal: tecknas med externa vårdgivare, jämför överenskommelse

Bilaga: del av förfrågningsunderlaget

Filial: underavdelning till en vårdenhet, ej valbar för medborgarna

Förfrågningsunderlag: Underlag för ansökan om att delta i Hälsoval Region Jämtland Härjedalen som regionen tillhandahåller.

Godkännande: Alla sökande som uppfyller kraven i förfrågningsunderlaget kommer att godkännas för att bli en del av Hälsoval Region Jämtland Härjedalen.

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

Hälsoval Region Jämtland Härjedalen: Regionens benämning på valfrihetssystem inom primärvård.

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

Kapitering: Ersättning per listad invånare.

Region: Region Jämtland Härjedalen, upphandlande myndighet.

Leverantör: Den som levererar tjänst åt vårdgivare

Listning: Begrepp som innebär att varje individ tillhör en vårdenhet, kan ske via aktivt eller passivt val.

LOV: Lagen om valfrihetssystem SFS 2008:962.

Närområde: Det geografiska område som ingår i den geografiska indelning av ickevalsalternativ.

Primärvård: Hälso- och sjukvårdsverksamhet som utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svarar för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering och som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser enligt 5 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Särskilt boende: Boendeformer i kommunen för personer med omfattande behov av vård- och omsorg och tillgång till personal dygnet runt där läkare gör regelbundna besök.

Vårdenhet: Vårdgivarens mottagning dit listning sker. Se hälsocentral.

Vårdadministrativa systemet: ~~Från februari 2015 används~~ COSMIC.

Vårdgivare: Leverantör i Hälsoval Region Jämtland Härjedalen

Överenskommelse: Tecknas med verksamhet i egenregi, jämför avtal

2 INLEDNING

2.1 ALLMÄNT OM HÄLSOVAL REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

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

Regionen är som sjukvårdshuvudman ansvarigt för att gentemot länets invånare tillhandahålla de tjänster som omfattas av Hälsoval Region Jämtland Härjedalen. Regionen är vidare ansvarig för att tillse att den vårdgivare som åtar sig att för regionens räkning ge vård inom Hälsoval Region Jämtland Härjedalen gör detta på ett sådant sätt att befolkningens vårdbehov tillgodoses på medicinskt kvalitativt bästa sätt.

Syftet är att primärvården ska fortsätta att utvecklas som basen för hälso- och sjukvården i länet. Primärvården ska tillgodose vården för dem som har behov av en nära och frekvent kontakt med hälso- och sjukvården. Patienterna ska erbjudas en god och säker vård med hög tillgänglighet så att de känner trygghet och har förtroende för vården.

Primärvården ska vara förstahandsval för medborgaren vid behov av vård, inom ramen för NEON principen (Närmsta Effektiva Omhändertagande Nivå). De principer som ska styra Hälsoval Region Jämtland Härjedalen är närhet, samordning, ekologiskt hållbar, folkhälsofrämjande, anpassningsbar, uppföljnings- och utvärderingsbar samt tillgänglig med ett processorienterat arbetssätt där särskild hänsyn ska tagas till de resurssvagas situation.

Primärvården ska vara ett tryggt och förtroendeingivande förstahandsval för medborgarna där vårdgivarens uppgift är att vara en väl fungerande bas i hälso- och sjukvården genom att dels fungera som medborgarnas/patienternas fasta rådgivare och samordnare av olika vårdinsatser, dels uppmuntra och stimulera till egenvård, svara för befolkningens behov av förebyggande hälsoarbete, akutvård, grundläggande medicinsk behandling, rehabilitering samt omvårdnad, som inte kräver den specialiserade vårdens tekniska - eller medicinska resurser eller annan särskild kompetens.

Vården ska ges med respekt för alla patienters lika värde och för den enskilde människans värdighet. Verksamheten ska präglas av hög etisk medvetenhet. Vårdgivare är skyldig att tillhandahålla vården på lika villkor oavsett kön, könsöverskridande identitet eller könsuttryck, ålder, funktionsnedsättning, etnisk eller religiös tillhörighet, sexuell läggning, social position eller annat. Region Jämtland Härjedalen har höga ambitioner avseende arbetet med att uppnå en jämställd och jämlik vård.

Arbetet förutsätter effektiv samverkan med olika yrkesgrupper inom primärvården, den specialiserade vården samt kommunen, med andra vårdgivare och samhällsaktörer, där primärvårdens roll är att samordna vårdinsatser och vara patientens vägledare och lots. Samverkan med andra vårdgivare och huvudmän ska bedrivas på ett sådant sätt att patienten och närstående upplever vården som en helhet.

Vårdgivaren ska integrera ett hälsofrämjande- och förebyggande synsätt i all vård och behandling för att verka för en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård

2.2 VÅRDGIVARENS ÅTAGANDE OCH UPPDRAG

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

Verksamheten ska bedrivas inom det geografiska upptagningsområdet som för närvarande är Jämtlands län.

Vårdenheten ska bedriva verksamhet samlat inom tilldelat närområde för ickevalsalternativ. Till en vårdenhet kan man, inom samma kommun där vårdenheten är belägen, koppla en eller flera filialer. Skillnaden mellan en vårdenhet och filial, är att en filial inte behöver uppfylla samtliga krav. Filial ska bedriva vård men kraven på till exempel tillgänglighet är lägre än för en vårdenhet. Det innebär att en filial kan ha varierande omfattning på verksamhet men har regionens allmänna krav på lokalerna vad gäller tillgänglighet för personer med olika funktionsnedsättningar samt särskilda villkor för väntrummens utformning och vilken information som ska finnas i dessa. Från 2015 omfattas tillgänglighetskravet av diskrimineringslagstiftningen, som skall följas.

2.2.1 Närområde Gäddede

I Strömsunds kommun finns närområde Gäddede där bor det ca 900 invånare fördelade på en stor yta om ca 4000 km^2 dvs större än exempelvis Blekinge. Avståndet till länssjukhuset i Östersund från centralorten är ca 25 mil och till Strömsund, som är centralort i kommunen, är det ca 14 mil. För närvarande förekommer samverkan om bl a ambulans med Lierne kommune i Norge som angränsar till närområdet.

För att starta vårdenhet i närområde Gäddede gäller samma förutsättningar som i övriga länet, förutom kravet på tillgång till läkare. Minimikravet för att få ansökan godkänd är tillgång till läkare i Gäddede minst två dagar i veckan. Utöver detta måste överenskommelse tecknas med närliggande vårdenheter för att säkerställa dygnet runt ansvaret.

I uppdraget ingår även att bedriva ambulansverksamhet med en tilläggsersättning, se Tilläggsuppdrag och Ersättning. Skulle flera vårdenheter starta i området avgör regionen vem som ska bedriva ambulansverksamheten.

2.3 LISTNING

Medborgarnas val ska avse listning till vårdenhet. Regionen ska inom ramen för sitt informationsansvar verka för att medborgarna i Jämtlands län gör ett aktivt val. Regionen och vårdgivaren ska gemensamt verka för att primärvårdens vårdenheter blir det naturliga förstahandsvalet för all vård som inte kräver sjukhusens specifika kompetens eller resurser.

Nyinflyttade och nyfödda tilldelas, då folkbokföringsuppgifter inkommit, ett ickevalsalternativ i avvaktan på att han eller hon gör ett eventuellt eget val. Ickevalsalternativet ska vara enligt närhetsprincipen och den geografiska indelning som regionen fastställer, oavsett driftsform. Vid nyetablering tilldelas vårdenheten ett ickevalsalternativ inom den kommun där vårdenheten är belägen. Medborgare som är passivt listade berörs ej av det nya ickevalsalternativet.

Regler för listning, se bilaga 1 Listningsregler i Styrande dokument

3 UPPDRAGSSPECIFIKATION

Vårdgivarens uppdrag avser första linjens sjukvård för alla som vistas i området, till exempel turister och studerande, boende och listade vid vårdenheten samt de samhällsaktörer som verkar i det område där vårdenheten är belägen.

Patientens ställning i vården är viktig för att kunna säkra en patientfokuserad vård men också flera värdeskapande delar såsom, helhetssyn, närhet, bemötande, delaktighet, information, kontinuitet, tillgänglighet, kvalitet, jämlikhet och jämställdhet samt samverkan utgör grundstenar i den lokala hälso- och sjukvården.

Primärvården ska bedrivas i enlighet med de nationella riktlinjer, vårdprogram samt behandlingsråd eller behandlingsöverenskommelser som fastställs av regionen. Dessa lägger även grunden för de kompetenser som måste finnas i primärvården.

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

Alla vårdgivare ska bedriva sin verksamhet inom ramen för ett enhetligt basuppdrag. Basuppdraget tar sikte på ansvarsområden och funktionalitet; inte resurser eller organisation.
Vid sidan om basuppdraget kan viss verksamhet bedrivas i form av tilläggsuppdrag.

Verksamheten ska bedrivas i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen, Patientlagen och de grundläggande principerna i den vägledning för *God vård- om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården* som fastställts av Socialstyrelsen, innebärande:

- kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård
- säker vård
- patientfokuserad vård
- jämlik vård
- effektiv vård
- vård i rimlig tid.

3.1 OMFATTNING

Befolkningens behov av hälso- och sjukvård ska tillgodoses inom ramen för följande basala verksamheter/funktioner:

- mottagningsverksamhet för såväl akut som planerad utredning, vård och behandling
- rehabilitering
- psykosocial verksamhet
- läkarinsatser inom den kommunala hälso- och sjukvården
- rådgivning
- jour och beredskap
- mödrahälsovård
- barnhälsovård
- medicinsk service
- hälsofrämjande- och sjukdomsförebyggande insatser
- smittskydd och vårdhygien
- utbildningsansvar

3.1.1 Mottagningsverksamhet för såväl akut som planerad utredning, vård och behandling

Vårdgivarens mottagningsverksamhet ska bedrivas i enlighet med de lagar och förordningar som styr hälso- och sjukvården samt strategier, policys och handlingsplaner som gäller för regionen. Det ska erbjudas grundläggande hälso- och sjukvård inom området allmänmedicin i enlighet med de mål och prioriteringar som fastställts och fortlöpande beslutas av regionfullmäktige.

I åtagandet gäller att vårdgivaren ska medverka i utvecklingen av behandlingsrutiner (riktlinjer och tillämpningar) och vårdprogram samt följa de som är beslutade nationellt och/eller i regionen. Vårdgivaren ska vara väl insatt i de måldokument, riktlinjer och policys som återfinns i Centuri under Hälsoval.

Vårdgivaren ska säkerställa första linjens hälso- och sjukvård med planerad och oplanerad vård i form av utredning, diagnostik, behandling, rådgivning och uppföljning i rimlig tid. De hälso- och sjukvårdsinsatser som erbjuds ska riktas mot sjukdomar, skador och upplevda besvär samt hälsofrämjande insatser.

Den hälso- och sjukvård som bedrivs ska vara faktabaserad och utgå från vetenskap och beprövad erfarenhet samt ha ett genusperspektiv. Primärvården ska dessutom bidra med god omvårdnad och uppmuntra till egenvård.

Vårdgivaren ansvarar för de som är listade, dygnet runt alla veckans dagar. Vårdenheten ska vara öppen för besök dagtid minst 45 timmar per vecka, vardagar, måndag till fredag. Vårdenheten ska vara tillgänglig per telefon dagtid, minst 30 timmar per vecka fördelat på vardagar måndag till fredag, och ha hänvisning övriga tider på dygnet, under förutsättning att kraven i vårdgarantin efterlevs. Under semesterperioder och planeringsdagar har vårdgivaren rätt att stänga. Vid stängning ska hänvisning finnas till andra överenskomna vårdenheter för att klara uppdraget. Övriga tider, se under dygnet runt ansvar.

Vid behov ska kontakt med specialistvård enligt gällande nationella och lokala riktlinjer inledas.

Vårdgivaren ska medverka till att förhindra icke medicinskt motiverade besök/hänvisning till sjukhusets akutmottagning eller slutenvård.

En medborgare ska oavsett var denne är listad kunna söka och få vård vid alla vårdenheter. Vårdenheten kan inte neka att ta emot medborgare som är listad vid annan enhet.

Särskild hänsyn tas till behov av kontinuitet för patienter med nedsatt autonomi och för patienter med långvarig och/eller kronisk ohälsa. Det är vårdgivarens ansvar att vara patientens lots och koordinator i vårdprocessen. Vid övergångar mellan olika vårdgivare och vårdnivåer ska patienten ha vetskap om vem som har ett samordningsansvar.

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

Hälsoundersökningar för asylsökande med flera
I enlighet med regional överenskommelse där Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Länsstyrelsen, Migrationsverket samt Region Jämtland Härjedalen ska vårdgivaren erbjuda hälsoundersökningar snarast till asylsökande, kvotflyktingar, och individer med familjeanknytning, i enlighet med gällande anvisningar från regionen enligt lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt

asylsökande m fl och lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. ~~För barn 0-17år finns en särskild överenskommelse enligt SFS 2013:407-411.~~
För ersättning, se kapitel Ersättning.

Intyg
Vårdgivaren är skyldig att utan särskild ersättning tillhandahålla de intyg, utredningar och analyser med mera som begärs av exempelvis försäkringskassa, Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF) samt Patientskaderegleringen (PSR).

Vidare ska vårdgivaren utfärda intyg till patienter som är i behov av ett sådant för att styrka sin hälsa, sjukdom, skada eller funktionsnedsättning.

Alla läkarintyg ska skickas elektroniskt till Försäkringskassan.

Medicinsk fotvård
För patienter med reumatoid artrit, arteriell insufficiens i de nedre extremiteterna och diabetes mellitus, i behov av medicinsk fotvård subventionerar regionen för närvarande upp till fyra behandlingar per patient och kalenderår. Behandlingen ska föregås av remiss till fotvårdare anslutna till valfrihetssystemet för medicinsk fotvård och bekostas av den vårdenhet där patienten är listad. Vårdgivaren ska följa regionens riktlinjer, se Administrativa rutiner.

Myndighetsutövning
Vårdgivaren ska ansvara för dödsfallskonstaterande och handläggning i samband med detta. Vårdgivaren ska utfärda *Dödsbevis* och *Intyg om dödsorsak* för avlidna.

Vårdgivaren ska svara för vårdintyg enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT), Lagen om vård av unga (LVU) och Lagen om vård av missbrukare (LVM).

Vårdgivaren ska följa regionens riktlinjer avseende rättsintyg och omhändertagande av avlidna.

Palliativ vård
Vårdgivaren ska erbjuda palliativ vård och vård i livets slutskede. I uppdraget ingår att samverka med närstående och andra aktörer, exempelvis Storsjögläntan, samt följa överenskommelser gjorda med respektive kommun.

Vaccination
Vårdgivaren ska erbjuda vaccinationer enligt nationellt vaccinationsprogram och till riskgrupper enligt regionens riktlinjer.

3.1.2 Rehabilitering och habilitering

Vårdgivaren ska tillgodose individens behov av en tidigt insatt och samordnad rehabilitering. Med rehabilitering menas de insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning , utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet (SOSFS 2007:10).

Patienten ska erbjudas undersökning, teambedömning och behandling. Individen ska när så krävs utredas vidare inom specialistsjukvården. En bred kompetens för rehabiliterande insatser ska finnas

att tillgå på vårdenheten. Multimodal rehabilitering, det vill säga att olika kompetenser samarbetar i team på ett organiserat sätt, ska kunna erbjudas. Teamet ska certifieras enligt regionens modell. Rehabiliteringsinsatserna ska kontinuerligt utvärderas och dokumenteras. Om behov föreligger så ska en rehabiliteringsplan upprättas för individen. Samordning ska även när så krävs göras med andra rehabiliteringsaktörer såsom arbetsgivare, arbetsförmedling, försäkringskassa och kommunala verksamheter (SOSFS 2007:10).

Socialstyrelsen har tagit fram riktlinjer för sjukskrivning som ska användas vid ställningstagande när det medicinska underlaget skrivs. Rekommendationerna är *vägledande* för bedömningarna, som ska vara individuella och utgå ifrån enskilda individers unika tillstånd. Det så kallade ”Försäkringsmedicinska Beslutsstödet” återfinns i webbaserad form på Socialstyrelsens hemsida.

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

I sjukskrivningsmiljarden finns krav som regionen måste uppnå, vilka gäller alla vårdgivare som regionen har avtal med. Jämställdhetsperspektivet ska vara tydligt.

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

Se Ersättning gällande rehabgaranti

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

3.1.3 Psykosocial verksamhet

Vårdgivaren ska ha tillgång till psykosocial verksamhet. Den psykosociala verksamheten ska stå för första linjens vård vid psykisk ohälsa. Vårdgivaren ska bedöma, behandla, rehabilitera och följa upp patienter med psykisk ohälsa som inte kräver specialistsjukvård. Detta innefattar exempelvis lätta till medelsvåra depressioner, lätta till medelsvåra ångestsyndrom, stressrelaterade tillstånd, kriser samt psykosomatiska tillstånd. De psykosociala insatserna ska innefatta rådgivning, stödsamtal, krisbehandling och psykoterapeutisk behandling.

Ansvarsfördelning och riktlinjer finns mellan psykosocial verksamhet i primärvården och vuxenpsykiatrin i regionen. Se Styrande dokument.

Vårdgivaren ska följa Regeringens och SKL:s överenskommelse om rehabiliteringsgarantin, se avsnitt 3.1.2. Beslut om formella krav på verksamheten är att vänta så snart nationellt fastställda riktlinjer finns antagna och därefter omsatts i lokala rutiner för Region Jämtland Härjedalen.

3.1.4 Läkarinsatser inom den kommunala hälso- och sjukvården

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

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

Former för läkarmedverkan i hemsjukvården regleras inom respektive kommun genom lokala rutiner/överenskommelser mellan ansvariga för den kommunala hälso- och sjukvården och respektive vårdgivare. Vårdgivaren ska erbjuda läkarmedverkan med namngiven läkare till av kommunen registrerad hemsjukvårdspatient. Rutiner för hur samverkan mellan vårdgivaren och kommunen ska ske ska upprättas både vad gäller planerad och akut verksamhet dygnet runt. Vårdgivaren ska särskilt beakta att god tillgänglighet och kontinuitet tillförsäkras denna patientgrupp.

Särskilt boende, se kapitel Tilläggsuppdrag.

3.1.5 Rådgivning

Vårdgivarens uppdrag är ge information, råd och stöd till medborgarna via telefon, webb, vid besök på vårdenheten eller på annat sätt. Rådgivning fyller en viktig funktion för att stärka patientens förmåga till eget ansvar samt skapa trygghet och stimulera till egenvård för lättare sjukdomar, skador och besvär.

Patientens information vid första kontakten ligger till grund för den medicinska bedömning som görs, vilket resulterar i egenvårdsråd eller att vårdbegäran startar. Bedömningen är avgörande för de insatser som kan bli aktuella för egenvård, vård på den enskilda vårdenheten, alternativt vård hos annan vårdgivare eller kontakter med övriga samhällsresurser.

Ett IT-baserat rådgivningsstöd (RGS Webb) för telefonrådgivning finns tillgängligt som vårdgivaren ska ansluta sig till. Se IT- och telefonitjänster, bilaga 2, Styrande dokument.

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

3.1.6 Jour och beredskap

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

Regionen ansvarar för att medborgarna har tillgång till insatser av primärvård även utanför vårdenheternas öppettider. Vårdgivarna ska delta i den jour- och beredskapsorganisation som regionen fastställer, se Styrande dokument. Vårdgivarna ska dela solidariskt på åtagandet utifrån antalet listade personer och ansluta sig till regionens webbaserade planeringssystem Jourlisa.

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

För att få arbeta som jour- eller beredskapsläkare ska lägsta kompetensen vara legitimerad läkare eller ST-läkare. AT-läkare kan tjänstgöra med allmänläkare som bakjour.

Sjukvårdsrådgivningen 1177 bedömer via telefon patienters vårdbehov, prioriterar och bokar vid behov besök till jour- och beredskapsverksamheten.

3.1.7 Mödrahälsovård

Vårdgivaren ska i enlighet med nationella rekommendationer erbjuda barnmorskemottagning (BMM)/mödrahälsovård (MHV) med följande verksamhetsgrenar:

- Hälsovård i samband med graviditet:
  - medicinskt basprogram
  - erbjuda information om fosterdiagnostik
  - hälsoinformation under graviditet
  - psykosocialt arbete.
- Stöd i föräldraskap och föräldragrupper med förlossnings- och föräldraförberedelse
- Familjeplanering på individnivå:
  - preventivmedelsrådgivning
  - STI-prevention.
- Utåtriktad verksamhet för att förebygga oönskade graviditeter och sexuellt överförbara infektioner på grupp- och samhällsnivå
- Gynekologisk cellprovskontroll för att förebygga cervixcancer
- Folkhälsoarbete och samtal om livsstilsfrågor.

Vårdgivaren ska bedriva verksamheten i enlighet med Styrdokument för Mödrahälsovård i Jämtlands län.

Vårdgivaren ska vid alla vårdkontakter i samband med besök relaterat till graviditet föra patientjournal i Obstetrix, det datoriserade journalsystem som används inom regionen.
Se IT- och telefonitjänster, bilaga 2, se Styrande dokument.

Familjecentral, se kapitel Tilläggsuppdrag.

3.1.8 Barnhälsovård

Vårdenheten ska i enlighet med nationella rekommendationer erbjuda barnhälsovård. Barnavårdscentralerna (BVC) ska aktivt erbjuda ett generellt program med hälsoövervakning och föräldrastöd, regelbunden sjuksköterskekontakt, läkarundersökningar samt psykolog - och socionominsatser enligt Riktlinjer för barnhälsovården i Jämtlands län (revideras årligen).

Barn 0-5 år (dvs upp till 6 års ålder) och tills de börjar förskoleklass och deras föräldrar/vårdnadshavare inom Jämtlands län ska ha tillgång till barnhälsovård. Asylsökande och papperslösa barn har rätt till barnhälsovård på samma villkor som barn bosatta i Sverige.

Vårdgivaren ska bedriva barnhälsovård i enlighet med Styrdokument för barnhälsovård i Jämtlands län.

Familjecentral, se kapitel Tilläggsuppdrag.

3.1.9 Medicinsk service

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

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

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

Patientnära kemiska laboratorieanalyser ska om vårdenheten nyttjar regionens laboratorium kostnadsfritt kvalitetssäkras av regionens laboratoriemedicin eller annat ackrediterat laboratorium denne utser. Material och deltagande i kvalitetssäkringsprogram bekostas av respektive enhet.

Vårdgivaren ska ansvara för att vårdinformation/-data kan levereras och tas emot snabbt, samt lagras säkert för akut eller senare behov.

För undersökningar och analyser avseende cytologi och patologi ska vårdenheten anlita regionens eller de regionen har avtal med.

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

Kostnad för gynekologiska cellprover finansieras tillsvidare av regionen.

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

3.1.10 Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser

Primärvården ska bidra till att patienter och befolkning i upptagningsområdet får kontroll över och förbättrar sin egen hälsa. Detta är den centrala utgångspunkten för regionens hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.

Vårdgivaren ska ha kompetens att skapa förutsättningar för patienten att påverka sin hälsa i positiv riktning. Det ska ske via samtal, rådgivning och behandling. Insatserna ska leda till att personer med ohälsosamma levnadsvanor förändrar dem och därmed undviker att de leder till eller förvärrar sjukdom. Hur vårdgivaren hanterar sitt uppdrag har stor betydelse för länets sammantagna hälsosituation.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder samt regionens policydokument och rutiner ska följas, se Styrande dokument.

Vårdgivaren ska bidra till arbetet med och de aktiviteter som det lokala Nätverket Hälsofrämjande hälso- och sjukvård ~~sjukhus~~ (HFS) genererar.

3.1.11 Smittskydd och vårdhygien

Vårdgivaren ska medverka i regionens smittskyddsarbete och följa de råd, riktlinjer och rekommendationer som fastställs av regionen, se Styrande dokument. Vidare ska vårdgivaren ansvara för smittskyddsinsatser för de vid vårdenheten listade invånare samt vid behov utföra smittskyddsinsatser för personer bosatta utanför länet men som vistas i länet tillfälligt. Anmälan enligt Smittskyddslagen görs elektroniskt via Smi Net.

Vårdgivaren ansvarar för att:

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

3.1.12 Utbildningsansvar

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

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

Vårdgivare ska följa regionens riktlinjer för utbildning och handledning samt Plan för utbildning av läkare i Region Jämtland Härjedalen, se Utbildning och handledning.

Från och med 2011 bedriver Umeå Universitet den kliniska delen i läkarutbildningen inom ramen för regionaliserad läkarutbildning i Östersund/ Region Jämtland Härjedalen. Det innebär att vårdgivare ska tillhandahålla platser för kliniskt handledning under kurserna ”Vård utanför sjukhus” för närvarande terminerna 6, 8 och 11.

Vårdgivare ska följa det avtal som regionen tecknat med Umeå Universitet vad avser regionaliserad läkarutbildning samt regionens Plan för utbildning av läkare i Region Jämtland Härjedalen.

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

3.2 LÄKEMEDEL

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

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

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

Berörd personal ska på vårdgivarens uppdrag, delta i läkemedelskommittén eller regionens läkemedelsorganisations utbildningar eller informationstillfällen samt när behov finns delta i både kommitténs och läkemedelsorganisationens arbete.

Vårdgivaren ansvarar för att vårdenheten följer överenskommelserna om samverkansformer mellan läkemedelsföretag respektive medicintekniska företag och anställda i den offentliga hälso- och sjukvården enligt överenskommelse mellan Läkemedelsindustriföreningen, LIF och SKL.

Vårdgivaren ska acceptera att data rörande vårdgivarens förskrivning mot patient görs fullt tillgänglig i regionens statistiksystem (ProDiver) så att regionen kan följa upp volymer och kostnader.

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

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

Vårdgivaren ska följa regionens regelverk om kliniska läkemedelsprövningar.

3.3 HJÄLPMEDEL

Vårdgivaren ska förskriva tekniska och medicintekniska hjälpmedel samt inkontinenshjälpmedel. Vårdgivaren ska följa av regionen och kommunerna fastslagna direktiv för förskrivning samt rekvirera i enlighet medregionens regelverk och upphandlade sortiment, se Styrande dokument.

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

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

Vårdgivaren ska hålla sig uppdaterad med regionens övergripande ädelöverenskommelse centralt och lokalt.

Utredning om finansiering av personligt förskrivna tekniska och medicintekniska hjälpmedel som skrivs ut av vårdgivaren pågår och kan komma att ändras.

3.4 TILLGÄNGLIGHET

Tillgänglighet är en av primärvårdens viktigaste uppgifter för att kunna vara basen i sjukvården. Vårdgivaren ska svara för att det finns lättillgänglig och lättförståelig information om öppettider och tidsbeställning. Vid de tider då vårdenheten inte har öppet ska telefonsvarare ge information om

vårdenhetens öppettider samt hänvisa till alternativa vårdgivare och/eller sjukvårdsrådgivningen 1177.

Vårdgivaren ska ansvara för att vårdsökande har tillgång till erforderliga insatser av primärvård även utanför vårdenhetens ordinarie öppettider. Vårdgivaren ansvarar också för att samverka med sjukvårdsrådgivningen 1177, då det gäller tillgänglighet, medicinska prioriteringar och egenvårdsråd.

Vårdgivaren ska kunna erbjuda hembesök i den utsträckning behandlande läkare bedömer att sådana är motiverade av medicinska eller andra skäl och resursåtgången (till exempel på grund av avstånd) bedöms rimligt i förhållande till behovet. Hembesök är en möjlighet som kan erbjudas; inte en av patienten utkrävbar rättighet.

Inom Sverige gäller fritt vårdval enligt nationella regelverk. Vårdgivaren ansvarar för att verksamheten följer såväl nationella som lokala riktlinjer och tillämpningar.

Vårdgivaren ska uppfylla kraven i den nationella vårdgarantin. Vårdgivaren ansvarar för att vårdenheten har kunskap om tillgänglighetsarbetet i regionen och ansvarar för att personalen har god kunskap om vårdgarantin och övriga patienträttigheter samt ansvara för att patienterna får information om sina rättigheter. Om patienten inte kan få vård inom vårdgarantins gränser ska vårdgivaren hjälpa patienten till annan vårdgivare som möjliggör detta.

Vårdgivaren har en skyldighet att medverka och månatligen leverera automatiserad statistik till den nationella uppföljning som sker för den nationella väntetidsmätningen via Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Tillgång till statistikverktyg för mätning av telefontillgänglighet ska finnas.

3.5 SAMVERKAN

Vårdgivaren ansvarar för att vårdenheten samverkar med berörda vårdaktörer, myndigheter, organisationer och övriga i patientens vård engagerade personer när patientens behov inte kan tillgodoses enbart av vårdenheten. Vårdgivaren ansvarar för att vårdenheten aktivt medverkar till att skapa en sammanhållen vårdkedja i syfte att bidra till en väl fungerande vårdprocess utifrån patientens - och närståendes perspektiv.

Vårdgivaren är ansvarig för att vårdenheten är delaktig i planering och utveckling av närsjukvård i samverkan med regionen, kommuner och andra vårdaktörer. Vårdgivaren ska aktivt delta i det befolkningsinriktade -, hälsofrämjande- och sjukdomsförebyggande arbetet i närområdet.

Riktlinjer som rör samverkan inom länet lokalt eller regionalt ska följas.

Samarbetet mellan regionen och kommunerna regleras i lokala samarbets-/samverkansavtal så kallade Ädelavtal, baserade på ett regionalt ramavtal, som vidareutvecklas kontinuerligt. Under www.regionjh.se/samverkan finns samtliga gällande avtal.
Vårdgivaren ansvarar för att vårdenheten i tillämpliga delar följer dessa avtal.

Länets kommuner och regionen undertecknade i maj 2010 en avsiktsförklaring ”Program för en god äldreomsorg i Jämlands län” som vårdgivaren i tillämpliga delar ska följa, se Kommunsamverkan.

Vårdgivaren ska delta eller vara representerad i utveckling och interna samverkansorgan, till exempel läkemedelskommittén, grupper och utredningar.

3.5.1 Informationsöverföring och vårdplanering

Alla insatser som utförs i samverkan mellan specialistsjukvård, primärvård samt kommunen ska utifrån patientens behov, regleras via samordnad vårdplanering. Vårdgivaren ansvarar för att vårdenheten aktivt medverkar i samordning, samarbete och informationsöverföring mellan specialistsjukvård, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård. Denna samverkan sker för närvarande enligt de mellan kommunerna och regionen fastställda riktlinjer avseende samordnad vårdplanering. Vårdgivaren ska ansluta sig till regionens IT-baserade vårdplaneringssystem.

3.6 KVALITET OCH PATIENTSÄKERHETSARBETE

Vårdgivaren ska bedriva ett fortlöpande, systematiskt och dokumenterat arbete med kvalitets- och verksamhetsutveckling så att Patientsäkerhetslagen, Patientlagen och Hälso- och sjukvårdslagens krav på god kvalitet och tillgodoses. Kvalitetsbegreppet omfattar såväl tillgänglighet och den patientupplevda kvaliteten som det medicinska resultatet. Patientens upplevelse av kvaliteten ska värderas högt och tas tillvara i förbättringsarbetet.

Grundläggande för den vård och de insatser som vårdgivaren erbjuder för att tillgodose patienters och andra intressenters, exempelvis närståendes, behov ska vara att:

- Patient/närstående upplever att de har möjlighet till delaktighet i beslut som fattas kring sjukdom/problem och den vård som ges. Patienten ska upplysas om sitt hälsotillstånd och de behandlingsalternativ som står till buds. För patienter med nedsatt autonomi ges upplysningen till närstående.
- Den som söker vård ska snarast få besked om tider för besök, eventuell behandling, åtgärd eller operation.
- Vårdgivaren ska lämna patienten lättillgänglig och förståelig information, såväl i praktiska, administrativa som medicinska frågor.
- Utforma rutiner för att systematiskt ta tillvara synpunkter och klagomål som framförs av patienter och anhöriga, samt utveckla och förbättra verksamheten utifrån dessa synpunkter/klagomål.
- I förekommande fall Informera om patientens möjligheter att framföra klagomål på vården och hur detta kan ske.

Vårdgivaren ska ha rutiner för lokal avvikelsehantering och anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt Lex Maria. Avvikelser registreras i regionens avvikelsesystem. Vårdgivaren har ansvar för att det finns rutiner för analys, uppföljning och erfarenhetsåterföring till berörda av lokala avvikelser, anmälningar enligt Lex Maria, samt ärenden till patientnämnden och patientförsäkringen. Vårdgivaren ska rapportera ärenden från patientförsäkringen (LÖF) som avvikelse. Ärenden ska kommuniceras och användas i lärande syfte. Se villkor IT- och telefonitjänster, bilaga 2, se Styrande dokument.

Vårdgivaren ska i förekommande fall samverka med regionens chefläkare enligt gällande rutiner och delta i händelseanalyser där vårdgivarens verksamhet berörs.

Vårdgivaren ska ha ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS (2011:9) om allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och Patientsäkerhetslagen (2010:659) ~~samt medverka i den nationella patientsäkerhetssatsning.~~

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

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

Staten har slutit överenskommelser med SKL inom hälso- och sjukvårdsområdet som kan komma att påverka uppdraget, se Styrande dokument.

~~De satsningar som pågår och planeras i länet inom äldre- sammanhållen vård och omsorg är i enlighet med den nationella satsningen och där det i vissa delar finns lokala överenskommelser i länet.~~ Sammanhållen vård om de mest sjuka äldre är ett viktigt område för samverkan mellan primärvård, specialiserad vård och kommunal vård. Deltagande i lokala grupperingar för samverkan förväntas. Detta innebär för regionens del att både den specialiserade vården och primärvården involveras i olika delar. Med det menas att det för samtliga vårdgivare inom Hälsovalet ingår i grunduppdraget att, när så efterfrågas, delta i utvecklingsarbetet *(se även under rubrik Samverkan).* ~~Diskussioner om prestationsersättning för 2015 pågår.~~

Alla vårdenheter ska vara anslutna till Nationella Diabetesregistret och delta i Väntetider i vården. Vårdgivaren ska ansluta sig till såväl nationella som internationella kvalitetsregister och databaser som regionen fattar beslut om längre fram, för att kunna fullgöra sitt åtagande enligt regionens policy och program. Detta avser för närvarande en successiv anslutning av samtliga vårdenheter till BOA registret, svenskt demensregister (SveDem) och svenska palliativregistret.

Vårdgivaren ska medverka vid framtagande av de vårdprogram som regionen väljer.
För resultatredovisning se kapitel Uppföljning och utvärdering

3.7 KRIS OCH KATASTROFBEREDSKAP

Vårdgivaren ska följa gällande författningar inom krisberedskapsområdet samt den Regionala kris- och katastrofmedicinska beredskapsplanen för Region Jämtland Härjedalen.

Vårdgivaren utgör en del av regionens kris- och katastrofmedicinska beredskap och ingår vid inträffad allvarlig och eller extraordinär händelse som en resurs för den särskilda sjukvårdsledningen på regional nivå.

I uppdraget ingår att vårdgivaren medverkar i planering (lokal och regional) inför allvarlig och eller extraordinär händelse samt vid utbildningar och övningar som anordnas av Region Jämtland Härjedalen. Kris- och katastrofmedicinska beredskapsplaner ska upprättas och revideras, med den regionala beredskapsplanen som styrdokument. Mallar för ändamålet finns för ändamålet i dokumenthanteringssystemet Centuri. Planering och samordning ska ske i lokala kriskommittéer. Verksamhetschefen ansvarar för sammansättning av lokal kriskommitté inom respektive kommun.

Inom varje kommun ska vårdgivaren samverka med övriga vårdenheter avseende införskaffning av utrustning och läkemedel för sjukvårdsgrupper. Gemensam planering ska också finnas för att vid en allvarlig händelse kunna sända ut sjukvårdgrupper till skadeplats samt ta emot lättare skadade.

~~Varje vårdenhet ska kunna sända ut sjukvårdsgrupper till en skadeplats vid allvarlig händelse. Vårdgivaren ska samverka med övriga vårdenheter inom sin kommun för planering samt~~

~~införskaffande av utrustning och läkemedel för sjukvårdsgrupper i enlighet med den Regionala kris- och katastrofmedicinska beredskapsplanen~~

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

3.8 SAMHÄLLSMEDICINSKT ANSVAR

Vårdenheten har ett samhällsmedicinskt närområdesansvar. Detta ansvar är helt skilt från befolkningens val av vårdenhet. Med närområde avses det geografiska område som ingår i den geografiska indelningen av ickevalsalternativ. I det samhällsmedicinska närområdesansvaret ingår

- ansvar för personer som uppehåller sig i närområdet (ex turister och fritidsboende, barn och elever på förskolor och skolor) som är i behov av hälso- och sjukvård samt myndighetsutövning och omhändertagande av avlidna som är bosatta eller tillfälligt vistas i närområdet
- hälsoundersökningar av asylsökande. Sådana undersökningar ska erbjudas för att bland annat utesluta, eller om så behövs, behandla en pågående sjukdom och att spåra och förebygga spridning av smittsam sjukdom
- ansvar för att agera, vidta åtgärder samt samverka med berörda aktörer vid olika typer av ohälsoutbrott som exempelvis smittsamma sjukdomar och industriutsläpp. Vid misstanke om smittsamma sjukdomar som lyder under Smittskyddslagen ingår ansvar för smittspårning inklusive provtagning och informationsinsatser i de fall så erfordras. Patienter som behöver fortsatt kontroll remitteras till sina valda vårdenheter. Vid särskilda boenden för äldre gäller principen som ovan, men här gäller att den vårdenhet som har ansvaret för boendet enligt särskilt uppdrag också ansvarar för smittskydd, provtagning och remittering
- att arbeta preventivt, förmedla kunskap och samverka med andra samhällsaktörer som är relevant för området vilket innebär bl a att vara aktiv med information, råd, stöd, och åtgärder till bland annat förskolor, skolor och arbetsplatser vid olika typer av ohälsoutbrott som till exempel smittsamma sjukdomar.

3.9 FORSKNING OCH UTVECKLING

Forskning, utveckling och utbildning (FoUU) är viktiga delar i verksamheten som ska bidra till att skapa bästa möjliga vård och omsorg för befolkningen. Målet är att vårdenheten deltar i och samverkar om klinisk forskning och utvecklingsarbete likväl som utbildningsaktiviteter som på vetenskaplig grund berör verksamheten.

Vårdenheten ska tillhandahålla relevant patientdata och material till forskning som bedrivs av anställda vid Region Jämtland Härjedalen eller forskare som organisationen samarbetar med.

Dessutom ska vårdenhetens vetenskapligt skolade personal med specialistutbildning i största möjliga mån verka som handledare och lärare för organisationens utbildningar.

Vårdenheten kan själv ta initiativ till utvecklingsarbete och vetenskaplig forskning. Vårdenheten ska informera Region Jämtland Härjedalen om vilka forskningsprojekt som bedrivs inom verksamheten.

Vårdgivaren ska stimulera medarbetarna till forskning genom att uppmuntra deltagande i utvecklingsarbeten och kurser i forskningsmetodik samt stödja och underlätta för medarbetare som fått projektmedel/deltidstjänst.

3.10 TILLÄGGSUPPDRAG

Regionen definierar prioriterade och önskvärda medicinska områden, utbildningar och deltagande i samverkansprojekt. Samtliga vårdgivare är skyldiga att åta sig tilläggsuppdrag inom ramen för den ersättning och de villkor i övrigt som regionen fastställer i särskild ordning. Ersättning och villkor är lika för alla vårdgivare. Beslut om vilka vårdgivare som ska fullgöra respektive tilläggsuppdrag fattas av regionen. Regionens målsättning är att alla tilläggsuppdrag ska bygga på frivilliga överenskommelser med respektive vårdgivare.

Genom tilläggsavtal med vårdgivaren ersätts enligt kapitel Ersättning för följande tilläggsuppdrag:

3.10.1 Familjecentral

En familjecentral bedriver verksamhet som är hälsofrämjande, generell, tidigt förebyggande och stödjande. En familjecentral ska minst innehålla mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänst. Via samordning och samlokalisering mellan olika verksamheter och professioner ges möjlighet att möta samtliga barnfamiljers behov och att utifrån den basen tidigt i livet även kunna fånga upp barn som riskerar fara illa. Syftet är att på folkhälsovetenskaplig grund utveckla tvärfackliga metoder för att främja barns hälsa. Ett jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv ska tillämpas.

I regeringens ”Nationell strategi för föräldrastöd - en vinst för alla” anges som viktiga delmål- *ökad samverkan kring föräldrastöd mellan aktörer vars verksamhet riktar sig till föräldrar* plus- *öka antal hälsofrämjande arenor.* Familjecentraler nämns där som goda exempel på samverkan.
Region Jämtland Härjedalen har en tydlig målsättning att medverka i familjecentraler i länets samtliga kommuner och betonar särskilt de viktiga folkhälsomålen. Där familjecentral saknas ska vårdgivaren verka för att i samverkan med kommunen tillskapa sådan.

3.10.2 Särskilt boende

Regionen fördelar ansvaret för särskilt boende i dialog med vårdgivare. Regionen har för avsikt att sträva efter konkurrensneutralitet och likabehandling vad gäller tilldelning av uppdraget mellan offentligt och externt drivna vårdenheter. Innehåll i uppdraget regleras i Ädelavtalen.

Personer boende vid särskilt boende har på samma sätt som övriga invånare rätt att välja vårdenhet. Den vårdenhet som ansvarar för läkarinsatser vid särskilt boende är, för patienter som valt annan vårdenhet, endast skyldig att utföra akuta och oplanerade insatser.

I åtagandet för särskilt boende ingår det samhällsmedicinska ansvaret. Se kapitel Samhällsmedicinskt ansvar.

3.10.3 Utveckling och utbildning

Regionen ersätter vårdgivare per timme för utvecklingsarbete och deltagande i nationella, regionala och lokala grupper med primärvårdsövergripande åtagande i de fall de genererar produktionsbortfall i det patientnära arbetet. Regionen förbehåller sig rätten att utse deltagare.

Vårdgivaren ska enligt avtal med Mittuniversitetet tillhandahålla huvudhandledare för sjuksköterskestuderande, se Utbildning och handledning. Detta kan ske genom samverkan mellan flera vårdenheter.

Vårdgivaren ska enligt Plan för utbildning av läkare i Region Jämtland Härjedalen tillhandahålla huvudhandledare för AT-läkare. Detta kan ske genom samverkan mellan flera vårdenheter.

Regionen ansvarar för systemadministration av Obstetrix.

Regionen utser en distriktssköterska med länsansvar för alkoholfrågor.

3.10.4 Fortbildning

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

3.10.5 ST-läkare

Regionen kan uppdra åt vårdgivare att utbilda ST-läkare. Uppdraget kan avse hela eller delar av utbildningen för en eller flera läkare.

Vårdgivare ska följa gällande lagar, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:17 (M)), Målbeskrivning för allmänmedicin 2008 samt regionens Plan för utbildning av läkare i Region Jämtland Härjedalen, se Utbildning och handledning.

ST-läkare ska delta i regionens utbildningsverksamhet som avser vissa obligatoriska kurser.

Vårdgivare anställer och har arbetsgivaransvar för ST-läkaren. Anställningen ska vara tillsvidare och sker efter det att avtal har träffats med regionen.

Vårdgivaren avlönar ST-läkaren under hela specialiseringstjänstgöringen, det vill säga även under tjänstgöring inom specialiserad vård. Vid tjänstgöring på en placering inom specialiserad vård ska eventuella jourer avlönas av den specialitet där ST-läkaren tjänstgör.

Vårdgivaren står för alla omkostnader som är förenade med ansvaret för ST- läkare.

Om vårdgivaren inte har anställt ST-läkare inom tre månader efter att avtalet träffades kan regionen komma att ompröva avtalet.

3.10.6 AT-läkare

Regionen kan uppdra åt vårdgivare att ansvara för AT-läkares tjänstgöringsavsnitt inom allmänmedicin för en eller flera AT-läkare. Regionen anställer AT- läkare.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter ska tjänstgöring inom allmänmedicin ingå under läkarnas allmäntjänstgöring. I ansvaret ingår att allmäntjänstgöringen sker enligt gällande lag, Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 1999:5 (M)) och regionens Plan för utbildning av läkare i Region Jämtland Härjedalen, se Utbildning och handledning.

3.10.7 AT- och ST-studierektor inom primärvård

AT- och ST-studierektor inom allmänmedicin ska var stöd för ST-läkaren och AT-läkaren, handledaren och verksamhetschefen och för samtliga vårdgivare inom hälsovalet i enlighet med regionens Plan för utbildning av läkare i Region Jämtland Härjedalen, se Utbildning och handledning

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

3.10.8 Lektor inom regionaliserad läkarutbildning

Umeå Universitet anställer lektor inom regionaliserad läkarutbildning. Anställningen benämns som förenad anställning och den är hel och odelbar. Anställningen består av undervisning, forskning och kliniskt arbete i Region Jämtland Härjedalen. Fördelningen kan variera men brukar fördelas med en tredjedel inom respektive del. Det är Umeå universitet som fastställer fördelningen.

Umeå universitet är huvudarbetsgivare för arbetstagare som har anställning som är förenad med klinisk tjänstgöring vid Region Jämtland Härjedalen. Regionen kan uppdra åt vårdgivare att ansvara för den kliniska tjänstgöringen. Lektor erhåller ett arvode och det utbetalas av den hälsocentral där den kliniska tjänstgöringen fullgörs.

Samtliga arbetsuppgifter för en lektor ska inrymmas i årsarbetstiden. För lektorer med förenad anställning innebär det att även den kliniska tjänstgöringen ingår i årsarbetstiden vid Umeå Universitet.

3.10.9 Ambulansverksamhet i Gäddede

För att starta vårdenhet i det geografiska närområdet för Gäddede kan uppdraget att bedriva ambulanssjukvård ingå.

3.10.10 Utvecklingsuppdrag folkhälsoarbete

Vårdenheten kan med hjälp av Folkhälsocentrum och FoUU genomföra utvecklingsuppdrag för att bidra till utveckling av det sjukdomsförebyggande arbetet. Detta kan även ske i samverkan med andra vårdenheter.

Ett utvecklingsuppdrag definieras som:

- Enhet/er som vill prova ny metod/tillvägagångssätt, tillföra ytterligare struktur/mätning för att förbättra förutsättningarna för patienter med ohälsosamma levnadsvanor.

Ytterligare information, se Styrande dokument

3.10.11 Rehabkoordinator

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

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

3.10.12 Primärvårdskonsulter

Region Jämtland Härjedalen utser primärvårdskonsulter med uppdrag att i samverkan med den specialiserade vården utarbeta rutiner och riktlinjer för att få till fungerande vårdprocesser. Se styrande dokument

3.11 VERKSAMHETER SOM INTE OMFATTAS AV HÄLSOVALET

Nedanstående verksamheter, som bedrivs inom regionens primärvård, ingår inte i Hälsoval Region Jämtland Härjedalen och vårdgivaren har inget kostnadsansvar för besök/inläggningar vid dessa enheter:

- ungdomsmottagning i Östersund
- SVR/1177
- närvårdsavdelning i Strömsund
- vårdplatser i Sveg
- ljusbehandling

4 ERSÄTTNING

I Hälsoval Jämtland finansieras vårdgivarens kostnader till största del av en ersättning baserad på antal listade personer. Ersättningsmodellen ses över varje år och uppdateras med aktuell data.

Därtill finns särskilda ersättningar för delar av uppdraget. I de fall ingen särskild ersättning anges för del av uppdrag, ska uppdraget genomföras inom ramen för den sammantagna ersättningen.

Aktuella uppgifter om patientavgifter, vaccinationer, intyg samt ersättning för vård till asylsökande återfinns i regionens avgiftshandbok, se Styrande dokument.

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

Ersättningssystemet består av tre grunddelar:

- ersättning för listade personer
- rörlig ersättning
- tilläggsersättning.

Momskompensation återsöks av regionen hos skattemyndigheten. En privat vårdenhet får momskompensation genom att den av regionen utbetalda ersättningen för listade personer uppräknas med tre (3) procent. Momskompensation utgår inte för läkemedel, rörlig ersättning samt tilläggsersättning.

De privata vårdgivarna erhåller även kompensation för exempelvis IT, ekonomi- och personaladministrativa system med 30 kr per listad invånare och år. Ersättningen omfattas av momskompensationen.

Ersättning lämnas för hel månad och baseras på antal listade i respektive åldersgrupp i början av innevarande månad samt eventuella tilläggsuppdrag. Detta gäller även för nyetableringar. Utbetalning sker månadsvis, med en tolftedel av den beräknade årsersättningen. Utbetalningen sker innevarande månad, utan anmodan, den 20:e varje månad eller närmaste arbetsdag därefter. Betalningen är mottagaren tillhanda någon dag senare beroende på bankernas hanteringstid. Övrig ersättning respektive avdrag regleras i efterhand i särskild ordning.

Lagen om valfrihetssystem (LOV) innebär att den ekonomiska ersättningen följer patienten fullt ut. Detta innebär att regionen inte kan förbinda sig eller garantera någon som helst ersättning till vårdgivaren om han/hon inte får listade eller patienter som söker vård hos denne.

4.1 ERSÄTTNING FÖR LISTADE PERSONER

Ersättningen för listade personer är en viktad individrelaterad ersättning som syftar till att främja helhetssyn och ansvarstagande. Ersättningen är en kombination av ersättningar som tillsammans ska täcka vårdgivarens kostnader för överenskomna vårdtjänster utifrån respektive vårdenhets olika förutsättning med avseende på exempelvis avstånd från sjukhus och befolkningsstruktur.

Ersättningen ska täcka vårdenhetens kostnader för personal, lokaler, utrustning, läkemedel och material mm. samt köpta tjänster för exempelvis lab och röntgen, transporter, sjukresor och listades besök hos privatpraktiserande allmänläkare och sjukgymnaster på nationella taxan.

Totalt fördelas preliminärt för år 2015, 547 005 tkr som ersättning per individ. Ersättningen justeras månatligen mot antalet listade till vårdenheten. Förändring i ersättningsbeloppet ska beslutas senast i juni året före det år ersättningen avser. Om ersättning inte ändras genom beslut i juni räknas årets ersättning, exklusive läkemedel, upp med landstingsprisindex (LPI-K).

I ersättningen per listad person ingår följande delar:

- ersättning per listad invånare
- socioekonomisk faktor
- glesbygdsfaktor
- läkemedel.

4.1.1 Ersättning per listad person

Ersättningen grundar sig på föregående års besöksmönster i olika åldersgrupper i länet. Totalt fördelas preliminärt 237 813 tkr som ersättning per listad person. Ersättningen för vikt 1,00 är 1 883 kr. Ersättningen kan variera något utifrån förändringar i antalet invånare i länet.

Ersättningen viktas i femårsklasser.

Vikterna nedan avser 2015.

Ålder	Vikt
0-4	1,30
5-9	0,37
10-14	0,31
15-19	0,53
20-24	0,63
25-29	0,70
30-34	0,76
35-39	0,72
40-44	0,76
45-49	0,81
50-54	0,93
55-59	1,05
60-64	1,18
65-69	1,38
70-74	1,75
75-79	1,99
80-84	2,12
85-89	1,93
90-94	1,60
95-99	1,25
Plus 100	1,09

4.1.2 Socioekonomisk faktor

Som socioekonomisk faktor används CNI (Care Need Index). Denna faktor syftar till att utjämna sjukdomsbördan i små geografiska områden utifrån socioekonomiska variabler. Högt CNI i en population indikerar social utsatthet och berättigar till mer primärvårdsresurser.

CNI består av sju variabler med olika vikt. Följande variabler byggs CNI upp av.

Variabel	Vikt
Ålder över 65 år och ensamboende	6,15
Ålder yngre än 5 år	3,23
Ensamstående föräldrar med barn tom 17 år	4,19
Lågutbildade 25-64 år	3,97
Arbetslösa eller i åtgärd 16-64 år	5,13
Personer födda i Öst- och Sydeuropa (ej EU), Afrika, Asien eller Latinamerika	5,72
Personer 1 år eller äldre som flyttade in i området	4,19

Dessa variabler vägs ihop till ett index utifrån hur många listade invånare inom dessa sju grupper respektive vårdenhet har. CNI kommer att uppdateras vid behov.

2015 är den preliminära genomsnittliga ersättningen per invånare i Jämtlands län 631kr, totalt 79 271 tkr. Preliminärt CNI per vårdenhet kan erhållas från regionen.

4.1.3 Glesbygdsfaktor

Glesbygdsfaktorn syftar till att kompensera de vårdenheter som har långt till sjukhuset i Östersund och därför får ökade kostnader för såväl sjukresor som vård.

Totalt fördelas 68 000 tkr som glesbygdsfaktor. Ersättningen baseras på den listades mantalsskrivningsort, vilket innebär avståndet från närmsta vårdenhet i kommunen till Östersund och är indelad i fem avståndsintervaller. Ersättningen för vikt 1,00 är 821 kr per listad invånare. Ersättningen kan variera något utifrån förändringar i antalet invånare i länet.

Avståndsintervall	Vikt per avståndsintervall
0-29 km	0
30-69 km	1,00
70-99 km	1,29
100-149 km	1,68
> 150 km	2,25

4.1.4 Läkemedel

Vårdgivaren har kostnadsansvar för de allmänläkemedel som förskrivs till de listade patienterna oavsett vem som förskriver dem. Vårdgivaren har vidare fullt kostnadsansvar för samtliga läkemedel som rekvireras. Vårdgivare ska ha samma rättigheter till rabatt på läkemedel efter genomförda upphandlingar som regionens egna enheter.

Ersättningen för allmänläkemedel utgår per listad person. Ersättningen grundar sig på föregående års förbrukning i olika åldersgrupper i länet

Den preliminära ersättningen för allmänläkemedel med vikt 1,0 är 1 246 kr under 2015, totalt 157 321 tkr.

Vikterna nedan avser 2015.

Ålder	Vikt
0-4	0,32
5-9	0,16
10-14	0,26
15-19	0,20
20-24	0,20
25-29	0,30
30-34	0,38
35-39	0,42
40-44	0,54
45-49	0,74
50-54	0,99
55-59	1,22
60-64	1,50
65-69	1,88
70-74	2,33
75-79	2,73
80-84	2,86
85-89	3,03
90-94	3,08
95-99	3,05
Plus 100	1,62

4.2 RÖRLIG ERSÄTTNING

I den rörliga ersättningen ingår ersättning för följande:

- patientavgift
- patienter från andra landsting/regioner och andra länder
- asylsökande
- patient som inte är listad vid vårdenheten
- avdrag görs för listads besök hos vårdgivare med nationell taxa
- utbildning och handledning
- rehabgaranti
- stimulansmedel

4.2.1 Patientavgift

Vårdgivaren ska ta ut patientavgift enligt regionens fastställda vårdavgifter inkl Gula taxan. Vårdgivaren uppbär och behåller dessa avgifter. Gällande regler för högkostnadsskydd inom öppen

hälso- och sjukvård ska tillämpas. Vårdgivaren ska ta ut patientavgift av patienten vid uteblivna besök enligt avgiftsbestämmelserna.

Ingen kompensation utgår för avgiftsfria besök på grund av högkostnadsskydd eller när patienten är under 20 år. Vårdgivaren ombesörjer själv eventuell fakturering och kravhantering vid obetalda patientavgifter.

Patienten ska erhålla kvitto vid varje besök. Vårdgivaren ansvarar för eventuella kundförluster. Vårdgivaren ska anteckna i patientens kort för högkostnadsskydd samt utfärda så kallade frikort enligt regionens regelverk. Patientavgifterna behålles av vårdgivaren.

4.2.2 Patienter från andra landsting/regioner och andra länder

Vårdgivaren ska ta emot patienter från andra landsting/regioner och andra länder på samma sätt som regionens egna verksamheter enligt bestämmelserna i Riksavtalet för utomlänsvård. För patienter som ges sådan vård ska vårdgivaren lämna underlag till regionen som debiterar patientens hemlandsting för vårdkostnad, därefter ersätts vårdgivaren. Vårdgivaren ska på liknande sätt ta emot patienter från främmande länder som omfattas av gällande regler för patienter från EU/EES samt Schweiz eller länder som Sverige har sjukvårdsöverenskommelser med. Besöksersättningen för utomlänspatienter ersätts enligt bestämmelserna i Riksavtalet för utomlänsvård. Följande belopp gäller för 2015. Till detta kommer patientavgift enligt regionens fastställda vårdavgifter.

Läkarbesök utomlänspatient	1 797 kr
Läkarbesök vid vårdenhet med gipsning inkl röntgen	3 507 kr
Sjukvårdande behandling utomlänspatient	733 kr

4.2.3 Asylsökande/ kvotflyktingar

Ersättning ges med samma ersättningsbelopp per besök eller vårddag/vårdtillfälle, med avdrag för eventuella patientavgifter, som gäller för utomlänspatienter. Hälsoundersökning av asylsökande, inklusive hälsosamtal och tolkkostnader, ersätts år 2014 med 2 070 kr. Beloppet justeras årligen med förändringen av konsumentprisindex.

Ersättningskrav till regionen måste vara försedda med den asylsökandes LMA-nummer för att ersättning ska lämnas enligt regionens regelverk.

Asylsökande under 18 år har rätt till all slags vård medan asylsökande över 18 år har rätt till akut vård och vård som inte kan anstå, mödravård, förlossningsvård, preventivmedelsrådgivning samt vård vid abort. Övrig vård bekostas av vårdtagaren.

4.2.4 Patienter som inte är listade på vårdenheten

Samtliga vårdenheter inom hälsovalssystemet är skyldiga att ta emot besök, oavsett var patienten är listad.

Besöksersättning ges för tillfälliga besök av patienter från Jämtlands län som inte är listade på vårdenheten med 500 kr för läkarbesök och 250 kr för övriga besök. Motsvarande avdrag görs hos den vårdenhet där patienten är listad.

4.2.5 Listads besök hos vårdgivare med nationell taxa

Faktisk kostnad för besök hos privatpraktiserande sjukgymnaster och läkare i allmänmedicin som går på nationella taxan debiteras från 2013 till 100% av den vårdenhet där patienten är listad och finansieras av ersättningen per listad person.

4.2.6 Ersättning för utbildning och handledning

Där regionen har avtal med utbildningsanordnare och där ersättning utgår för verksamhetsförlagd utbildning (VFU), arbetsplatsförlagd utbildning (APU), regionaliserad läkarutbildning eller motsvarande utgår ersättning till vårdgivare enligt avtal och med eventuella vidhängande beslut om kostnadsfördelning från regionen.

Ersättning för studenter från Mittuniversitet för år 2015 är 1410 kr per student och vecka. Avdrag görs för praktikplatssamordning med 200 kr och samordnande funktion för handledning av sjuksköterskestudenter med 150 kr per student och vecka.

Ersättning för läkarstudenter från Umeå Universitet i utlokaliserad klinisk grundutbildning är för år 2015, 4 000 kr per student och vecka.

Ersättning för studenter inom regionaliserad läkarutbildning från Umeå Universitet är år 2015, 4 000 kr per student och vecka.

För övriga studenter från Umeå Universitet är ersättningen för år 2015 1456 kr per student och vecka. Avdrag görs i förekommande fall för praktikplatssamordning med 350 kr per student och vecka.

4.2.7 Överenskommelser mellan staten och SKL

Ett antal överenskommelser är kopplade till stimulansmedel som vid uppnådda mål kan komma att påverka ersättningen i primärvården.

4.2.7.1 Sjukskrivningsprocess och Rehabgaranti

För att få ersättning för multimodal rehabilitering krävs att vårdenheten har och arbetar utifrån definitionen av multimodalt team. Den multimodala rehabiliteringen används för personer i åldrarna 16–67 år, med förhållandevis stora och komplexa behov: icke specifik smärta i rygg, nacke och axlar med minst 3 månaders varaktighet. Behandlingen ska bestå av minst 2-3 behandlingstillfällen/ vecka under 6-8 veckor. I behandling kan även hemuppgifter ingå.

För att få ersättning gällande psykisk ohälsa krävs att patienten får KBT behandling av personal med minst steg 1 utbildning i KBT eller IPT samt har handledning av utbildad KBT handledare 2 ggr/ månad. Behandlingen ska pågå i en serie av minst 5 och cirka 12 behandlingstillfällen.

Särskilda formulär lämnas in varje kvartal till regionen, se Administrativa rutiner. Då Socialstyrelsen kommer att gå in och granska olika ärenden måste rehabiliteringen vara väl dokumenterad och de avidentifierade formulären lätta att koppla till patient journalen

4.2.8 Utveckling 2016

Regionen kommer successivt att utveckla ersättningsmodellen för Hälsoval Region Jämtland Härjedalen.
Under 2015 kommer bland annat följande att ses över:

- Täckningsgrad
- Kostnadsansvar för besök utanför Jämtlands län
- Målrelaterad ersättning
- Utvecklingsuppdrag för folkhälsa

4.3 TILLÄGGSERSÄTTNING

Särskild ersättning utgår enligt nedan för de tilläggsuppdrag som regleras i uppdragsspecifikationen, Kapitel 3.10. Tilläggsersättningen utbetalas samtidigt med ersättningen för uppdraget.

4.3.1 Familjecentral

De vårdgivare som bedriver en familjecentral med fördjupad samverkan mellan barnhälsovård, mödrahälsovård, öppen förskola och socialtjänst erhåller en tilläggsersättning i proportion till antalet listade barn i åldern 0-6 år. Ersättningen beräknas utifrån 100 kronor/barn och år med lägsta nivå på 25 000 kronor. Den maximala ersättningen som betalas ut uppgår till 100 000 kronor per familjecentral och år. I de fall där extrakostnader uppstår, i form av lokalhyra, utgår ersättning motsvarande faktisk kostnad.

Ersättningen är till för att möjliggöra tid för samverkan. Som exempel kan nämnas gemensamma möten, planeringstillfällen, utbildning och nätverksträffar. Möjlighet att arbeta tvärprofessionellt i kontakten med föräldrar och barn både individuellt och i grupp samt att delta i den öppna förskolans verksamhet.

En förutsättning för att erhålla ersättningen är att samtliga parter ingått i ett skrivet lokalt samverkansavtal med en tydlig överenskommelse om samverkan för familjecentralen och att verksamheten bedrivs i enlighet med avtalet.

4.3.2 Särskilt boende

Ersättning utgår vid särskilt boende med 5 000 kr per plats.

4.3.3 Utveckling och utbildning

I de fall vårdenheten representerar hela primärvården i nationella, regionala och lokala grupper utgår ersättning med 600 kr per timme för läkare och 400 kr per timme för övriga personalkategorier.

Vårdgivaren ersätts med 400 kr per timme för huvudhandledarskap för sjuksköterskor enligt modell för verksamhetsförlagd utbildning för sjuksköterskestudenter.

Vårdgivaren ersätts med 600 kr per timme för huvudhandledarskap för AT-läkare enligt Handlingsplan för utbildning av läkarstudenter och läkare.

Regionen ersätter motsvarande 20 % av en distriktssköterskетjänst för att arbeta med alkoholfrågor samt 10% av en barnmorsketjänst för systemadministration av Obstetrix.

4.3.4 Fortbildning

Fortbildningssamordnare ersätts av regionen liksom kostnader i form av lokalhyra och föreläsare i samband med dessa dagar.

4.3.5 ST-läkare

Ersättning till vårdgivare som tar emot ST-läkare är 75 % av medianlön för ST-läkare i regionen. Ersättningen uppräknas årligen utifrån regionens löneutveckling för ST-läkare.

4.3.6 AT-läkare

Regionen avlönar AT-läkare. Ersättning till vårdgivare som tar emot AT-läkare är 80 % av lönekostnaden för AT-läkaren. För att stimulera AT-läkare att fullgöra primärvårdsdelen på ort utanför Östersund med omnejd och för att minska kostnader för den enskilde läkaren betalar Region Jämtland Härjedalen ut ett lönetillägg på 5000 kr/månad vid behov av dubbelt boende enligt rutin, se Utbildning och handledning.

4.3.7 AT- och ST-studierektor inom primärvård

Regionen ersätter vårdgivare som på del av befattning som distriktsläkare, är AT- och ST-studierektor inom primärvård.

4.3.8 Ambulansverksamhet i Gäddede

Regionen ersätter uppdraget att bedriva ambulansverksamhet i Gäddede 2015 med 4 507 000 kr. Ersättningen kan komma att reduceras i det fall ett utökat gränsöverskridande samarbete kommer till stånd med ambulansverksamheten i Norge. Om uppdraget upphör, upphör också rätten till ersättning för det.

4.3.9 Utvecklingsuppdrag för folkhälsoinsatser

Belopp som kan betalas ut per utvecklingsuppdrag uppgår för år 2015 till maximalt 185 000. Totalt avsätts 1,1 mkr.

4.3.10 Rehabkoordinatorer

Rehabkoordinatorerna finansieras av regionen.

4.3.11 Primärvårdskonsulter

Primärvårdskonsulter finansieras av regionen.

5 UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING

5.1.ALLMÄNNA FÖRUTSÄTTNINGAR

Regionen och dess vårdgivare inom primärvården har ett gemensamt ansvar och intresse av att följa upp och utveckla vården. Utgångspunkten för detta arbete ska vara en ömsesidig strävan att uppnå en förtroendefull relation mellan parterna. Regionen har ett ansvar att påtala brister i verksamheten oavsett om verksamheten drivs av regionen i egen regi eller av andra, fristående vårdgivare. Därmed tillgodoses också allmänhetens rätt till insyn enligt 3 kap 19 a § kommunallagen.

Vårdgivaren ska medverka med faktaunderlag för regionens uppföljning av verksamheten i form av månads, tertial- och årsrapportering/verksamhetsberättelse enligt regionens riktlinjer.

Förutom den standardiserade uppföljningen ska uppföljning i dialogform ske minst en gång per år efter inlämnandet av verksamhetsberättelse/årsredovisning. Regionen kallar till dessa möten. Vid uppföljningsmöten ska från vårdgivarens sida medverka minst verksamhetschef och medicinskt ansvarig. Vårdgivaren ska förse regionen med efterfrågat uppföljningsunderlag samt ansvara för att inrapporterade uppgifter är riktiga.
Regionen eller annan på dess uppdrag har rätt att hos vårdgivaren följa upp /inspektera verksamheten för att bland annat säkerställa att vårdgivaren uppfyller överenskomna krav och specifikationer.

Vårdgivaren ska senast den 10:e i varje månad redovisa efterfrågade resultat från föregående månad enligt särskilda anvisningar från regionen.
Vårdgivaren ska lämna/tillhandahålla de uppgifter som regionen anser sig behöva för att följa upp och kontrollera

- att verksamheten bedrivs i enlighet med förfrågningsunderlaget och de mål och riktlinjer som regionen fastställt
- att vårdgivarens säkerhets- och kontrollsystem är tillräckliga
- att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredställande sätt

Grundläggande verksamhetsstatistik insamlas med stöd av den information som samtliga vårdenheter registreras i vårdadministrativa systemet. Regionen äger utan särskilt medgivande tillgång till alla sådana uppgifter med undantag för sekretessbelagd information.

Landsting/regioner bedriver ett gemensamt utvecklingsarbete tillsammans med SKL, som benämns Basmodell primärvård, för ett enhetligt system av styrning och uppföljning. Vidare kommer resultaten av pågående projekt på nationell nivå efter hand införlivas i uppföljningssystemet (öppna jämförelser, nationell patientenkät, Socialstyrelsens nationella indikatorer för god vård etcetera).
Inom ramen för bland annat det regiongemensamma arbetet kommer även behovet av och förutsättningarna för att införa ett visst inslag av mål-, kvalitets- och resultatbaserade ersättningar att övervägas.

Uppföljningsdata kommer att ses över och utvecklas varje år och i takt med att evidens och teknik finns som stödjer införande av nya indikatorer. Kvalitetsindikatorer och nyckeltal kommer att revideras årligen.

Vårdgivaren ska vara representerad på informationsmöten som regionen eller annan på deras uppdrag kallar till. Regionen och vårdgivaren ska ha ett ömsesidigt informations- och samrådsansvar beträffande verksamhetsförändringar som påverkar tillgängligheten och annan service mot allmänhet och patienter.
Regionen har rätt att såväl använda som publicera resultaten samt att kräva att vårdgivaren offentliggör vårdenhetens resultat. Publicering/redovisning ska ske vid den tidpunkt och på det sätt som uppdragsgivaren fastställt och i de system eller i de sammanhang som regionen anvisar.

Vid särskilda tillfällen kan också uppgifter utöver planerad uppföljning begäras in och sådana uppgifter ska skyndsamt inrapporteras till regionen.

5.2 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 regionens 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 regionens 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 regionens 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 STRUKTUR

Befintliga databaser/register ska så långt som möjligt användas som källa. I de fall där detta ännu inte är möjligt, bedömer beställaren om uppgiften är så betydelsefull att det är motiverat med rapportering i särskild ordning. För att förenkla arbetet i de fall då särskild rapportering krävs, kan det i många fall vara tillräckligt att ansvarig uppgiftslämnare anger ett cirkavärde eller intervall. I tillämpliga fall ska uppdelning ske på kön.

Alla uppgifter gäller initialt för en enskild hälsocentral och dess listade patienter, samt för eventuella övriga specificerade ansvarsområden som vilar på den enskilda hälsocentralen. Vid behov kan uppgifterna aggregeras och kompletteras till en övergripande bild.

Indikatorer, mål och mått är indelade i fyra huvudområden med uppföljningsperspektiven från regionens 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.

Regionen har ett ledningssystem som är utformat och inspirerat av EFQM (The European Foundation for Quality Management) och regionen följer upp verksamhet utifrån perspektiven Medarbetare, Patient, Samhälle samt Verksamhetsresultat.

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. regionjh) - 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 individuell plan med kommunen	Meddix			Tas fram av hälsovals-kansliet	
Tillämpning av samverkansavtal med kommunerna och andra samhällsaktörer		Årligen		Redovisas av vårdgivaren i årsberättelse Ange former	Samhälle Effektiv

Mätetal Verksamhet	Mäts via	Mät-intervall	Målvärde 2015-12-31	Form för redovisning	Ledningssystems perspektiv/ God vård
				och omfattning	
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 omfattning		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
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 Se Styrdokument		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; Bemötande Patientmedverkan Läkemedel Fortsatt vård Information Helhetsintryck	PUK	Årligen		Tas fram av hälsovals-kansliet	Patient Patientfokuserad
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 rekommenderad fysisk aktivitet	Tas fram av folkhälso-centrum	Samhälle Kunskapsbaserad

Mätetal **Kvalitet** **Medicinsk kvalitet**	**Mäts via**	**Mät-intervall**	**Målvärde 2015-12-31**	**Form för redovisning**	**Ledningssystems perspektiv/ God vård**
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 är registrerade i nationella diabetesregistret (NDR).	NDR	Årligen	Högre andel än 90%.	Tas fram av hälsovals-kansliet	Verksamhet Kunskapsbaserad
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 regionen	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 regionen	Verksamhet
Undvikbar slutenvård, personer 65 år och äldre.	Diveport	Månadsvis		Tas fram av regionen	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 - Hygienrond	Punktprevalens-studie/ själv-skattning	Mars och oktober/ Tertial	100%	Redovisas av vårdgivaren	Verksamhet Säker
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 regioen	Verksamhet Säker
Patientsäkerhetsberättelse enl. 2010:659			Årligen	Redovisas av vårdgivaren enligt mall	Säker

6 ALLMÄNNA VILLKOR

6.1 LAGAR, FÖRORDNINGAR OCH ANVISNINGAR

Vårdgivaren ansvarar för att vid varje tidpunkt gällande författningar (lagar, förordningar samt myndigheters föreskrifter) följs för uppdragets genomförande. Med författning likställs av myndigheter utfärdade normer och råd.

6.2 STYRDOKUMENT OCH POLICYSKRIFTER

Vårdgivaren ska följa regionens styrdokument, policyskrifter och övriga anvisningar i tillämpliga delar.

6.3 KOMPETENS OCH BEMANNING

Vårdgivare ansvarar för att verksamhetschef finns inom verksamheten enligt Hälso- och sjukvårdslagen § 29 ~~SOSFS 1997:8.~~ Verksamhetschefens uppgifter framgår av bland annat av förordningen (1996:933) om verksamhetschef inom hälso- och sjukvården. Namn på verksamhetschef ska framgå av kontraktet. Förändring ska utan dröjsmål meddelas regionen.

Inom Region Jämtland Härjedalen gäller Riktlinjer för verksamhetschef samt medicinska ledningsuppdrag, Se Styrande dokument.

Den övervägande andelen av tjänstgörande läkare, exklusive utbildningsläkare, ska vara specialister i allmänmedicin med reell kompetens och dokumenterad erfarenhet av hela det uppdrag som ingår i tjänsten. Läkare med annan specialistkompetens kan ingå som kompetens på vårdenhet i hälsovalsmodellen.

Den övervägande andelen av tjänstgörande sjuksköterskor ska vara utbildade distriktssköterskor.

Vårdgivaren ska tillhandahålla psykosocial verksamhet med kompetenser som psykolog och/eller socionom och/eller psykiatrisjuksköterska för att förebygga och möta psykisk ohälsa samt tillhandahålla kompetens för rehabilitering.

Vårdgivaren ska erbjuda sjukgymnastisk bedömning och behandling av legitimerad sjukgymnast.

I övrigt ska vårdgivaren ha en bemanning som säkerställer kontinuiteten i verksamheten och hälso- och sjukvårdspersonalen ska ha erforderlig legitimation och kompetens.

Kontinuerlig fortbildning och kompetensutveckling för personalen är en förutsättning för att kunna upprätthålla en god kvalitet. Alla vårdgivare ansvarar för kompetensutveckling av personal som är verksamma inom hälsovalet.

Inom hälsovalet finns medel avsatta för fortbildning, se rubrik Tilläggsuppdrag.

6.4 UNDERLEVERANTÖR

Vårdgivaren får anlita underleverantörer för att komplettera sin kompetens eller för att förstärka sin kapacitet för genomförande av uppdraget. Vårdgivaren ska tillse att varje eventuell underleverantör uppfyller alla krav enligt detta avtal och ansvarar gentemot regionen för underleverantörernas arbete såsom om det vore vårdgivarens eget.

För det fall vårdgivaren vill anlita underleverantör ska anmälan om detta göras till regionen skriftligen. Regionen har rätt att i enlighet Skatte- och avgiftsskyldighet kontrollera att underleverantören har fullgjort sina skyldigheter avseende betalning av skatter och avgifter. För det fall underleverantören inte fullgjort dessa skyldigheter får vårdgivaren inte anlita underleverantören.

Regionen har också rätt att kontrollera övriga förutsättningar för godkännande.

6.5 PATIENTJOURNAL

Vårdgivaren ansvarar för journalföring och förbinder sig att uppfylla kraven enligt Patientdatalagen (2008:355).

Patientdokumentationen ska ha en gemensam informationsstruktur och informationen ska vara tillgänglig i hela vårdkedjan. Dessa krav gäller all vård som utförs på regionens uppdrag. Detta framförallt av patientsäkerhetsskäl men även för att underlätta och stödja vårdprocesserna.

Pappershandlingar klassificeras och scannas in och kopplas till journalen enligt gällande rutin. Regionens enhet Registerservice sköter i sådana fall scanning på uppdrag av vårdgivaren.

Vårdgivaren förbinder sig att samverka med regionen för att utveckla säkra och ändamålsenliga rutiner för att kunna göra vårdinformation tillgänglig för varandra.

Sammanhållen journalföring tillämpas via vårdadministrativa systemet och Nationell Patientöversikt (NPÖ) vilket möjliggör att vårdinformation kan delas mellan vårdgivare.

Mer information kring journalhantering och tillämpning av IT tjänster, bilaga 2 IT- och telefonitjänster. Se Styrande dokument

6.6 PATIENTNÄMND

Verksamheten faller under ansvarsområdet för regionens patientnämnd. Patienten ska informeras och ges erforderlig möjlighet att vända sig till regionens patientnämnd. Vårdgivaren ska till patientnämnden lämna de uppgifter som nämnden behöver för att fullgöra sitt uppdrag.

6.7 PATIENTFÖRSÄKRING

För den verksamhet som bedrivs enligt detta avtal gäller regionens patientförsäkring med Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF), se Styrande dokument. Vårdgivaren har skyldighet att utan kostnad lämna de intyg, journaler, med mera som LÖF:s skaderegleringsbolag Personskadereglering AB (PSR) begär för de patienter som behandlats hos vårdgivaren. Detta gäller även om skadan inträffat på en annan vårdenhet men patienten har en vårdepisod hos vårdgivaren.

6.8 FÖRSÄKRINGAR

Vårdgivaren ska inneha för vårduppdraget relevanta och erforderliga försäkringar till betryggande belopp som täcker till exempel personskador, brandskador, stöld etcetera. Försäkringsbevis utställt av vårdgivarens försäkringsbolag ska överlämnas till regionen senast i samband med verifiering av vårdenhet. På anmodan ska vårdgivaren löpande kunna uppvisa intyg på erfoderliga försäkringar under hela avtalstiden.

6.9 UTRUSTNING

All utrustning som används inom verksamheten ska uppfylla vedertagna standarder och krav på tillförlitlighet, prestanda och kvalitet för att tillförsäkra en ändamålsenlig funktion. Vårdgivaren ansvarar för att all utrustning erhåller fortlöpande service samt förebyggande och felavhjälpande underhåll. Service och kvalitetskontroller ska genomföras regelbundet och måste dokumenteras.

Vårdgivaren ska svara för underhåll, reparationer och återanskaffning av inventarier och utrustning. Vårdgivaren har kostnadsansvaret för dessa anskaffningar.

Vid val av medicinteknisk utrustning gäller följande. Utrustningar för EKG, spirometri och långtidsblodtryck, där mätdata kan behöva lagras i lagringssystem inom Region Jämtland Härjedalen, ska vara av samma typ som finns inom regionens olika enheter. När det gäller andra typer av medicintekniska produkter som exempelvis mäter blodtryck och temperatur, och där mätdata inte lagras men utgör en grund för diagnos av hälsotillstånd och påverkar en journalanteckning så bör samma typ av utrustning användas som finns inom regionens olika enheter. Val av utrustning ska ske i samråd med den medicintekniska avdelningen vid Östersunds sjukhus.

6.10 ANNAN VERKSAMHET

Annan verksamhet som vårdgivaren bedriver ska hållas åtskild från den verksamhet som regleras i förfrågningsunderlaget. Vårdgivaren ansvarar för att detta är tydligt för patienterna. Verksamheten får inte vara av sådan karaktär att den kan minska förtroendet eller anseendet för uppdraget vårdgivaren har mot regionen

6.11 LOKALER

Vårdgivaren ska ha för verksamheten säkra, ändamålsenliga och verksamhetsanpassade lokaler. Lokalerna ska vara utformade så att vården av patienter kan ske med full respekt för individens integritet och ostördhet samt vara lättillgängliga för personer med olika funktionsnedsättningar.

I de lokaler där huvudsakligen barn vistas ska miljön vara barnanpassad.

6.12 INFORMATION

Regionen ansvarar för att vårdgivarna via bland annat regionens webbsidor kan ta del av sådan verksamhetsinformation som behövs för att fullgöra åtagandet i Hälsoval Region Jämtland Härjedalen.

Vårdgivaren har ansvar för att hålla sig uppdaterad om aktuell verksamhetsinformation som regionen ger ut på bland annat webbsidor.

6.12.1 Hälsovalssymbol för signal om godkännande

Vårdgivare får använda symbolen när deras ansökan om att ingå i hälsoval är godkänd. Vårdgivaren ska genom att använda symbolen för Hälsoval Region Jämtland Härjedalen tydligt visa att man är godkänd och därmed ingår i Region Jämtland Härjedalens offentligt finansierade vårdutbud.

Hälsovalssymbolen ska användas i exempelvis annonser, trycksaker, på webbplatser och på utomhusskyltar vid vårdenhetens entré enligt regionens riktlinjer, se Styrande dokument.

Externa vårdgivare får inte använda regionens logotyp, men symbolen för hälsoval.
Vårdgivare som har regionen som huvudman använder både regionens logotyp och symbolen för hälsoval.

6.12.2 Kontaktuppgifter och grundutbud

Regionen informerar medborgarna om vårdenhetens kontaktuppgifter och grundutbud, till exempel verksamheter och kompetenser, via de kanaler som regionen använder för denna typ av information. Regionen förbehåller sig rätten att avgöra vilken typ av uppgifter som ska finnas tillgängliga via regionens egna informationskanaler.

Vårdenheten ska förse regionen med de uppgifter som behövs för att ge invånarna den information som nämns ovan. När en förändring sker ska vårdenheten lämna uppdaterad information till regionen.

6.12.3 Väntrumsinformation

Vårdgivaren ska följa regionens riktlinjer för väntrumsinformation som även gäller för vårdenhetens kommunikation via Internet

Regionen har rätt att i vårdgivarens lokaler placera information riktad till patienter och befolkning, se Styrande dokument.

6.12.4 E-tjänster och utveckling av informationstjänster

Sammanhållen journalföring kommer att ske via vårdadministrativa systemet och Nationell Patientöversikt (NPÖ).

Som en del i den nationella IT-strategin för vård och omsorg, finns 1177.se – en gemensam webbplats för den svenska hälso- och sjukvården. Medborgarna erbjuds via denna webbplats personliga tjänster och information om vård och hälsa på såväl nationell som regional nivå. Landsting och regioner har förbundit sig att delta och det innebär att vårdgivarna ska erbjudas möjlighet att delta i arbetet under utvecklingsfasen. Här ingår förutom informationstjänster (information om sjukdomar, undersökningar, behandlingar med mera) även e-tjänster för säker kommunikation med medborgare.

Inom ramen för dessa e-tjänster ska vårdgivare minst erbjuda medborgarna de tjänster som är beslutade att utgöra en bas i primärvårdens elektroniska tjänster.

De beslutade e-tjänster som vårdgivarna här minst ska erbjuda är: *Förnya recept, av-/omboka tid,-beställa tid, förnya preventivmedel, förnya hjälpmedel, hjälp oss att bli bättre samt. kontakta mig*. Den tekniska lösning som erbjuder detta är den nationella tjänsten Mina Vårdkontakter (MVK). För att möjliggöra vårdgivarens egen inloggning till tjänsterna MVK samt 1177 krävs att kortläsare anslutna till datorarbetsplatsen anskaffas för läsning av SITHS-kort. Personalens personliga SITHS-kort tillhandahålls av regionen och kan beställas av vårdgivaren.

6.12.4.1 Utgivning av SITHS e-tjänstekort

Vårdgivaren ska bemanna och hålla tillgänglig en lokal utlämningsfunktion för de nationella SITHS e-tjänstekorten inom sin klinik samt under 2014, mot ersättning, även för kommunens personal. Vårdgivaren behöver för detta ändamål inom sin personalgrupp utse 2-3 personer som kan turas om att bemanna utlämningsfunktionen. Utlämningsfunktionen ges vid behov stöd av regionens Helpdesk för att sköta utgivningsförfarandet. Oklart vad som gäller från 2015.

6.13 MARKNADSFÖRING

Vårdgivaren ansvarar för att vårdenhetens marknadsföring av egen verksamhet är saklig. Alla vårdgivare äger rätt att på eget initiativ informera om och marknadsföra sina tjänster. Alla vårdgivare ska i kommunikation med medborgare på ett av regionen fastställt sätt ange att de är en del av Hälsoval Region Jämtland Härjedalen och arbetar på uppdrag av regionen. Detta görs genom att använda symbolen för Hälsoval Region Jämtland Härjedalen.

I marknadsföring ska det tydligt framgå vilka tjänster som ingår i Hälsoval Region Jämtland Härjedalen och vilka eventuella övriga tjänster som inte gör det.

Det är inte tillåtet att erbjuda medborgare rabatter eller andra ovidkommande förmåner för att locka till listning.

6.14 SJUKRESOR

Vårdgivaren ska ha kännedom om och följa regionens regler för sjukresor och vara patienten behjälplig med att ordna sjukresa samt informera om gällande regler. Vårdgivaren svarar för kostnaden för sjukresor, se Styrande dokument.

6.15 TOLKSERVICE

6.15.1 Språktolk

Vårdgivaren ska tillhandahålla tolk till patient som inte förstår eller kan uttrycka sig på svenska språket. Vårdgivaren står själv för kostnad i samband med anlitande av tolk. Vårdgivaren är skyldig att följa språklagen (2009:600) och lagen om nationella minoriteter och minoritetsspråk (2009:724).

6.15.2 Tolkcentralens tjänster

Regionen ansvarar för tolkservice i form av teckenspråkstolkar och vuxendövtolkar till döva, dövblinda och hörselskadade personer. Vårdgivaren rekvirerar vid behov tolkservice genom regionens tolkcentral. Regionen svarar för kostnaden.

6.16 IT-TJÄNSTER/SYSTEM

För att vårdgivaren ska kunna ansluta sig till regionens gemensamma tjänster/system ska vårdgivaren acceptera och godkänna de villkor som anges i Bilaga 2 IT- och telefonitjänster Hälsoval Region Jämtland Härjedalen se Styrande dokument, . Detta godkännande har skett i och med anbudsgivarens avgivna svar i ansökan om anslutning till Hälsoval Region Jämtland Härjedalen.

Vårdgivare ska också i en självdeklaration redogöra för de delar av IT-infrastrukturen som vårdgivaren har eget ansvar för. Självdeklarationen omfattar en beskrivning av den egna IT-infrastrukturen, IT-säkerhetshantering och det regelverk som tillämpas för den IT-miljö som vårdgivaren har ansvar för från anslutningspunkten i vårdgivarens nätverk fram till anslutningspunkt till Sjunet. Självdeklarationens punkter utgör underlaget för den slutverifiering som genomförs gällande vårdgivarens lokala IT-miljö i samband med godkännande, se Styrande dokument .

För att tillförsäkra ett IT-stöd som kan uppnå hög patientsäkerhet samt en kostnadseffektiv hantering i verksamheten har regionen anvisat utpekade IT-tjänster som vårdgivaren ska ansluta sig till samt nyttja. Dessa tjänster är indelade i obligatoriska delar samt valfria delar för att säkerställa förutsättningarna för rätt användning. Till de obligatoriska delarna hör två tjänstepaket kallade ”Vårdutbud bas” samt ”Stödapplikationer”. Till de valfria delarna hör bland annat optioner på anslutning till telefoniapplikationer/system.

Vårdgivaren ska ansluta sig till den nationella IT-infrastrukturen Sjunet för svensk vård och omsorg. Genom de krav som ställs på att vårdgivaren ska ansluta sig till IT-tjänster inom regionens IT-miljö blir dessa anvisade IT-tjänster (för patientadministration, hälso- och sjukvårdsinformation, patientuppgifter i vårdkedjan samt administrativa uppgifter) gemensamma för samtliga huvudmän inom Hälsoval Region Jämtland Härjedalen. Information i form av verksamhetsuppgifter, statistik och ekonomiska underlag kan på så sätt delas mellan aktörerna i tillämpliga delar.

Regionens erbjuder vårdgivaren att använda regionens vårdadministrativa system enligt givna rutiner.

Vårdgivaren ska genom anslutning till och nyttjande av anvisade delar av regionens gemensamma IT-tjänster tillförsäkra att IT-stöd finns för att kunna stödja en sammanhållen vårdkedja och i och med detta att en god patientsäkerhet uppnås. IT-stödet ska konfigureras på samma sätt som för övriga enheter inom regionen vad gäller medicinsk terminologi, kodverk och dokumentationsstruktur. Följande är en översikt av de krav som ställs på vårdgivarens eget IT-stöd:

- vårdgivaren ska kunna ta emot och skicka meddelanden via e-post.
- vårdgivaren ska använda sig av funktion för e-recept via vårdadministrativa systemet. Alla recept ska skickas i elektronisk form till apotek.
- Vården på Webben 1177 inkl. vårdsök och MVK Mina Vårdkontakter (egenvårdsråd, kontaktuppgifter samt interaktiva tjänster via webb för patienten)
- vårdgivaren ska ansluta sig till nationell katalogtjänst för vård och omsorg (HSA) via regionens kataloglösning för HSA

- säkerhetslösning i form av SITHS e-tjänstekort för tillgång till vårddokumentation
- Pascal dosförskrivningar av läkemedel
- vårdgivaren ska skicka läkarintyg elektroniskt till försäkringskassan
- NPÖ Nationell Patientöversikt.

Ytterligare tjänster kan tillkomma och en diskussion om anslutning till dessa kommande tjänster tas med vårdgivaren angående varje tjänst för sig. Diskussion/förhandling om anslutningsformerna för en viss tjänst kommer att upptas med vårdgivaren när respektive tjänst finns tillgänglig.

Via regionens mail-konferenssystem kommuniceras/publiceras verksamhetsinformation såsom kallelser, mötesanteckningar och PM inom och mellan verksamheterna. Relevanta konferenser i systemet görs tillgängliga för externa vårdgivare. Vårdgivarens användare kommer att tilldelas konto för att kunna skicka och ta emot e-postmeddelanden internt inom regionens mail-konferenssystem. Extern vårdgivare kommer inte ges behörighet att skicka och ta emot extern e-post.

6.17 TELEFONI

Telefonifunktionen är en viktig del i vårdgivarens arbete med att upprätthålla en hög tillgänglighet till sitt vårdutbud. Därför ska vårdgivaren tillämpa samtalsmätning av sina inkommande telefonsamtal från brukare. Vårdgivaren svarar själv för att tillämpa adekvata telefonitjänster. Regionen erbjuder valfria telefonitjänster enligt Bilaga 2, se Styrande dokument .

Vårdgivaren ges rätt att för sin verksamhet mot en kostnad ansluta sig till regionens telefoniplattform samt telefonisttjänst. Detta underlättar hänvisning av samtal och gör det lättare att följa upp och anpassa hur samtalsströmmar ska ske mellan olika enheter.

Om vårdgivaren önskar anslutning till regionens telefoniplattform/telefonväxel ska detta ske genom anvisad anslutningstjänst för telefonväxel. Som option till anslutningstjänsten för telefonväxeln finns anvisade telefonienheter att avropa för vårdgivaren vid anslutning till telefonitjänsten. Vårdgivaren erbjuds ingå i regionens gemensamma telefonitjänst via avrop från gällande driftsavtal.

Inom regionens primärvård har en telefoniplattform driftssatts för telefonisamverkan mellan vårdenheter. Samverkan sker via slussning av inkommande samtal till rätt part enligt viss logik. Systemet syftar till att förbättra tillgängligheten till primärvårdens vårdenheter samt ge en enhetlig service med rådgivning och tidsbokningar genom bl. a. en effektiv slussning till rätt vårdinstans. Tillgång till systemet erbjuds externa vårdgivare inom ramen för Hälsoval Region Jämtland Härjedalen i form av anslutning av vårdgivare på frivillig väg. Vårdgivaren tecknar avtal direkt med leverantören av systemet samt med regionen vad gäller villkoren för samarbetet.

Mer information se bilaga 2 IT- och telefonitjänster, se Styrande dokument.

6.18 MILJÖKRAV

Vårdgivaren ska vara informerad om och följa gällande lagar och andra författningar samt regionens riktlinjer och policys, som berör vårdgivaren.

Vårdgivaren ska samverka med regionen i frågor och då regionen så begär, redovisa hur vårdgivaren arbetar för att uppfylla regionens miljömål. Uppföljning av miljöarbetet ska dokumenteras årligen

och redovisas till regionen vid begäran ~~i samband med den årliga uppföljningen av miljöarbetet, senast den 31 januari årligen.~~

Regionens styrande dokument gällande miljöarbete, se Styrande dokument.

6.19 ALLMÄNHETENS INSYN OCH MEDDELARFRIHET

Vårdgivare förbinder sig, vid anmodan från regionen ~~eller då allmänheten så påtalar~~, snarast lämna ut de uppgifter som efterfrågas.

Meddelarfrihet för anställda hos regionen regleras i svensk lag. Anställda hos privata vårdgivare inklusive underleverantörer ska ha en liknande meddelarfrihet. Vårdgivaren förbinder sig att, med undantag för vad som nedan anges, inte ingripa mot eller efterforska den som lämnat meddelande till författare, utgivare eller motsvarande för offentliggörande i tryckt skrift eller radioprogram eller andra tekniska upptagningar. Förbindelsen gäller inte sådana meddelanden som avser företagshemlighet som skyddas av lagen om skydd för företagshemligheter eller omfattas av tystnadsplikt för vårdgivarens anställda utanför det område som uppdraget omfattar och inte heller i vidare mån än vad som omfattas av meddelarfrihet för offentligt anställda enligt kap. 44 Offentlighet och sekretesslagen.

6.20 PERSONUPPGIFTSLAGEN

Vårdgivaren är personuppgiftsansvarig för sin behandling av personuppgifter.

6.21 KOLLEKTIVAVTAL ELLER LIKVÄRDIGT

Om vårdgivaren inte tecknat svenskt kollektivavtal ska denne på uppmaning kunna visa på hur förhållande och villkor mellan arbetsgivare och arbetstagare regleras på ett sätt som följer arbetsmarknadslagstiftning och i övrigt följer god sed på arbetsmarknaden. Detsamma ska gälla för eventuella underleverantörer som vårdgivaren anlitat för att fullgöra uppdraget.

6.22 SEKRETESS OCH TYSTNADSPLIKT

För verksamheten gäller sekretess enligt offentlighets- och sekretesslagen samt patientsäkerhetslagen.

6.23 SKATTE- OCH AVGIFTSSKYLDIGHET

Vårdgivaren ska fullgöra sina lagenliga skyldigheter avseende skatte- och övriga avgifter under avtalstiden. Om vårdgivaren anlitar underleverantör, gäller samma skyldigheter för underleverantören

Regionen har när som helst under avtalstiden rätt att kontrollera hos Skatteverket att vårdgivaren uppfyller sin skatte- och avgiftsskyldighet.

6.24 MEDICINSK REVISION

Regionen har rätt att under avtalsperioden, och när regionen så anser befogat, låta genomföra medicinsk revision av verksamheten som omfattas av uppdraget. Den medicinska revisionen ska kunna omfatta granskning av alla sådana uppgifter som vårdgivaren kan lämna ut enligt reglerna i Patientsäkerhetslagen (2010:659) till den som utför den medicinska revisionen. Denne får i sin tur lämna ut uppgifter om enskild patient endast om det är föreskrivet i gällande lag.

Regionen svarar för ersättning till den som anlitas för medicinsk revision. Vårdgivaren ska efter prövning enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) vara behjälplig med att tillhandahålla de uppgifter som krävs för att den medicinska revisionen ska kunna genomföras.

6.25 REVISION

Regionens revisorer ska i enlighet med Kommunallagen 9 kap. 9 § granska all verksamhet som regionen bedriver inom sitt verksamhetsområde.

Vårdgivaren förbinder sig att i enlighet med denna lag låta regionens revisorer, eller de som revisorerna utser, utan hinder av sekretess eller affärsjuridiska krav ta del av sådan handling eller uppgift som är nödvändig för utövande av sin granskning av vårdgivarens fullgörande av ingånget vårdavtal.

Uppgifter i vårdgivarens verksamhet som är att hänföra till sekretesslagstiftning, specifika affärsöverenskommelser eller sådan som regleras av lagar som styr bolag överförs i förekommande fall med motsvarande sekretesskyldighet till regionens revisorer.

Regionens revisorer har att hantera all information i sådan granskning med förutsättningar som styrs av gällande rätt och vad som på marknaden benämns med god revisionssed.

6.26 ÄNDRINGAR OCH TILLÄGG PÅ REGIONENS BEGÄRAN

Regionen förbehåller sig rätten att ändra villkoren i avtal. Regionen beslutar i juni månad årligen om villkorsförändringar som ska träda i kraft den 1 januari efterföljande år. Regionen ska, så snart beslut har fattats om ändring av villkoren, göra dem tillgängliga för vårdgivaren i skriftlig form.

Vårdgivare ska godkänna förändring av villkoren genom att ingå tilläggsavtal med de ändrade villkoren. Avtalet ska vara ingånget senast 30 dagar efter att vårdgivaren fått del av tilläggsavtalet.

Vårdgivare som inte godkänner förändringen upphör huvudavtalet att gälla 12 månader efter tidpunkt då tilläggsavtal senast skulle ha tecknats om inte annat överenskommits. Fram till dess att avtalet upphör gäller de ursprungliga villkoren.

6.27 OMFÖRHANDLING

Om förutsättningarna såsom riksdags- regerings eller myndighetsbeslut för detta avtal väsentligen ändras, har endera parten rätt att påkalla omförhandling eller säga upp avtalet.

Meddelande om omförhandling ska ske senast fyra (4) veckor i förväg. Vid uppsägning enligt ovan gäller en uppsägningstid om tolv (12) månader. Skadeståndsanspråk kan ej riktas från någondera part, mot den andre parten, i händelse av att avtalet sagts upp med stöd av denna punkt.

6.28 BRISTER I FULLGÖRANDE

Vårdgivaren förbinder sig att, utan dröjsmål, skriftligen meddela regionen om risk för bristande tillgänglighet eller annan bristande uppfyllelse av avtalat uppdrag. Vårdgivare ska ange vilka åtgärder som avses vidtas för att eliminera uppkommen risk och minimera konsekvenserna av detta.

Vårdgivaren ska besvara regionens frågor rörande klagomål, befarade brister eller oklarheter rörande tolkningen av dennes åtagande.

Om vårdgivaren lämnat ofullständiga eller felaktiga uppgifter har regionen rätt att innehålla den ersättning som är kopplad till dessa uppgifter i avvaktan på att fullständiga eller riktiga uppgifter lämnas.

6.28.1 Vite

Om regionen efter utredning, som kommunicerats med vårdgivare, konstaterar brister som kräver att aktiva åtgärder vidtas av vårdgivaren kan regionen, beroende på bristernas omfattning och karaktär, förelägga vårdgivaren att vidta rättelse. Om rättelse inte vidtas inom föreskriven tidsfrist får regionen ta ut vite tills dess rättelse sker. Vitet bestäms utifrån bristens art och omfattning upptill högst 50.000 kr /brist.

6.28.2 Vite i särskilda fall

Utöver vad som föreskrivs i föregående punkt, gäller följande:

Om vårdgivaren inte i tid levererar uppgifter såsom verksamhetsplan, rapporter, årsberättelser eller andra uppgifter som vårdgivaren enligt detta avtal ska leverera till regionen, Sveriges Kommuner och Landsting eller myndigheter, utgår för varje handling ett förseningsvite om 5.000 kronor/vecka, upp till maximalt 50.000 kr för varje tillfälle och handling.

Om vårdgivaren inte uppfyller kravet på mottagande av patient enligt listningsreglerna, utgår ett vite om 1.000 kr /person/vecka. Maximalt utgår 10.000 kr per person och aktuellt tillfälle.

Om vårdgivaren inte uppfyller kravet på tillgänglighet vad gäller öppettider och telefontid utgår ett vite om 10.000 kronor/vecka så länge kravet inte uppfylls. Maximalt utgår 100.000 kr för aktuellt tillfälle.

6.29 AVTALETS FÖRTIDA UPPHÖRANDE

Part kan säga upp avtalet om andre parten i väsentliga delar inte uppfyller avtalskraven och inte vidtar rättelse inom 30 dagar efter skriftligt påpekande från motparten.

Exempel på väsentliga avvikelser.

- Vårdgivaren agerar på sådant sätt att det allvarligt rubbar förtroendet för vårdgivaren och därigenom regionen.
- Vårdgivaren är underkastad näringsförbud, försätts i konkurs, träder i likvidation, ställer in betalningar eller på annat sätt kan antas komma på obestånd.
- Inte fullgör sina skyldigheter avseende skatter och avgifter.
- Ägarförhållandena hos vårdgivaren eller hos dess moderbolag väsentligen förändrats och detta inte skriftligen har godkänts av regionen enligt villkor om överlåtelse av avtal.

Om avtalet sägs upp på grund av avtalsbrott är den part som brutit mot avtalet skyldig att till den uppsägande parten utge skadestånd i enlighet med allmänna avtalsrättsliga principer.

Uppsägning ska ske skriftligen och utan oskäligt uppehåll efter det att den omständighet som åberopas som uppsägningsgrund blivit känd för den uppsägande parten.

6.30 SAMVERKAN MED REGIONEN VID AVTALETS UPPHÖRANDE

Avtalets upphörande ska inte befria någondera parten från vid tillfället kvarstående och icke uppfyllda åtaganden eller förpliktelser gentemot den andra parten. I händelse av att verksamheten enligt detta avtal upphör är vårdgivaren skyldig att medverka till att verksamheten kan övergå på efterträdande utförare med minsta möjliga olägenhet för listade medborgare.

Vid eventuell övergång på efterträdande utförare är vårdgivaren skyldig att överlämna samtliga relevanta handlingar, så som journalhandlingar och dylikt, som berör verksamheten, utan dröjsmål till regionen. Vårdgivaren ska svara för att dokumentation upprättas vid överföring av patientjournal så att journal kan följas.

Vårdgivaren ska i samband med avtalets upphörande tillskriva samtliga patienter med begäran om medgivande att lämna journaluppgifter till regionen.

Regionen och vårdgivaren ska vid avtalets upphörande samråda kring information till patienter och allmänhet för att övergången till annan vårdgivare ska kunna ske utan avbrott eller brister i verksamheten. Vårdgivaren är skyldig att samverka med andra vårdgivare som kommer att ta över vårdgivarens patientansvar.

6.31 BEFRIELSEGRUNDER (FORCE MAJEURE)

Part är befriad från påföljd för underlåtenhet att fullgöra viss förpliktelse enligt avtalet, om underlåtenheten har sin grund i krig, strejk, lockout, brand, översvämning, knapphet på transporter eller energi, myndighets åtgärd, nytillkommen eller ändrad lagstiftning eller annan omständighet som ligger utanför ifrågavarande parts kontroll och omständigheten förhindrar eller försenar fullgörandet av förpliktelsen (”Befrielsegrund”).

Part som påkallar befrielsegrund enligt stycket ovan ska utan dröjsmål skriftligen meddela den andra parten därom. Part ska vidta skäliga ansträngningar för att mildra omfattningen och effekten av befrielsegrund. Part ska återuppta fullgörandet av de förpliktelser som förhindrats eller försenats så snart det praktiskt kan ske.

För det fall befrielsegrunden varar mer än två månader, har den andra parten rätt att skriftligen säga upp avtalet till omedelbart upphörande. Vid sådan uppsägning har ingen av parterna rätt till ersättning av den andra parten.

6.32 OGILTIG BESTÄMMELSE I AVTALET

Skulle någon bestämmelse i detta avtal eller del därav befinnas ogiltig, ska detta inte innebära att detta avtal i dess helhet är ogiltigt utan ska, i den mån ogiltigheten väsentligen påverkar parts utbyte av eller prestation enligt detta avtal, leda till att skälig jämkning i detta avtal sker.

Parts underlåtenhet att vid ett eller flera tillfällen göra gällande rättighet enligt detta avtal eller påtala visst förhållande hänförligt till avtalet innebär inte att part avstått från rätten att vid senare tillfälle göra gällande eller påtala rättighet eller förhållande av ifrågavarande slag, såvida inte uttryckligt avstående skett i av part undertecknad skriftlig handling.

6.33 TVIST

Avtalet ska tolkas och tillämpas i enlighet med svensk rätt. Eventuell tvist angående tolkning eller tillämpning av detta avtal och som ej kan lösas av parterna gemensamt ska avgöras av allmän domstol. Östersunds tingsrätt är första instans.

6.34 ANSVAR

Vårdgivaren har fullt ansvar för uppdraget och för all skada och alla förluster som kan komma att orsakas vid utförande av uppdraget. Vårdgivaren har det fulla ansvaret för sin verksamhet, såväl medicinskt och tekniskt som ekonomiskt.

Vårdgivaren ska hålla regionen skadeslöst om krav väcks mot regionen som en följd av vårdgivarens handlande eller underlåtenhet att handla. Ansvaret gäller under detta avtals giltighetstid och därefter under en period av tre (3) år, utom i fall av uppsåt eller grov vårdslöshet, då ansvaret gäller till dess att allmän preskription inträder.

Regionen ska snarast underrätta vårdgivaren om krav framställs mot vårdgivaren som omfattas av föregående stycke. Regionen ska inte utan vårdgivarens samtycke göra medgivanden, eller träffa uppgörelser, avseende sådant krav om det kan påverka vårdgivarens ersättningsskyldighet.

6.34.1 Arbetsgivaransvar

Vårdgivaren innehar arbetsgivaransvaret och därmed ansvaret för löner, skatter, sociala avgifter samt andra avtalsenliga eller författningsreglerade löneomkostnader jämte avgifter i övrigt.

Vårdgivaren är skyldig att iaktta att tillämpliga författningar inom personalområdet efterlevs inom den verksamhet som bedrivs inom ramen för detta uppdrag.

6.35 FAKTURERINGSVILLKOR

Ersättning och nivåer regleras enligt avsnitt Ersättning.

Fakturering till regionen får inte överlåtas på tredje part utan skriftligt godkännande av regionen. Regionen betalar inte expeditions-, faktura-, miljö- eller andra ej avtalade avgifter från vårdgivaren eller tredje part.

Faktura ska vara märkt med beställarreferens som erhålls av regionen. Även eventuella påminnelser och krav sänds till samma adress:
Region Jämtland Härjedalen
Box 910
831 29 ÖSTERSUND

Om anledning till anmärkning mot faktura inte föreligger, erläggs betalning inom 30 dagar räknat från fakturadatum. Om regionen eller vårdgivare inte betalar faktura inom utsatt tid kan dröjsmålsränta åberopas i enlighet med Räntelagen (1975:635).

6.36 KÖP AV SERVICETJÄNSTER

Vårdgivaren har möjlighet att teckna separata avtal med regionen eller av regionen upphandlad tjänst avseende:

- sterilservice
- städtjänster
- transport och posthantering
- sjukvårds/förrådsprodukter
- tvätt
- medicinteknisk service
- medicinsk diagnostik

7 FÖRESKRIFTER FÖR ANSÖKAN

Hälsoval Region Jämtland Härjedalen avser ett kontraktsbundet vårduppdrag enligt LOV för tjänster motsvarande vårdenhet med ett samlat åtagande för invånarnas behov av primärvård i länet. Vårdgivarens uppdrag och åtagande framgår av detta förfrågningsunderlag ”Hälsoval Region Jämtland Härjedalen”. Ansökan ska minst avse att starta en vårdenhet. Vid start av flera vårdenheter ska vårdgivaren ingå ett avtal för varje godkänd vårdenhet. Regionen kommer inte att begränsa antalet vårdenheter.

Vårdgivare som ansöker om godkännande kan själv välja geografisk lokalisering för vårdenheten.

Anmälan om att bedriva filial ska ske skriftligen till regionen enligt särskild anvisning. Av anmälan ska framgå omfattning på uppdraget, kompetens, driftsstart, öppethållande samt tänkt lokalisering.

I förfrågningsunderlaget ingående handlingar:

- Inbjudan
- Inledning
- Uppdragsspecifikation
- Ersättningsmodell
- Uppföljning och utvärdering
- Allmänna villkor
- Föreskrifter för ansökan
- Avtalsmall

Bilaga 1 Listningsregler, se Styrande dokument
Bilaga 2 IT- och telefonitjänster, se Styrande dokument

Dokument som gäller Hälsoval Region Jämtland Härjedalen kommer att finnas på regionens webbplats: Rutiner och styrdokument

7.1 TIDPUNKT FÖR DRIFTSTART

Vårdgivaren ska i sin ansökan ange tidpunkt för planerad driftstart. Driftsstart ska ske senast sex (6) månader efter det att vårdgivaren tagit emot regionens beslut om godkännande. Vårdgivaren ska till sin ansökan bifoga en tidplan och denne är skyldig att rapportera eventuella förändringar och frånsteg från den inlämnade tidplanen.

7.2 ANSVARIG REGION

Region Jämtland Härjedalen
Organisations nummer 23 21 00-0214
För information om regionen, se hemsida: www.regionjh.se

7.3 ANSVARIG HANDLÄGGARE FÖR ANSÖKAN

Frågor skickas skriftligen via e-post till halsoval@regionjh.se

7.3.1 Uppgifter om Hälsoval Region Jämtland Härjedalen

Kontaktperson	Lena Weinstock Svedh
E-post	lena.weinstock-svedh@regionjh.se
Internetadress	www.regionjh.se/halsoval

7.3.2 Uppgifter om ansökan

Kontaktperson	Lena Book
E-post	lena.book@ regionjh.se
Internetadress	www.regionjh.se/halsoval
CPV-kod	85000000-9
Är det möjligt att lämna på delar av ansökan?	Nej

7.4 ANSÖKNINGSFÖRFARANDE

Varje ansökan ska specificeras utifrån tänkt etablering och ska utgöras av ett besvarat och undertecknad dokument ”Ansökan” om godkännande med nödvändiga kompletteringar och efterfrågade bilagor till ansökan.

7.5 ANSÖKANS FORM OCH INNEHÅLL

Handlingar för deltagande i Hälsoval Region Jämtland Härjedalen finns att hämta på;

- Regionens hemsida: www.regionjh.se/halsoval
- Kammarkollegiets hemsida: www.valfrihetswebben.se

”Ansökan om godkännande” samt efterfrågade handlingar, dokument och bilagor:

- ska vara skriftliga
- ska vara undertecknat av för vårdgivaren behörig företrädare
- ska besvaras punkt för punkt i dokumentet för ”Ansökan om godkännande”.

7.6 RÄTTELSE AV FEL, FÖRTYDLIGANDE OCH KOMPLETTERING AV ANSÖKAN

Regionen kan medge att den som inkommer med ansökan får rätta en uppenbar felskrivning eller något annat uppenbart fel i ansökan. Vårdgivaren kan även komma att anmodas att förtydliga eller komplettera sin ansökan.

Eventuella förtydliganden publiceras på regionens hemsida, www.regionjh.se/halsoval samt på www.valfrihetswebben.se. Vårdgivare ska själv kontrollera om några förtydliganden och kompletteringar distribuerats. Vårdgivare kan endast åberopa de kompletterande upplysningar som erhållits skriftligen från ansvarig kontaktperson eller hämtats från regionens hemsida.

7.7 AVLÄMNANDE AV ANSÖKAN

Ansökan samt efterfrågade handlingar ska inges i två (2) exemplar varav ett i original, samt ett i elektroniskt format (USB eller liknande) till nedanstående adress:

Postadress
Region Jämtland Härjedalen
Hälsovalskansliet
Box 654
831 27 ÖSTERSUND

Besöksadress
Hälsovalskansliet
Kyrkgatan 12
Östersund

Ansökan skickas/lämnas i förseglat omslag märkt: ”Ansökan Hälsoval Region Jämtland Härjedalen” med aktuellt diarienummer.

7.8 ANSÖKNINGSTIDENS UTGÅNG

Mottagande av ansökningar sker löpande.

7.9 KRAV FÖR GODKÄNNANDE

För att vårdgivare ska bli godkänd krävs att samtliga villkor i förfrågningsunderlaget är uppfyllda.

Den upphandlande myndigheten får utesluta en sökande som:

- är i konkurs eller likvidation, är under tvångsförvaltning, tillsvidare har inställt sina betalningar, är underkastad näringsförbud
- är föremål för ansökan om konkurs, tvångslikvidation, tvångsförvaltning eller annat liknande förfarande
- är dömd för brott avseende yrkesutövning enligt lagakraftvunnen dom
- har gjort sig skyldig till allvarligt fel i yrkesutövningen och den upphandlade myndigheten kan vissa detta
- inte har fullgjort sina åligganden avseende socialavgifter eller skatter i Sverige eller i det egna landet
- lämnat ofullständiga eller felaktiga uppgifter i ansökan.

7.10 REGISTRERINGSSKYLDIGHETER, BETALNING AV SKATTER OCH AVGIFTER

Vårdgivaren ska vara:

- registrerad i aktie-, bolags-, handels-, eller föreningsregistret som förs i det land där vårdgivarens verksamhet är etablerad
- registrerad för redovisning och inbetalning av mervärdesskatt om skatteskyldighet enligt Mervärdeskattelag (1994:200) föreligger för verksamheten, innehållen preliminär A-skatt och arbetsgivaravgifter.
- fri från skulder för skatter och sociala avgifter.

Vårdgivaren ska ha F-skattsedel.

Regionen samarbetar med Skatteverket som bistår med följande uppgifter avseende vårdgivare och eventuella underleverantörer:

- registrerad för moms och som arbetsgivare
- erlagd arbetsgivaravgift de senaste tre redovisningsmånaderna
- registrering för F-skatt, FA-skatt eller A-skatt
- om skulder för svenska skatter och avgifter hos Skatteverket
- om skulder hos Kronofogdemyndigheten och eventuell uppgift om betalningsuppgörelse

Avser vårdgivaren att utnyttja underleverantörer för att genomföra vissa delar kommer regionen att göra motsvarande kontroll enligt ovan för underleverantörer.

Ovanstående förfarande är endast tillämpbart i Sverige. Utländsk vårdgivare ska insända dokumentation som intyg på att denna fullgjort i hemlandet föreskrivna registreringar och betalningar av skatter och avgifter. Dessa intyg eller motsvarande skall inte vara äldre än tre (3) månader räknat från sista anbudsdag.

7.11 TEKNISK FÖRMÅGA OCH KAPACITET

Vårdgivaren ska för att erhålla godkännande besitta eller bedömas kunna bygga upp för avtalet erforderlig teknisk förmåga och kapacitet. Vårdgivaren ska visa sin tekniska förmåga och kapacitet genom att i ansökan beskriva nedanstående uppgifter avseende det egna företaget:

- beskrivning av företaget, resurser och organisation
- beskrivning av hur vårdgivaren avser att lösa uppdraget
- presentation av eventuella samarbetsparter/underleverantörer och former för samarbete
- inriktning och mål med verksamheten
- tänkt geografisk lokalisering av verksamhet
- redogörelse för ledning samt tilltänkt verksamhetschef
- verksamhetschefens namn och kompetens ska redovisas i ansökan. Referenser som styrker verksamhetschefens kompetens ska även bifogas ansökan
- kompetensprofiler för samtliga medarbetare inom vårdenheten samt för medarbetare hos eventuella samarbetspartners/underleverantörer.

7.12 TILLGÅNG TILL ANDRA FÖRETAGS KAPACITET

Samverkan mellan vårdgivande företag får förekomma innebärande att fysiska eller juridiska personer var för sig eller tillsammans med andra vårdgivare kan inkomma med en ansökan. Patientens upplevelse ska vara att det är vårdenheten som tillhandahåller vården.

Avser ansökande vårdgivare att utnyttja underleverantör för att genomföra delar av uppdraget ska företaget lämna motsvarande information som förutsätts i denna ansökan. Detta för att regionen ska ges möjlighet att göra motsvarande kontroll för underleverantör till vårdgivare. Underleverantörer ska redovisas i dokumentet ”Ansökan för godkännande”, se Styrande dokument.

7.13 FINANSIELL OCH EKONOMISK STÄLLNING

Vårdgivaren ska ha en sådan stabil ekonomisk bas att ett långsiktigt åtagande gentemot de medborgare som valt vårdenheten kan upprätthållas. Regionen kommer bedöma det sökande företagets förmåga att fullfölja ett kontrakt av denna storleksordning under hela kontraktsperioden genom att vidta löpande kontroller.

För att regionen ska kunna bedöma om vårdgivaren uppfyller kravet på ekonomisk stabilitet ska följande handlingar bifogas ansökan:

- Vårdgivaren ska ha en stabil ekonomi med låg risk att komma på obestånd under kontraktstiden. Som ett bevis på detta ska vårdgivaren bifoga en kreditupplysning från Upplysningscentralen (UC) eller liknande som påvisar en stabil ekonomi med riskklassificering tre (3) eller högre.
- I de fall vårdgivaren har rating två (2) eller lägre kommer prövning att ske. Vårdgivare kan ändå anses uppfylla ovanstående krav om en sådan förklaring finns att det kan anses vara klarlagt att vårdgivaren innehar erforderlig ekonomisk stabilitet. I det fall en vårdgivarens ekonomiska stabilitet garanteras av moderbolag, ska intyg om detta bifogas anbudet och vara undertecknat av behörig företrädare för moderbolaget. Kraven i ovanstående punkt ska i detta fall på motsvarande sätt redovisas och uppfyllas av garanten.
- I de fall ekonomisk stabilitet inte kan styrkas enligt ovanstående punkter kan bankgaranti begäras.
- Företag som inte är skyldigt att upprätta årsredovisning/årsbokslut ska visa att företaget har en stabil ekonomisk bas genom att tillhandahålla resultaträkning och balansräkning eller på begäran lämna referens till bank eller annan finansiär. Ansökande företag som har nystartat företag eller företag under bildande ska visa att företaget har en stabil ekonomisk bas genom att redovisa till exempel aktiekapital, eller på begäran tillhandahålla en finansiell säkerhet (till exempel lämna bankgaranti eller koncerngaranti) samt på begäran kunna redovisa referens till bank eller annan finansiär.
- I händelse av att vårdgivarens verksamhet är av sådan art att riskklassificering ej kan erhållas ska vårdgivaren till anbudet bifoga handlingar, så som bokslut etc vilka kan styrka en stabil ekonomi.

Ovanstående intyg ska inte vara äldre än tre (3) månader.

Utländsk vårdgivare ska insända motsvarande dokumentation som intyg på att denne fullgjort i hemlandet föreskrivna registreringar och betalningar.

Finansieringsplan för verksamheten ska bifogas ansökan. Finansieringsplanen ska vara översiktlig och i stora drag beskriva hur verksamheten kommer att finansieras.

7.14 FÖRETAG UNDER BILDANDE

Ansökan kan lämnas av företag under bildande. Av ansökan ska framgå dels nuläge, förutsättningar, finansierings- och tidplan för att företaget ska kunna etableras, dels vilka bankgarantier eller motsvarande som kan ställas som säkerhet.

Bankgaranti/annan ekonomisk säkerhet/stöd ska ha erhållits och kunna redovisas vid verifieringen av vårdenheten.

Avser ansökande företag att utnyttja underleverantör för att genomföra delar av sitt åtagande kommer regionen att göra motsvarande kontroll enligt ovan för underleverantör. Underleverantörer ska redovisas i dokumentet ”Ansökan för godkännande”, se Styrande dokument.

För företag under bildande gäller att företaget ska vara bildat vid kontraktstecknandet. Företaget ska vid detta tillfälle uppfylla samtliga i detta förfrågningsunderlag uppställda krav.

Företrädare för företag under bildande ska även ha nödvändiga fullmakter och tillstånd för att kunna föra företagets talan fullt ut och underteckna ett eventuellt kontrakt.

7.15 ÄNDRAD ÄGARSTRUKTUR HOS VÅRDGIVARE

Förändringar avseende ägarförhållandena hos vårdgivaren eller hos vårdgivarens eventuella moderbolag, ska utan dröjsmål skriftligen anmälas till regionen. På begäran av regionen ska vårdgivaren lämna ytterligare information om de nya ägarförhållandena och om vårdgivarens framtida möjligheter att uppfylla avtalet. Om regionen befarar att den nye ägaren inte har möjlighet att uppfylla godkännandekraven enligt förfrågningsunderlaget kan ny ansökan om godkännande krävas. Regionen ska skriftligen meddela vårdgivaren om sitt beslut avseende avtalets fortsatta giltighet.

Vårdgivaren ansvarar för samtliga kostnader i samband med överlåtelse.

7.16 ANMÄLAN TILLL SOCIALSTYRELSEN

Kopia av anmälan till Socialstyrelsen enligt 2 kap. 1-3 § Patientsäkerhetslagen (2010:659) bifogas ansökan

7.17 PRÖVNING AV ANSÖKAN

Varje inkommen ansökan kommer att avslutas med ett beslut om godkännande eller avslag. Beslut sänds till sökanden i skriftlig form.

Vid handläggningen sker granskning och kvalificering av ansökande vårdgivare. Vårdgivare prövas mot de kvalificeringskrav som ställs enligt LOV och underlaget för Hälsoval Region Jämtland Härjedalen.

Kvalificeringsfasen innefattar bland annat:

- kontroll av att ansökande vårdgivare utformat sin ansökan i enlighet med förfrågningsunderlaget samt bifogat efterfrågade handlingar
- kontroll av vårdgivarens ekonomiska stabilitet samt dennes förväntade möjlighet att genomföra uppdraget
- kontroll av vårdgivarens tekniska förmåga genom referenstagning, kontroll av kompetens på verksamhetschef, kompetens på övrig personal etcetera
- prövning av obligatoriska krav.

7.18 ANSÖKANS GILTIGHETSTID

Vårdgivaren är bunden av sin ansökan till dess att ansökan avslutats genom att avtal undertecknats, dock längst i sex (6) månader efter att beslut om godkännande meddelats.

7.19 GODKÄNNANDE OCH AVTALSTECKNANDE

7.19.1 Godkännande

Regionen beslutar om ett godkännande eller ett avslag av ansökan inom 60 dagar efter att ansökan har kommit in.

Efter underrättelse om beslut lämnats, tecknas ett villkorat avtal med godkänd vårdgivare. (Del A 8.8 Underskrifter) Avtalet baseras på hela underlaget för denna ansökan och villkoret avser verifiering av vårdenhet.

7.19.2 Godkännandets giltighet

Om en vårdgivare inte utnyttjat sitt godkännande inom sex (6) månader, räknat från beslutsdatum för godkännande, förfaller detta.

7.19.3 Verifiering

Innan en godkänd vårdgivare får starta upp en vårdenhet eller ta emot listade medborgare ska denna verifieras. Detta gäller även filialer.

Verifiering innebär att regionen kontrollerar att de avtalsmässiga förutsättningarna är uppfyllda. Vid verifiering kontrolleras så även att lokaler, personalens kompetens, utrustning med mera uppfyller ställda krav.

Om en vårdenhet inte blir godkänd vid verifiering upphör tecknat avtal (del A) att gälla.

Godkänd verifiering bekräftas genom undertecknade av Avtal (Del B 8.8)

Godkänd och verifierad vårdgivare ska använda symbolen för Hälsoval Region Jämtland Härjedalen och därmed visa att den ingår i Region Jämtland Härjedalens offentligt finansierade vårdutbud.

8 AVTALSMALL

8.1 AVTALSPARTER

Mellan Region Jämtland Härjedalen och nedan angiven part har slutits följande avtal.

Region Jämtland Härjedalen	Vårdgivare
Region Jämtland Härjedalen Hälsovalskansliet Box 654 831 27 Östersund	
Org nr 232100-0214	Org nr
Hemsida www.regionjh.se	Hemsida

8.2 KONTAKTPERSONER

Parterna ska utse kontaktpersoner. När part byter kontaktperson eller kontaktuppgifter, ska detta skriftligen meddelas den andra parten. Meddelanden med anledning av avtalet ska skickas till respektive parts kontaktperson med post, e-post eller telefax.

Region Jämtland Härjedalen	Vårdgivare
Kontaktperson	Kontaktperson
E-post	E-post
Telefon	Telefon
Mobiltelefon	Mobiltelefon

8.3 ÅTAGANDE OCH OMFATTNING

Vårdgivaren åtar sig att för regionen leverera vårdtjänster i enlighet med uppdraget i den utsträckning som följer av detta avtal och det förfrågningsunderlag samt enligt de villkor som framgår av godkänd *ansökan X daterat åååå-mm-dd* inklusive bifogade bilagor.

8.4 HANDLINGARS INBÖRDES ORDNING

Avtalshandlingarna kompletterar varandra. Om avtalshandlingarna skulle visa sig vara motsägelsefulla i något avseende gäller de, om inte omständigheterna uppenbarligen föranleder till annat, sinsemellan i följande ordning:

- detta avtal med bilagor samt skriftliga ändringar och tillägg till detta avtal

- förfrågningsunderlag
- ansökan med bilagor

Uppgifter i ansökan som inte efterfrågas i förfrågningsunderlaget gäller inte som avtalsinnehåll, såvida det inte finns en skriftlig överenskommelse om att de ska gälla.

8.5 VERKSAMHETENS GEOGRAFISKA PLACERING

Förändringar utifrån meddelad geografisk placering måste ovillkorligen skriftligen meddelas regionen utan dröjsmål som kommer att bedöma om förändringen får anses utgöra en väsentlig ändring av avtalet.

Verksamheten utföres med adress:

Vårdgivaren AB
Kliniken
Sveagatan 12
123 45 SVEASTAD

Filialmottagningsadress:

Vårdgivarens filial AB
Kliniken
Sveagatan 12
123 45 SVEASTAD

8.6 AVTALSTID

Avtalet gäller löpande från och med XXX. Avtalet får skriftligen sägas upp med tolv (12) månaders uppsägningstid för vardera parten.

8.7 ÖVERLÅTELSE AV AVTAL

Avtalet får inte överlåtas

8.8 UNDERSKRIFTER

Detta avtal har upprättats i två exemplar varav parterna erhållit varsitt.

Del A Underskrifter Avtal efter godkännande

Regionen	Vårdgivaren
Ort och datum	Ort och datum
Namn	Namn
Namnförtydligande	Namnförtydligande

Del B Underskrifter Avtal efter verifiering

Regionen	Vårdgivaren
Ort och datum	Ort och datum
Namn	Namn
Namnförtydligande	Namnförtydligande

Bilagor

1. *Förfrågningsunderlag inkl. bilagor, daterad 200x-xx-xx*
2. *Anslutningsavtal Region Jämtland Härjedalen IT- och telefonitjänster*
3. *Tilläggsuppdrag*

regionjh.se/halsoval

Bilaga Listningsregler

Hälsoval Region Jämtland Härjedalen 2016

I Alla ändringar är markerade med en linje i vänster marginal.

Tillägg är skriven med röd text.

~~Det som skall tas bort är överstruket.~~

Gulmarkering= uppgifter ej klara i skrivande stund

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 LISTNINGSREGLER 3
1.1 MEDBORGARENS ÅTAGANDE 3
1.2 PRINCIPER FÖR MEDBORGARENS VAL 3
1.2.1 Särskilt boende 3
1.2.2 Rätt till enskilda besök på annan vårdenhet än den valda 4
1.2.3 Undantag från listning 4
1.2.4 Listning i andra landsting/regioner 4
1.2.5 Nyinflyttade och nyfödda 4
1.2.6 Vid flytt inom länet 5
1.2.7 Vid byte av vårdenhet 5
1.2.8 Om en vårdenhet upphör 5
1.3 HANTERING AV MEDBORGARNAS VAL 5
1.3.1 Väntelista 5
1.3.2 Tillgång till valblankett 6
1.3.3 Listningsregister 6

1 LISTNINGSREGLER

1.1 MEDBORGARENS ÅTAGANDE

Region Jämtland Härjedalen bekostar medborgarnas primärvård genom bland annat en kapiteringsersättning. Medborgaren förklarar att han eller hon har för avsikt att i första hand vända sig till vårdenheten och dess samverkanspartner vid behov av primärvård.

1.2 PRINCIPER FÖR MEDBORGARENS VAL

- Alla som är folkbokförda i länet har tillgång till och kan välja en fast vårdenhet.
- Vårdgivarens åtagande gäller även för övriga icke folkbokförda i och utanför Jämtlands län, folkbokförda i andra regioner/landsting, i andra länder samt för personer med skyddade personuppgifter, asylsökande och papperslösa.
- Inom Jämtlands län kan man välja vårdenheter som har avtal inom ramen för Hälsoval Region Jämtland Härjedalen. Läkare som arbetar enligt Lagen om Läkarvårdsersättning är inte valbar som vårdenhet.
- Genom valet tar medborgaren ställning till vilken vårdenhet som ska ge honom eller henne den vård som inte kräver sjukhusets resurser.
- För att välja måste personen ha fyllt 18 år. För barn och ungdomar under 18 år väljer måste vårdnadshavaren godkänna ansökan. Vid gemensam vårdnad ska båda vårdnadshavarna stå bakom valet.
- Valet av vårdenhet kan ske via ställföreträdare (gäller bland annat svårt sjuka).
- Någon begränsning i hur ofta medborgarna får göra sitt val finns inte. Vårdenheten är skyldig att inom två månader ta emot personer som väljer att lista sig vid enheten. Den tidigare vårdenheten behåller vårdansvaret till dess att personen överförts till den nya vårdenheten. Något tak för antal listade finns inte.
- Varje vårdenhet har, enligt Patientlagen ~~Hälso- och sjukvårdslagen § 5~~, i ansvaret för att de medborgare som så önskar får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. Inte minst viktigt är att en sådan möjlighet aktivt erbjuds patienter med nedsatt autonomi inklusive barn, med kroniska sjukdomar, vårdkrävande äldre eller patienter i övrigt där kontinuitet i vården är viktigt för en god livskvalitet.
- För nya vårdenheter gäller kravet att ta emot alla listningar senast sex månader efter Region Jämtland Härjedalens godkännande.
- Ersättning för sjukresa utgår endast till närmsta belägna geografiska vårdenhet inom den kommun där personen har sin folkbokföringsadress.
- Den som listar sig till annan vårdenhet än den närmast geografiskt belägna inom kommunen kan inte räkna med att få hembesök.

1.2.1 Särskilt boende

Varje särskilt boende finns anslutet till en, av hälsovalskansliet utsedd, vårdenhet med ansvar för besök och kontakt med kommunala sjuksköterskan/distriktssköterskan enligt Ädelöverenskommelser. Personer som bor i särskilt boende har på samma sätt som övriga

invånare rätt att välja vårdenhet. Den som listar sig till annan vårdenhet, än den av Region Jämtland Härjedalen utsedda, kan inte räkna med att få hembesök.

1.2.2 Rätt till enskilda besök på annan vårdenhet än den valda

En medborgare ska oavsett var denne är listad kunna söka och erhålla vård vid alla vårdenheter. Vårdenheten kan inte neka att ta emot medborgare som är listad vid annan enhet.

Personer från EU/EES-land som är studenter, utsända eller av annat skäl tillfälligt vistas i länet/regionen, till exempel turister, har rätt till nödvändig vård. Med nödvändig vård avses också vård som orsakas av kronisk sjukdom. I sådana fall ska även planerade besök genomföras. Tillfälliga behov hos övriga vårdsökande, till exempel från övriga världen och asylsökande, som vistas inom området ska också tillgodoses

Vid akut sjukdom finns rätten att söka vård där man befinner sig och vården har skyldighet att ta emot, detta gäller befolkningen i hela riket. Likaså finns rätten att välja fast primärvårdskontakt, samma skyldighet att ta emot finns ej utan avgörs om utrymme finns och om personens hemlandsting medger listning i länet. I båda fallen sker ersättning enligt Riksavtal för utomlänsvård.

1.2.3 Undantag från listning

Medborgare med skyddad identitet och asylsökande kan välja vårdenhet men registreras inte i listningsregistret.

1.2.4 Listning i andra landsting/regioner

Från 1 januari 2015 träder Patientlagen i kraft, vilket innebär att man som medborgare har rätt att lista sig vart man vill i landet. Utomlänspatienter ska behandlas på samma sätt som bofasta, med undantag för vårdgarantin som endast gäller medborgare folkbokförda i länet. Det är alltid det medicinska behovet av vård som ska styra.

1.2.5 Nyinflyttade och nyfödda

Nyinflyttade och nyfödda tilldelas, då folkbokföringsuppgifter inkommit, ett ickevalsalternativ i avvaktan på att han eller hon gör ett eventuellt eget val. Ickevalsalternativet bygger på närhetsprincipen och utgör den vårdenhet som Region Jämtland Härjedalen beslutat om. Region Jämtland Härjedalen ansvarar för att nyinflyttade och vårdnadshavare till nyfödda erhåller information om Hälsoval Region Jämtland Härjedalen och om möjligheten att välja vårdenhet. Hälsovalskansliet ansvarar för den informationen. Vid gemensam vårdnad listas barn, om inte aktivt val görs, passivt till den vårdenhet som hör till den adress där barnet är mantalsskrivet.

1.2.6 Vid flytt inom länet

En individ som flyttar inom länet kommer att få hälsovalsinformation hemskickad från Hälsovalskansliet och ges möjlighet att välja vårdenhet. Om personen inte tidigare gjort ett aktivt val listas denne vid flytten enligt ickevalsalternativet. Tidigare aktivt val kvarstår, vilket anges i utskicket. Om individen vill lista sig till annan vårdenhet krävs ett nytt aktivt val.

1.2.7 Vid byte av vårdenhet

När personer vill byta vårdenhet ska valet bekräftas skriftligen på särskild anvisad valblankett.
Denna undertecknas av både personen och en företrädare för den valda vårdenheten.
Den nya vårdenheten ska snarast och senast inom två (2) månader ta emot personen. Tiden för önskemålet räknas från och med den dag som personen undertecknar valblanketten. Den nya vårdenheten ska snarast, och senast inom två (2) veckor, ge besked om vilket datum personen får möjlighet att ta del av vårdenhetens utbud.

1.2.8 Om en vårdenhet upphör

Om en vårdenhet upphör övergår ansvaret till Region Jämtland Härjedalen som uppmanar listade medborgare att göra ett nytt aktivt val. Om val inte gjorts listar Region Jämtland Härjedalen personen enligt närhetsprincipen till närmsta vårdenhet inom kommunen. När en vårdenhet upphör eller flyttar är det både Region Jämtland Härjedalen och vårdgivarens ansvar att informera de personer som valt vårdenheten. Informationen måste alltid samordnas via hälsovalskansliet.

1.3 HANTERING AV MEDBORGARNAS VAL

Uppgifter om medborgarnas val registreras i organisationens listningsregister. Uppdateringar som gäller nyfödda, inflyttade, utflyttade och avlidna sker fortlöpande. Förändringen påverkar ersättningen till vårdenheten.

Vid byte av vårdenhet ska företrädare för den valda vårdenheten underteckna valblanketten och därefter skicka in en kopia till Hälsovalskansliet. Skriftligt eller muntligt besked lämnas samtidigt till personen som gjort valet, med uppgift om vilken dag han eller hon tas emot. Valet ska genast registreras i Region Jämtland Härjedalens listningsregister.

Det datum som medborgaren fått sitt val godkänt i listningsregistret räknas som bytesdatum. Status i listningsregistret vid första måndagen i månaden ligger till grund för utbetalning av kapiteringen.

1.3.1 Väntelista

Vid beredande av plats registreras undertecknat önskemål i turordning i listningsregistrets kölista av vårdenheten. Kopia på blanketten skickas därefter till Hälsovalskansliet. Vårdenheten ansvarar för att i turordning, med undantag för barn med föräldrar som valt annan vårdenhet, tillgodose medborgarnas val samt meddela individen när valet tillgodosetts. Dock inom högst två månader.

1.3.2 Tillgång till valblankett

Varje vårdenhet ska tillhandahålla valblanketter. Dessa kan hämtas på Region Jämtland Härjedalens webbplats www.regionjh.se/halsoval. Någon annan valblankett får ej användas. Arbete pågår med att utveckla elektronisk valblankett i ”Mina vårdkontakter”.

Valblanketten gäller för både folkbokförda i länet och utomlänspatienter.

1.3.3 Listningsregister

Alla vårdenheter har tillgång till information om medborgarens val samt möjlighet att registrera val och använda funktionen listkö genom Region Jämtland Härjedalens listningsregister. Region Jämtland Härjedalens listningsregister möjliggör indelning av vårdenheten i områden baserat på team/läkare. Vårdgivaren ska utse kontaktperson som ansvarar för kommunikationen med hälsovalskansliet.

Mer information finns i Centuri under Hälsoval/Listningsinformation

Landstingsstyrelsen

Landstingsfullmäktige

Bildande av kommunalförbund för svenskt ambulansflyg.

Inledning.

Kommunalförbundet bildas för att administrera och sköta uppdraget med ambulansflygplanverksamheten och överta befintligt samverkansavtal mellan de 21 landstingen och Västerbotten från den 1 januari 2016. Den ordinarie driftsstarten förväntas ske början 2018. Under tiden fortsätter projektledning och uppbyggnaden av organisationerna så att verksamheten står redo vid ordinarie driftsstart.

Förslag till beslut:

- Att Bilda kommunalförbund tillsammans med övriga landsting/regioner i Sverige. Region Skåne, Landstinget Blekinge, Region Kronoberg, Landstinget i Kalmar län, Region Östergötland, Region Jönköping, Region Halland, Västra Götalandsregionen, Region Örebro, Landstinget i Värmland, Landstinget Västernorrland, Landstinget Västmanland, Landstinget i Sörmland, Landstinget Dalarna, Region Gävleborg, Region Gotland, Stockholms läns landsting, Landstinget i Uppsala län, Region Jämtland/Härjedalen, Västerbottens läns landsting, Norrbottens läns landsting.
- Att godkänna förslag till förbundsordning.
- Att godkänna samverkansavtalet mellan förbundet och Västerbottens läns landsting om det medicinska ansvaret och att Västerbottens läns landsting därefter tecknar samverkansavtal med berörda landsting .
- Att inbetala andelskapitalet per den 5 januari 2016 enligt bilaga 4.
- Att godkänna preliminär budget enligt bilaga som ställs till förbundets förfogande.
- Att inbetala 20 % av förbundets fasta kostnader för preliminär budget per 5 januari 2016 enligt bilaga 5b.
- Att uppdra till samverkansnämnden att nominera ledamot till förbundets styrelse.

Sammanfattning

I ärendet redovisas följande dokument:

a) Beslutsunderlag.
b) Sammanställning av remissvar från i höst
c) Förslag till förbundsordning.
d) Förslag till samverkansavtal mellan förbundet och dess medlemmar.
e) Förteckning över andelskapital för respektive medlem.
f) Preliminär budget för 2016 samt kalkyl för 2017 och 2018.
g) Prismodell för förbundets fasta kostnader.

Bakgrund

Nationellt luftburen ambulanssjukvård

Sedan några år tillbaka har de landsting som har eller står i begrepp om att skaffa helikopter bildat en politisk samordningsgrupp. Den arbetar utifrån intentionerna i utredningen ”vård på vingar”. Till sin hjälp har den en projektledare och en arbetsgrupp som tar fram förslag och driver arbetet med nationell samordning utifrån ett helhetsperspektiv. Arbetet har delats upp i två delar, ett vad avser ambulanshelikopter och ett annat vad avser ambulansflygplan. Parallellt med detta arbete har sedan ett par år pågått ett Svensk-norskt projekt med att ta bort gränshinder mellan länderna för medicinskt samarbete inom ambulanshelikoptersidan. Ett avtal har nyligen slutits länderna emellan och ett gränsråd bildats för att följa utvecklingen och avtalet. Detta projekt har till 50 % finansierats av EU.

På gruppens initiativ har nyligen samtliga landsting och regioner i Sverige slutit ett samverkansavtal om den flygplansburna ambulanssjukvården som medger en gemensam upphandling och koordinering. Västerbottens läns landsting är värd för detta och organisationen är under uppbyggnad.

Ambulansflyget

Samverkansavtalet har slutits mellan Västerbottens läns landsting och Sveriges 21 landsting/regioner om gemensam upphandling av ambulansflygplan. Upphandlingen pågår och tilldelningsbeslut förväntas ske första kvartalet 2016. Upphandlingen avser drift av ambulansflygplan medan landstingen och regionerna genom kommunalförbundet skall i egen regi ansvara för den medicinsk tekniska utrustningen samt sjuksköterskor i flygplanen och en egen flygkoordineringscentral .

Ambulanshelikopterverksamheten

Inom området samordning av ambulanshelikopter sker utvecklingen på annat sätt. Ett separat kommunalförbund mellan Värmland, Dalarna och Västra Götalandsregionen har etablerats. Samtal pågår mellan kommunalförbundet och övriga landsting inom sjukvårdsregionen Uppsala/Örebro om medverkan i kommunalförbundet respektive samverkansavtal. En utredning har nyligen slutförts inom region Östergötland angående ambulanshelikopter och diskussion pågår i Region Skåne.

I övriga Sverige har följande landsting ambulanshelikopter; landstinget i Norrbotten, Västerbotten och Region Jämtland/Härjedalen samt Uppsala, Stockholm och Gotland. Det innebär att Sverige totalt har 9 st. ambulanshelikoptrar. För att nå ett rikstäckande system krävs 12 st.

Strategisk inriktning med att kommunalförbundet svenskt ambulansflyg äger flygplanen.

Kommunalförbundet svenskt ambulansflyg avser att äga och finansiera de upphandlade flygplanen. Kommunalförbundet skall inte sköta drift eller underhåll av planen utan tecknar avtal med operatör som reglerar förhållanden och ansvar för respektive part. Däremot

kommer kommunalförbundet att inrätta en beställnings/kontroll funktion gentemot avtalspart i syfte att garantera underhåll mm sköts enligt överenskommen mall och transportmyndigheters krav. Denna funktion säkerställer även att flygplanen behåller den skötsel och standard för säkerställande av restvärdet på flygplanen.

Fördelar med att kommunalförbundet äger och finansierar flygplanen.

- Potentiell kostnadsfördel jämfört privat aktör om 240-420 mkr över 12 årig kontraktstid, exkl momsavdrag
- Betydande kostnadsfördel även vad gäller att landstingen från och med 1.1-14 ej får göra fullt momsavdrag på bl a köpta tjänster efter ändring i momslagen
- Högre inköpsrabatt vid enhetlig flotta
- Lägre utbildningskostnad vid enhetlig flotta
- Sannolikt inget behov av back up flygplan vid enhetlig flotta
- Lättare att flytta runt flygplan/piloter i Sverige vid enhetlig flotta.
- Landstingen har full klontroll över flygplanen och MEDIVAC specifikation
- Landstingen har full rådighet över flygplanen i fall privat aktör står inför konkurs, kontraktsbrott, Mis management och kan byta operatör
- Ökar konkurrensen och möjligheten att få in flera anbud då ett antal operatörer annars skulle avstå från att lämna anbud p g a tung investering (stor risk/dyrt)

Konsekvenser/risker

- Övertar restvärdes risk för flygplanen efter kontraktsslut (sannolikt ekonomisk potential istället, utifrån historiska resultat)
- Kräver mer ”hands on” arbete
- Ökad transaktionskostnad vid flygplansköpet:
    - Ca 1 mkr över en 12 årig kontraktsperiod för ledningsarbete
    - Ca 2-5 mkr i ökad kostnad för ”set up”, förhandling och juridik
- Ändring krävs i förbundsordningen, investering/lån om maximalt 600 mkr.
- Ingen tidsförskjutning för verksamhetsstart om beslut från landstingen/regioner tas innan sommaren-15.

Remissvar från i höstas om bildande av kommunalförbundet svenskt ambulansflyg och förbundsordning.

Inför förslag från styrgruppen för luftburen ambulanssjukvård om att bilda kommunalförbundet svenskt ambulansflyg med föreslagen förbundsordning, begärdes remissyttrande från samtliga landsting/regioner.

8 landsting/regioner svarade ja utan reservation. 11 st. svarade ja med reservation och 2 st. avböjde att svara respektive ville avvakta och utvärdera nuvarande samverkansavtal.

Av de inkomna synpunkterna/reservationer har justeringar gjorts i drygt 80 % av dessa i nuvarande förslag till förbundsordning och övriga synpunkter har styrgruppen enats om utan justeringar.

Sammanställningen av remissvaren framgår av bilaga 1.

Process och tidplan för kommunalförbundets bildande

För att kommunalförbundet ska kunna starta och vara i drift till 1 januari 2016 krävs ett antal beslut sker i respektive landsting/region vid specifika tidpunkter enligt nedan.

1. Inriktningsbeslut från arbetsutskott alternativt landstings/regionstyrelse: Att godkänna föreslagen förbundsordning**. Beslut senast 18 juni.**
2. Beslut i landstings/regionfullmäktige: Att godkänna föreslagen förbundsordning. **Beslut senast 18 september.**
3. Att utse 1 st fullmäktige ledamot till kommunalförbundets fullmäktige**. Beslut senast 18 september.**
4. Att i var och en av de 6 sjukvårdsregioner;

- Södra sjukvårdsregion
- Östra Sjukvårdsregion
- Västra Sjukvårdsregion
- Uppsala/Örebro sjukvårdsregion
- Stockholms sjukvårdsregion
- Norra sjukvårdsregion

Utse 1 st. ledamot och 1 st. ersättare i förbundsstyrelsen. I norra sjukvårdsregion utses 2 st. ledamöter och 2 st. ersättare. Vilket totalt blir 7 st. ledamöter och 7 st. ersättare i förbundets styrelse**. Beslut senast 23 oktober**.

5. Att inbetala andelskapitalet enligt bilaga till konto xxx xxx i yy bank **senast den 5 januari 2016** samt preliminär budget om 20 % av de ordinarie fasta kostnader enligt bilagda förteckning.

Samverkansavtal

Samverkansavtalet reglerar bemanning och det medicinska ansvaret mellan kommunalförbundet och Västerbottens läns landsting .

Samverkansavtalet framgår av Bilaga 2.

Prismodell för fördelning av förbundets fasta kostnader

Förbundets medlemmar är överens om att solidariskt finansiera den gemensamma driften av koordineringscentral, ordinarie sjuksköterskebemanning i flygplanen, anskaffning och underhåll av medicinteknisk utrustning samt administration. Kostnaderna skall fördelas mellan medlemmarna utifrån yta (55 %) och invånarantal (45 %). Kostnaden utgår som en särskild avgift per påbörjat flyguppdrag. Avgiften är dock maximerad till 10 000 svenska kronor per flygtimme. Överskjutande del av avgiften ska fördelas lika mellan övriga parter.Avgiften debiteras såsom en preliminär avgift vid årets början till medlemmarna utifrån fjolårets volym flygtimmar per medlem och avräknas efter årets slut utifrån faktiskt antal flygtimmar.

Kostnaden för själva flygtjänsten (rörlig kostnad) fördelas utifrån antalet faktiska uppdrag och flugna timmar och faktureras från kommunalförbundet till beställande part.

Kostander utöver flygtid för särskilda vårdteam (neonantal, ECMO och IVA) och organtransportger faktureras från den part som tillhandahåller teamet till beställande part.

Prismodellen med fördelning av fasta kostnader framgår av Bilaga 3

Andelskapital

I enlighet med kommunalförbundets förbundsordning skall medverkande medlemmar per den 5 januari 2016 inbetala till förbundets konto andelskapitalet. Andelskapitalet är 1 (en) svensk krona utifrån folkmängd. Andelskapitalet baseras på invånarantalet per 31 dec 2014 utifrån SCB s statistik.

Fördelning av andelskapitalet per medlem framgår av bilaga 4.

Preliminär budget och kalkyl för perioden 2016-2018

När förbundets fullmäktige och styrelse är tillsatt skall kommunalförbundet fastställa budget för innevarande år. Enligt förslaget till förbundsordning skall detta ske innan den 1 april 2016.

En preliminär budget för 2016 samt kalkyl för 2017 och 2018 har förberetts av projektets arbetsgrupp och behandlats av politisk styrgrupp i projektet. Budget och kalkyl inkluderar även kalkyl för uppstart-och projektledning från 2013 fram till ordinarie verksamhets start 2018. Underlaget tillställs kommunalförbundets fullmäktige och styrelse.

Den preliminära budgeten baseras på kostnad för förbundschef samt del av upparbetade uppstart-projektledningskostnader, vilka Västerbottens läns landsting hittills finansierat. Kalkylen för 2017 är baserad på samma sätt men med högre andel av uppstartkostnad för rekrytering och anställningar av sjuksköterskor i flygplan samt organisation för koordineringscentral och medicinsk teknisk organisation med tillhörande utbildning mm. För 2018 bedöms endast de ordinarie fasta kostnaderna för organisation i egen regi samt administration kvarstå om totalt 26,0 mkr.

Den preliminära budgeten för 2016 beräknas till 20 % av de ordinarie fasta kostnaderna, vilket blir 5,2 mkr. Detta fördelas enligt prismodell enligt ovan och bilaga 3. För 2017 beräknas kalkyl och debitering till medlemmar utgå med 50 % av de ordinarie fasta kostnader vilket blir 13 mkr.

Preliminär budget och kalkyl för perioden 2016-2018 framgår av bilaga 5a.

Preliminär budget om 20 % av fasta kostnader för 2016, att inbetala senast 5 januari 2016 framgår av bilaga 5b.

Förbundsordning för Kommunalförbundet Svenskt ambulansflyg

1 § Namn och säte

Kommunalförbundets namn är Kommunalförbundet Svenskt ambulansflyg.
Förbundet har sitt säte i Umeå.

2 § Medlemmar

Medlemmar i kommunalförbundet är landsting och regioner i Sverige enligt nedan. Stockholms läns landsting, Landstinget i Uppsala län, Landstinget Sörmland, Region Östergötland, Region Jönköping, Region Kronoberg, Landstinget i Kalmar län, Region Gotland, Landstinget Blekinge, Region Halland, Västra Götalandsregionen, Landstinget i Värmland, Region Örebro, Landstinget Västmanland, Landstinget Dalarna, Landstinget Gävleborg, Landstinget Västernorrland, Region Jämtland Härjedalen, Västerbottens läns landsting, Norrbottens läns landsting, Region Skåne.

3 § Ändamål, uppgifter

Förbundets ändamål är att för medlemmarnas räkning tillhandahålla ambulansflyg.

Förbundets syfte är att effektivisera ambulansflyg för att öka patientnyttan och patientsäkerheten genom samordning av gemensamma resurser.

Det ankommer därvid på förbundet att bland annat:

- upphandla och samordna flygambulanstjänst,
- upphandla, äga och finansiera egna ambulansflygplan,
- samordna beställningar och genomförande av flygambulanstjänst genom tillhandahållande av flygcentral,
- samordna och effektivisera inköp och drift av medicinteknisk utrustning,
- tillhandahålla sjukvårdspersonal, samt
- i övrigt följa därmed sammanhängande frågor för utveckling av den luftburna ambulanssjukvården i Sverige samt följa utvecklingen avseende ambulanshelikopterverksamheten i Sverige.

4 § Organisation

Förbundet är ett kommunalförbund med förbundsfullmäktige och förbundsstyrelse, nedan kallat fullmäktige respektive styrelsen.

5 § Förbundsfullmäktige

Fullmäktige ska bestå av medlemmar i enlighet med §2. Varje medlem väljer en ordinarie ledamot och en ersättare som representant i fullmäktige.

Ordinarie fullmäktige sammankallas minst två gånger per år.

Fullmäktige ska besluta i följande ärenden:

- mål och riktlinjer för verksamheten,
- förbundets årliga budget,
- val av ledamöter och ersättare i styrelsen,
- val av revisorer och revisorssuppleanter,
- årsredovisning och ansvarsfrihet.

Ledamöter och ersättare väljs för en mandatperiod om fyra år räknat från och med den 1 april efter ett valår. När val av ledamöter och ersättare sker första gången ska det avse tiden från den 1 januari 2016 till den 1 april 2019.

Fullmäktige ska vid sitt första sammanträde under mandatperioden bland sina ledamöter utse en ordförande och två vice ordförande för resten av mandatperioden.

Vid förfall av en ledamot i fullmäktige ska denne alltid ersättas av en förtroendevald från den medlem som valt ledamoten.

Fullmäktige avgör om andra än ledamöter ska ha yttranderätt vid fullmäktiges sammanträden enligt kommunallagen kap 5 § 21.

6 § Beslut i Fullmäktige

Beslut i fullmäktige fattas med enkel majoritet.

Beslut om kommunalförbundets budget fattas med kvalificerad majoritet som är 2/3 av antalet avgivna röster.

7 § Arvodesbestämmelser

Arvoden till och andra ekonomiska förmåner till ledamöter och ersättare i fullmäktige och styrelsen samt till revisorerna och revisorssuppleanter ska bestämmas enligt de ersättningsregler som gäller för förtroendevalda i det landsting där kommunalförbundet har sitt säte.

8 § Styrelse

Fullmäktige utser för samma mandattid som för fullmäktige en styrelse. Styrelsen ska bestå av minst sju ledamöter och sju ersättare. Varje sjukvårdsregion ska vara representerad i styrelsen med minst en ledamot och en ersättare. Lagen om proportionellt valsätt ska inte tillämpas vid val till styrelsen.

Styrelsen är ställföreträdare för fullmäktige i de ärenden där fullmäktige inte ska besluta enligt ovan.

Styrelsen utser firmatecknare och beslutsattestanter för kommunalförbundet. Styrelsen utser en förbundschef som har att leda verksamheten inom kommunalförbundet enligt styrelsens anvisningar.

Styrelsen utser inom sig ordförande och vice ordförande.

Närvaro- och yttranderätt för utomstående vid styrelsens sammanträden avgörs av styrelsen enligt kommunallagen kap 6 § 19.

9 § Revisorer

Kommunalförbundet ska ha två revisorer och två revisorssuppleanter för granskning av förbundets verksamhet. Revisorerna väljs för samma mandatperiod som ledamöterna och ersättarna i fullmäktige.

Revisorerna ska avge revisionsberättelse till fullmäktige som beslutar om ansvarsfrihet för styrelsen. Denna ska också lämnas till varje förbundsmedlems fullmäktige senast före april månads utgång.

10 § Initiativrätt

Ärenden i fullmäktige får väckas av:

- ledamot i fullmäktige,
- styrelsen, samt
- förbundsmedlem genom framställan av landstingsfullmäktige eller landstingsstyrelsen.

11 § Kungörelser och tillkännagivanden

Kommunalförbundets kungörelser, protokoll och andra tillkännagivanden ska anslås på kommunalförbundets officiella anslagstavla. Västerbottens läns landsting officiella anslagstavla är officiell anslagstavla för kommunalförbundet.

Tid och plats för budgetsammanträde ska kungöras på samtliga medlemmars officiella anslagstavlor samt på kommunalförbundets web-sida.

12 § Andelskapital

Varje medlem tillskjuter en (1) svensk krona per landstingsinvånare som andelskapital vid kommunalförbundets bildande. Kvotvärdet av detta ger medlemmens andel i kommunalförbundet.

13 § Andel i tillgångar och skulder

Förbundsmedlemmarna har vid varje tidpunkt andel i kommunalförbundets tillgångar och skulder i förhållande förbundsmedlemmens andel av andelskapitalet.

Fördelningsgrunden gäller även för täckande av brist om förbundet skulle sakna medel att betala sina skulder i verksamheten samt vid skifte av förbundets behållna tillgångar eller skulder som föranleds av förbundets upplösning.

14 § Kostnadstäckning

Kommunalförbundets årliga kostnader ska minst täckas av årets intäkter.

Kommunalförbundet ska debitera medlemmarna för utförda tjänster enligt självkostnadsprincipen.

Om årets kostnader inte täcks enligt andra stycket ska finansieringen av underskottet fördelas mellan förbundets medlemmar procentuellt i relation till värdet av nyttjade tjänster under året.

15 § Lån, borgen mm

Förbundet får uppta lån upp till ett belopp om sexhundramiljoner kronor (600 000 000 kronor)

Kommunalförbundet får inte uppta lån utöver 600 000 000 SEK, teckna borgen, garantier eller andra ansvarsförbindelser utan godkännande av samtliga förbundsmedlemmars fullmäktige.

Kommunalförbundet får inte bilda bolag, förvärva andelar i bolag, förvärva fast egendom eller motsvarande utan godkännande av samtliga förbundsmedlemmars fullmäktige.

16 § Styrning och insyn i förbundets ekonomi och verksamhet

Medlemmarna i kommunalförbundet, genom sina respektive styrelser, har rätt till insyn i kommunalförbundet.

Förbundet ska löpande tillställa förbundsmedlemmarna rapport om verksamhetens ekonomi och utveckling. Styrelsen ska, efter samråd med medlemmarna, fastställa en tidplan för förbundets arbete med budget, uppföljning av ekonomi och verksamhet, delårsrapporter och bokslut.

Styrelsen ska därutöver avlämna de rapporter över verksamheten som medlem i förbundet efterfrågar. Styrelsen svarar också, på eget initiativ, för att informera medlemmarna i förbundet om principiella händelser eller andra händelser av större vikt för förbundet eller någon av dess medlemmar. Innan beslut tas om avtal av större dignitet eller större investeringar ska samråd ske med samtliga förbundsmedlemmar.

Om förbundsmedlemmarna inte är överens om avtal av större dignitet eller större investeringar ska beslut om dessa fattas med enkel majoritet i fullmäktige.

17 § Budget – årsredovisning

Fullmäktige ska årligen fastställa budget för förbundet. Budgeten ska innehålla en plan för såväl verksamheten och ekonomin under budgetåret som ekonomin under den kommande treårsperioden.

Förbundet ska samråda med förbundsmedlemmarna om budgetförslaget enligt plan för budgetarbetet och senast en månad före fullmäktiges sammanträde. Budgeten ska fastställas senast den 30 september före verksamhetsåret.

Budgetförslaget ska vara tillgängligt för allmänheten enligt vad som stadgas i kommunallagen. Tid och plats för budgetsammanträdet ska kungöras på kommunalförbundets officiella anslagstavla och samtliga medlemmars officiella anslagstavlor.

Fullmäktige ska varje år upprätta bokslut/årsredovisning per den 31 december.

Prisberäkningsmodell för debitering av medlemmarna för utförda tjänster fastställs årligen i budgeten.

Fördelningsmodell av kommunalförbundets fasta kostnader (administration, koordineringscentral, medicinsk teknik och egna sjuksköterskor mm) finns i bilaga 1. (tillägg) Den kostnad som ska fördelas samt takbeloppet fastställs årligen i samband med budgetbeslutet för kommunalförbundet.

Fastställd budget ska publiceras på kommunalförbundets web-sida.

18 § Förbundskansli

Förbundet ska ha ett kansli med uppgift att under förbundsstyrelsen sköta förbundets administration och förbundets löpande verksamhet. Förbundskansliet har kontor i Umeå.

19 § Uppsägning och utträde

Kommunalförbundet är bildat på obestämd tid. En förbundsmedlem har rätt att utträda ur förbundet. Uppsägningstiden är tre år räknat från ingången av den månad då uppsägningen skedde.

Regleringen av de ekonomiska mellanhavandena mellan förbundet och den utträdande medlemmen bestäms i en överenskommelse mellan samtliga förbundsmedlemmar. Den ekonomiska regleringen ska ske utifrån de andelar i förbundets samlade tillgångar och skulder som gäller det år då medlemmen utträder ur förbundet, om inte annat avtalas mellan förbundsmedlemmarna.

De kvarvarande medlemmarna antar de ändringar i förbundsordningen som behövs med anledning av utträdet.

20 § Likvidation och upplösning

Om medlemmarna inte kan enas om förutsättningarna för utträde när uppsägningstiden i 19 § är till ända, ska förbundet omedelbart träda i likvidation.

Likvidationen verkställs av styrelsen i egenskap av likvidator. Vid skifte av förbundets behållna tillgångar i anledning av likvidationen ska den i 11 § angivna fördelningsgrunden mellan medlemmarna tillämpas.

När förbundet har trätt i likvidation ska förbundets egendom i den mån det behövs för likvidationen förvandlas till pengar genom försäljning eller på annat lämpligt sätt. Verksamheten får tillfälligt fortsätta om det behövs för en ändamålsenlig avveckling.

När styrelsen har fullgjort sitt uppdrag som likvidator ska styrelsen avge en slutredovisning för sin förvaltning. Redovisning sker genom en förvaltningsberättelse som rör likvidationen i sin helhet med redovisning av skiftet av behållna tillgångar. Till berättelsen ska fogas redovisningshandlingar för hela likvidationen. Till slutredovisningen ska fogas styrelsens beslut om vilken av förbundets medlemmar som ska överta och vårda de handlingar som hör till förbundets arkiv.

När förvaltningsberättelsen och redovisningshandlingarna har delgetts samtliga förbundsmedlemmar, är förbundet upplöst.

21 § Tvister

Tvist mellan förbundet och en eller flera medlemmar ska, om parterna inte kan nå en frivillig uppgörelse, avgöras genom skiljeförfarande enligt lag (1999:116) om skiljeförfarande.

22 § Bildandet av förbundet

Förbundet är bildat när medlemmarnas fullmäktige har antagit förbundsordningen. Förbundet ansvarar för verksamheten enligt förbundsordningen från den 1 januari 2016.

23 § Ändringar av förbundsordningen

Ändringar eller tillägg till förbundsordningen ska antas av fullmäktige och fastställas av medlemmarnas landstingsfullmäktige.

		45%		55%					
Landsting	**Invånare 31.12.2014**	**45 % av Fast kostnad fördelad utifrån innevånare**	**Yta km2**	**55 % Fast kostnad fördelad utifrån yta**	**SUMMA Fast kostnad**	**Justerad fast kostnad utifrån tak 10 000 kr/flygtimma**	**Andel av fast kostnad**	**Antal flygtim (2012)**	**Kr/flyg-timma**
Stockholms läns landsting	2 198 044	2 639 581	7 154	228 755	2 868 336	3 150 000	12%	315	10 000
Landstinget i Uppsala län	348 942	419 036	8 608	275 247	694 284	915 327	4%	126	7 264
Landstinget Sörmland	280 666	337 045	7 026	224 662	561 707	420 000	2%	42	10 000
Landstinget i Östergötland	442 105	530 914	12 224	390 872	921 786	1 215 260	5%	140	8 680
Landstinget i Jönköpings län	344 262	413 416	11 693	373 893	787 309	210 000	1%	21	10 000
Landstinget Kronoberg	189 128	227 119	9 385	300 093	527 212	420 000	2%	42	10 000
Landstinget i Kalmar län	235 598	282 924	11 637	372 102	655 026	420 000	2%	42	10 000
Region Gotland	57 255	68 756	3 166	101 235	169 992	224 113	1%	84	2 668
Landstinget Blekinge	154 157	185 124	3 039	97 174	282 298	350 000	1%	35	10 000
Region Skåne	1 288 908	1 547 820	11 302	361 390	1 909 210	2 030 000	8%	203	10 000
Region Halland	310 685	373 095	5 687	181 846	554 941	560 000	2%	56	10 000
Västra Götalandsregionen	1 632 012	1 959 846	28 779	920 231	2 880 077	2 520 000	10%	252	10 000
Landstinget i Värmland	274 691	329 870	21 789	696 720	1 026 590	210 000	1%	21	10 000
Örebro läns landsting	288 150	346 033	9 633	308 023	654 055	210 000	1%	21	10 000
Landstinget Västmanland	261 703	314 273	5 659	180 951	495 224	350 000	1%	35	10 000
Landstinget Dalarna	278 903	334 928	30 223	966 404	1 301 332	700 000	3%	70	10 000
Landstinget Gävleborg	279 991	336 235	19 629	627 652	963 887	560 000	2%	56	10 000
Landstinget Västernorrland	243 061	291 886	22 957	734 068	1 025 954	1 352 593	5%	258	5 243
Jämtlands läns landsting	126 765	152 229	53 753	1 718 794	1 871 023	2 466 711	9%	625	3 947
Västerbottens läns landsting	262 362	315 065	58 872	1 882 478	2 197 542	2 897 186	11%	388	7 467
Norrbottens läns landsting	249 987	300 204	105 205	3 364 011	3 664 215	4 830 811	19%	1 175	4 111
Summa	**9 747 375**	**11 705 400**	**447 420**	**14 306 600**	**26 012 000**	**26 012 000**		**4 007**	
	Källa:		Källa:					Källa:	
	SCB Folkmängd 31.12 2014		SCB 20130228					Norrlandstingens egen info	
			land+ inlandsvatten+de fyra stora sjöarna					MatFribergs analys söder	
			exkl havsvatten ut till territorialgräns					utifrån leverantörsinfo	
			exkl havsvatten ut till territorialgräns						

Preliminär budget för 2016 samt kalkyl för 2017 och 2018, sammandrag

	2016	2017	2018
Koordineringscentral			
Uppstart		2884	
Drift			7613
Sjukvårdspersonal			
Uppstart		3149	
Drift			14815
Medicinsk teknisk org.			
Uppstart			
Drift			1584
Administration			
Uppstart	900		
Drift		1200	2000
Projektledn, central /västerbotten. 2013-15	5022		
Projketledning, västerbotten	1500	649	
Totalt:	**7422**	**7882**	**26012**

Bilaga 1

Sammanställning över remissvar ang bildande av kommunalförbund angående Svenskt ambulansflyg.

	Ja,	Ja, med reservation	Nej	Bilaga	Anm
Norrbotten		x		x	val av ordf/vice , val revisor,kostn täck
Västerbotten		x		x	9 ledam,/upps.5 år
Jämtland		x		x	9 ledam/ kostnadstäckn/förd.modell/
Västernorrland		x			Start tidigast halvår-15
Gästrikland		x		x	Starttidpunkt
Dalarna		x		x	Tekalkriterier/starttidpunkt
Värmland		x		x	Beslutsordn/merpart ansluts/ starttidp
Örebro		x		x	val av ordf o vice ordf, beslutsord budg
Västmanland	x				
Uppsala	x				
Stockholm		x		x	låneram, ej hkp, revisor suppl, val fullm
Sörmland	x				
Östergötland	x				
Jönköping	x				
Västra Götaland		x		x	starttidpunkt 2015-04-01
Kronoberg		x		x	Kapital/likvidation/uppsägn/Starttid
Kalmar	x				
Gotland		x	x		vill avakta o utvärdera samv avtal
Blekinge	x				
Halland	x				
Skåne			x		Avböjer att svara

Bilaga 2

Samverkansavtal mellan Kommunalförbundet Svenskt Ambulansflyg och Västerbottens Läns Landsting

§ 1 Parter

Föreliggande samverkansavtal har tecknats mellan Kommunalförbundet Svensk Ambulansflyg och Västerbottens Läns Landsting.

§ 2 Avtalets syfte

Avtalet ska tydliggöra ansvars- och rollfördelning mellan Kommunalförbundet och Västerbottens Läns Landsting.

§ 3 Grundprinciper för ambulansflygverksamheten

- Kommunalförbundet bedriver ambulansflygverksamheten med säte i Umeå.
- Västerbottens Läns Landsting förbinder sig att stödja kommunalförbundet både medicinskt och administrativt på sätt som regleras nedan.

§ 4 Parternas åtaganden

§ 4.1 Västerbottens Läns Landstings (VLL) uppgifter och ansvar

- VLL ska förse kommunalförbundet med sjuksköterskor utifrån fastställd bemanning, antingen från den egna organisationen eller från andra medlemmar.
- VLL svarar, efter samråd med övriga medlemmar, för kravspecifikation för medicinskteknisk utrustning i flygplanen.
- VLL svarar för administrativt stöd till kommunalförbundet i den mån inte kommunalförbundet har egna resurser. Det kan vara både direkta insatser som ekonomi- och löneadministration eller konsultativa insatser i form av exempelvis juridisk rådgivning eller upphandlingsstöd.

§ 4.2 Kommunalförbundets uppgifter och ansvar

- Kommunalförbundet är vårdgivare för verksamheten.
- Kommunalförbundet ersätter VLL eller annan medlem för de personalkostnader som uppkommer i samband med tjänstgöring åt kommunalförbundet.
- Kommunalförbundet ersätter VLL för administrativa tjänster som de ställer till kommunalförbundets förfogande.

- Kommunalförbundet svarar för eventuell specialutbildningen som krävs för att vårdpersonal ska kunna tjänstgöra inom ambulansflyget.

§ 5 Avtalstid och förändringar

Avtalet gäller tills vidare med en uppsägningstid av 12 månader.

Parterna ska under avtalstiden påtala behov av förändringar i avtalet. En uppföljning av avtalet ska ske inom tre år från ikraftträdandet.

För Kommunalförbundet:
2015-

……..
Förbundschef

För Västerbottens Läns Landsting:
2015-

……
Landstingsdirektör

Bilaga 4.

Fördelning av andelskapital utifrån folkmängd i riket 31.12-2014. 1),

	Folkmängd	Andelskapital, Kronor
Stockholm	2 198 044	2 198 044
Uppsala	348 942	348 942
Södermanland	280 666	280 666
Östergötland	442 105	442 105
Jönköping	344 262	344 262
Kronoberg	189 128	189 128
Kalmar	235 598	235 598
Gotland	57 255	57 255
Blekinge	154 157	154 157
Skåne	1 288 908	1 298 908
Halland	310 685	310 685
Västra Götaland	1 632 012	1 632 012
Värmland	274 691	274 691
Örebro	288 150	288 150
Västmanland	261 703	261 703
Dalarna	278 903	278 903
Gävleborg	279 991	279 991
Västernorrland	243 061	243 061
Jämtland	126 765	126 765
Västerbotten	262 362	262 362
Norrbotten	249 987	249 987
Summa:	9 747 355	9 747 355

1) Källa: SCB Folkmängd 31.12 2014

Bilaga 5a

Preliminär budget för 2016 samt kalkyl för 2017 och 2018, totalt	2016	2017	2018
Koordineringscentral		2884	
Uppstart			7613
Drift			
Sjukvårdspersonal		3149	
Uppstart			14815
Drift			
Medicinsk teknisk org.			
Uppstart			1584
Drift			
Administration	900		
Uppstart		1200	2000
Drift			
	5022		
Projektledn, central /västerbotten. 2013-15	1500	649	
Projketledning, västerbotten			
	7422	**7882**	**26012**
Totalt:			

Bilaga 5b

Preliminär budget 2016 0m 20 % av de ordinarie fasta kostnaderna för egen regi verksamhet

	Fasta kostnader	**%-uell fördelning av FK**	**20 % av FK att inbetala 5 jan.**
Stockholm	3 150 000	12,11	**630 000**
Uppsala	915 327	3,52	**183 065**
Södermanland	420 000	1,61	**84 000**
Östergötland	1 215 260	4,67	**243 052**
Jönköping	210 000	0,81	**42 000**
Kronoberg	420 000	1,61	**84 000**
Kalmar	420 000	1,61	**84 000**
Gotland	224 113	0,86	**44 823**
Blekinge	350 000	1,35	**70 000**
Skåne	2 030 000	7,80	**406 000**
Halland	560 000	2,15	**112 000**
Västra Götaland	2 520 000	9,69	**504 000**
Värmland	210 000	0,81	**42 000**
Örebro	210 000	0,81	**42 000**
Västmanland	350 000	1,35	**70 000**
Dalarna	700 000	2,69	**140 000**
Gävleborg	560 000	2,15	**112 000**
Västernorrland	1 352 593	5,20	**270 519**
Jämtland	2 466 711	9,48	**493 342**
Västerbotten	2 897 186	11,14	**579 437**
Norrbotten	4 830 811	18,57	**966 162**
Summa:	26 012 001	100	**5 202 400**

Regler för investeringar i Region Jämtland Härjedalen

Version: 1

Beslutsinstans: Regionfullmäktige

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av
1.	2015-04-20	Nyutgåva	

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INNEHÅLLSFÖRTECKNING 3

1 INLEDNING 4

1.1 Investeringar ska bidra till regionens vision 4

2 TVÅ FINANSIELLA MÅL FÖR INVESTERINGAR 4

2.1.1 Investeringstak 4

2.1.2 Självfinansieringsgrad 4

3 EN REGIONGEMENSAM INVESTERINGSPROCESS 4

3.1 Ett investeringsråd bildas 5

4 RAPPORTERING TILL REGIONFULLMÄKTIGE 5

5 FINANSIERING GENOM UPPLÅNING 6

6 ÖVRIGA REGLER 6

6.1 Lönsamma investeringar 6

6.2 Akuta investeringar 6

6.3 Underlag för investeringsbeslut 6

7 LEASING KRÄVER SÄRSKILT BESLUT 7

8 DEFINITIONER 7

1 INLEDNING

1.1 Investeringar ska bidra till regionens vision

Region Jämtland Härjedalen ska prioritera investeringar som kan bidra till att visionen om en god hälsa och en positiv livsmiljö kan uppnås.

Inom ramen för god ekonomisk hushållning ska optimala förutsättningar skapas för regionens invånare när det gäller möjligheter till god hälsa, en jämställd och jämlik vård samt en hållbar regional utveckling.

Syftet med dessa regler för investeringar är att skapa en samlad process för regionens samtliga investeringar. Genom detta ska bättre förutsättningar skapas för att regionen prioriterar de strategiskt viktigaste investeringarna.

2 TVÅ FINANSIELLA MÅL FÖR INVESTERINGAR

Regionfullmäktige ska fastställa två finansiella målsättningar för investeringar varje år. De årliga finansiella målen ska sikta mot en god ekonomisk hushållning och vara utmanande men ändå realistiska utifrån det aktuella ekonomiska läget.

2.1.1 Investeringstak

Det första finansiella målet för investeringar ska vara i form av ett investeringstak, som inte ska överskridas. Det teoretiska investeringstaket utgörs av summan av årets resultat och avskrivningar. Det innebär att om resultatet är negativt och underskottet är större än årets avskrivningar finns egentligen inget teoretiskt utrymme för investeringar. Därför är det nödvändigt att regionfullmäktige beslutar hur stora regionens totala investeringar ska vara.

2.1.2 Självfinansieringsgrad

Det andra finansiella målet för investeringar ska avse självfinansieringsgraden. Det årliga målet ska vara att successivt öka självfinansieringsgraden.

På längre sikt bör de årliga investeringarna helt finansieras av skattemedel. En hög självfinansieringsgrad är önskvärd för att inte övervältra kostnader på kommande generationer och för att undvika räntekostnader för lån.

3 EN REGIONGEMENSAM INVESTERINGSPROCESS

Regionen ska ha en sammanhållen och transparent investeringsprocess**.** I budgetförutsättningarna, normalt i februari, ska regionfullmäktige ange det preliminära investeringstaket för de närmaste tre åren.

Grundregeln är att äskanden inte hanteras löpande under året. I ett ansträngt ekonomiskt läge med begränsat investeringsutrymme är det av största vikt att alla äskanden som inkommer från centrum och förvaltningar bedöms utifrån gemensamma prioriteringsgrunder, vid ett gemensamt tillfälle.

3.1 Ett investeringsråd bildas

Regiondirektören tillsätter ett tvärprofessionellt investeringsråd med ansvar att driva en transparent regiongemensam prioriteringsdiskussion omfattande de tre närmast kommande åren. Regionens samtliga fastighetsinvesteringar och större investeringar (över 250.000 kronor) i maskiner, inventarier och IT ingår i rådets ansvarsområde, även investeringar för regional utveckling.

Rådet ska också lämna förslag på storleken på lokala potter (till exempelvis centrum, förvaltningar, fastigheter, IT). Respektive centrumchef eller motsvarande beslutar om investeringar under 250.000 kronor per objekt, inom den lokala pott som erhålls. Kapitalkostnaderna ska budgeteras av respektive centrum.

Regiondirektören har ansvar att lämna slutligt förslag på fördelning av investeringsbudgeten till regionstyrelsen, för politisk prioritering. Regionfullmäktige beslutar om samtliga fastighetsinvesteringar, större investeringar i maskiner, inventarier och IT per objekt, samt storleken på lokala potter. Fastighetsinvesteringar och IT kan bestå både av objektsvisa anslag och av potter (t ex energiåtgärder).

Investeringsrådet ska ha en aktiv roll under löpande år och följa eventuella avvikelser eller behov av omprioriteringar, och vid behov rapportera direkt till regiondirektören.

4 RAPPORTERING TILL REGIONFULLMÄKTIGE

De finansiella målen för investeringar ska följas upp varje tertial och ingå i den ekonomiska rapporteringen till regionfullmäktige.

Den investeringsbudget som regionfullmäktige fastställt ska följas upp per tertial. Efter april månad gör respektive centrum och förvaltningar en översiktlig rapportering med prognos till årets slut. Efter augusti månad redovisas en utförligare uppföljning och prognos, på den detaljeringsgrad som investeringsbudgeten fastställts. Uppföljning, årsprognos och bokslut redovisas för fastighetsinvesteringar och för varje större objekt respektive lokal pott.

Beviljat investeringsanslag löper per automatik endast för innevarande budgetår och utgår i normalfallet ur investeringsbudgeten om investeringen inte påbörjats före oktober månad. Senast i samband med höstens tertialrapportering ska framgå behov och orsak till eventuell ombudgetering till nästa år.

Vissa större investeringar löper över flera år. Slutredovisning lämnas i samband med årsbokslut och innehåller de investeringsobjekt över 5 Mkr som tagits i drift under året.

5 FINANSIERING GENOM UPPLÅNING

Om regionfullmäktige fattar beslut om att utveckla Östersunds sjukhus i enlighet med tidigare inriktningsbeslut (2013-04-16—17) måste regionfullmäktige samtidigt besluta att en lånefinansiering undantagsvis är acceptabel. En stor strategisk fastighetsinvestering kan inte genomföras utan upplåning. En konsekvensanalys ska då visa att det sammantaget är ett sämre alternativ att inte genomföra investeringen än att genomföra den genom lånefinansiering.

6 ÖVRIGA REGLER

6.1 Lönsamma investeringar

En investering som har en kort återbetalningstid, dvs högst tre års s k pay-off-tid, kan definieras som en lönsam investering. Det innebär att den ska hanteras och prioriteras i den samlade investeringsprocessen men den behöver inte rymmas inom investeringstaket. Även de lönsamma investeringarna ska bidra till att regionens vision uppnås.

6.2 Akuta investeringar

Grundregeln är att inga investeringsäskanden hanteras utanför den ordinarie investeringsprocessen. Om en investering undantagsvis beslutas av regionfullmäktige under löpande år, ska det finnas goda skäl och en analys som visar att det är till men att skjuta upp beslutet i enlighet med ordinarie tidplan.

Varje centrum/förvaltning ska ha beredskap för investeringar på rund av haverier, och ska hantera detta inom tilldelad lokal pott för smärre investeringar. Det kan även bli nödvändigt med omprioritering inom befintlig budget inom respektive centrum/förvaltning, vid t ex prognostiserad avvikelse.

6.3 Underlag för investeringsbeslut

Alla beslut om större investeringar ska baseras på ett beslutsunderlag från den som äskar investeringen. Underlaget ska innehålla en analys av behov, alternativa förslag till lösningar, konsekvensanalys och en investeringskalkyl som visar hur driftbudget och avskrivningar påverkas. Eventuella ombyggnadskostnader eller konsekvenser för annan verksamhet ska inhämtas från fastighetsansvariga m fl sakkunniga och infogas i underlaget.

Även vid mindre investeringar ska eventuella tillkommande kostnader inrymmas, t ex ombyggnadskostnader. En investering får inte leda till en merkostnad för annan part utan dialog och säkerställande av total finansiering.

Region Jämtland Härjedalens regler för investeringar ska kompletteras med tillämpningsregler. Dessa fastställs av regiondirektören och ska innehålla bland annat budget-, uppföljnings- och bokslutsrutiner, tidplaner samt regiongemensamma blanketter.

7 LEASING KRÄVER SÄRSKILT BESLUT

Grundregeln är att regionen ska undvika avtal om såväl operationell som finansiell leasing.

Operationell leasing (funktionsavtal/hyra) får ej användas om inte en jämförande kalkyl visar på lägre totala kostnader än vid köp. De undantag som för närvarande är godkända avser lokalhyresavtal, billeasing och funktionsavtal för telekommunikation. Eventuella nya avtal gällande leasing jämställs med investering och ska hanteras likvärdigt i investeringsprocessen när det gäller prioriteringsgrunder. Det innebär att överstiger avtalet 250 000 kronor under avtalsperioden ska objektet hanteras i ordinarie investeringsprocess.

Understiger beloppet 250 000 kronor är det ekonomidirektören som tillstyrker eller avslår, med regiondirektören som beslutande. Alla kostnader belastar respektive centrum.

Finansiell leasing, vilket är direkt jämförbart med upplåning, får endast ske om beslut fattats av regionstyrelsen.

8 DEFINITIONER

Investering kan vara materiell (t ex fastigheter, maskiner och inventarier) eller immateriell (t ex egenutvecklade IT-system).

En materiell tillgång ska ha en nyttjandetid på minst tre år och ett värde över ett halvt prisbasbelopp exklusive moms.

En immateriell tillgång ska ha en nyttjandetid på minst tre år och ett värde över 30 prisbasbelopp exklusive moms.

Investering kan vara reinvestering, dvs. återinvestering som bibehåller samma nytta som idag, kan innebära en uppdatering till dagens tekniska standard.

En strategisk investering är en investering som skapar större nytta än idag, genom ny teknik/behandlingsmetod eller utökat utbud.

Större investering räknas för utrustning/inventarier som per objekt överstiger 250 000 kronor.

Mindre investering definieras här som investeringsobjekt under 250 000 kronor.

Självfinansieringsgraden anger i procent hur stor del av investeringarna som finansieras av årets resultat och avskrivningar.

Pay-off Enkel kalkyl som enbart visar hur lång tid det tar att få tillbaka det som investerats. Investeringsbeloppet divideras med den årliga lönsamheten (minskade kostnader eller ökade intäkter).

Finansiell leasing är avtal där de ekonomiska risker och fördelar som är förknippade med att äga en tillgång i allt väsentligt överförs från leasegivaren till leasetagaren. Äganderätten till tillgången överförs normalt till leasetagaren vid leasingperiodens slut.

Operationell leasing är ett leasingavtal som inte är ett finansiellt leasingavtal. Kan jämföras med hyra.

Gemensamma taxor –

Prissättnings- och produktstrategi

Beslutsunderlag
2014-12-05
Slutversion

Antagen av:

Kommunalförbundet Kollektivtrafikmyndigheten i Västernorrlands direktion 2015-02-06

Region Jämtland Härjedalens regionfullmäktige 2015-04-14--15

Region Västerbottens Regionfullmäktige 2015-02-xx

Regionala kollektivtrafikmyndigheten i Norrbottens läns direktion 2015-02-xx

Innehåll

1. INLEDNING OCH BAKGRUND 4

1.1 Inledning ..... 4 -
1.1.1 Kollektivtrafikmyndigheternas uppdrag ..... 4 -

1.2 Bakgrund ..... 4 -

1.3 Definition ..... 5 -

2 RESULTAT FRÅN WSPS KONSULTRAPPORT ”SAMORDNAT TAXESYSTEM FÖR DE FYRA NORDLIGASTE LÄNEN, 2014-02-02” 6

3 VISION OCH MÅL 9

4 UPPDRAG 10

5 NULÄGESANALYS 11

5.1 Produktutbud inom respektive län (juni 2014) ..... 11 -
5.1.1 Resandemönster och produktanvändande ..... 13 -

5.2 Stråkvis målgruppsanalys ..... 15 -
5.2.1 Upphandlad tågtrafik ..... 15 -
5.2.2 Upphandlad busstrafik ..... 16 -
5.2.3 Kommersiell busstrafik ..... 17 -

5.3 Intressanta tendenser, buss och tåg ..... 18 -

6 NORRLANDSRESANS PRODUKTUTBUD OCH BETALFORMER 20

6.1 Produktutbudet och betalformer ..... 20 -
6.1.1 Utveckling av Norrlandsresan ..... 20 -

7 ÅLDERSKATEGORIER 22

8 GEMENSAMMA RESEVILLKOR, RESEGARANTIER OCH ÅTERBETALNINGSREGLER 23
8.1.1 Gemensamma Resevillkor ..... 23 -
8.1.2 Gemensamma Resegarantier ..... 23 -

8.1.3 Gemensamma Återbetalningsregler ..... 23 -

9 SAMMANFATTNING, FÖRSLAG TILL BESLUTSPUNKTER OCH REKOMMENDATIONER 24

9.1 Sammanfattning ..... 24 -
9.1.1 Uppdraget Norrlandsresan ..... 24 -
9.1.2 Nulägesanalys ..... 24 -
9.1.3 Norrlandsresans produktutbud och betalformer ..... 24 -
9.1.4 Ålderskategorier ..... 25 -
9.1.5 Gemensamma Resevillkor, Resegarantier och Återbetalning ..... 25 -

9.2 Förslag till Beslutspunkter och Rekommendationer ..... 26 -

1 Inledning och Bakgrund

1.1 Inledning

Kollektivtrafik ska skapa förutsättningar för hög mobilitet och tillgänglighet i en region. En möjlighet att på ett enkelt och snabbt sätt transportera sig inom en större geografisk yta medför en möjlighet för ökad sysselsättning och högre inkomst genom en bättre matchad arbetsmarknad. Kollektivtrafikens utveckling därför en viktig förutsättning för regional tillväxt.

1.1.1 Kollektivtrafikmyndigheternas uppdrag

Kollektivtrafikmyndigheterna i de fyra nordligaste länen har som uppgift att:

- Ta fram ett regionalt trafikförsörjningsprogram
- Fatta beslut om trafikplikt
- Fatta beslut om taxan för kollektivtrafiken

1.2 Bakgrund

Norrlandsresan är ett 30-årigt biljettsamarbete mellan länstrafikbolagen i Norrbotten, Västerbotten, Västernorrland och Jämtland. Norrlandsresan omfattar tre typer av biljetter, enkelbiljett, 6-resors rabattkort och 30–dagars periodkort som är sträckbundet. Norrlandsresans periodkort gäller även på Norrtåg. Hela resan måste genomföras under ett och samma kalenderdygn. Men biljetten gäller för obegränsat antal bussbyten på väg till resmålet. Biljettförsäljningen sker enligt ordinarie förfarande på buss, busstation eller annat försäljningsställe.

Biljettsamarbetet har fungerat bra då det enbart fanns upphandlad busstrafik. När tåget blev en del av trafiken i Norrland begränsades denna möjlighet för resenären. Att nyttja samma biljett vid övergång mellan tåg och buss blev inte möjligt i alla sammanhang utan resenären var tvungen att lösa/köpa flera biljetter. Detta beror på att tåget bedrivs som en tjänstekoncession och tågoperatören äger möjligheten att själv bestämma (till viss del) över biljettens pris.

I huvudsak är det idag tågsystemet som binder samman de fyra nordligaste länen. Tåget minskar generellt det tidsmässiga avståendet mellan länets huvudorter och har som syfte att öka möjligheten för dagligt pendlande över länsgränserna. Bussarna har svårt att tidsmässigt konkurrera med bilen på samma sätt som tåget kan. Däremot fyller bussystemet en viktig funktion genom att komplettera tågtrafiken men också att mata till och från tåget och öka tillgängligheten till länens mindre orter och samhällen. Busstrafiken, både den lokala och interregionala, har en betydligt större yttäckning av länen än vad tågtrafiken har. Ett samordnat biljettsystem är därmed en förutsättning för att resandet ska bli enkelt för resenären.

1.3 Definition

I rapporten använder vi oss av följande begrepp:

Betalmedel – Betalmedel har inte en förutbestämd relation utan är ett betalsätt som ger resenären, möjligheten att resa på valfri relation och direkt eller i efterhand betala för sin resa.

Kort – Med kort avses det fysiska kortämnet som resenären laddar med olika produkter eller betalmedel.

Produkter – Produkter är en förutbestämd reserelation, sträcka eller zon, som laddas på ett kort i form av exempelvis ett periodkort eller 40-resor.

Trafikslag – Linjetrafik med buss och tåg.

Transportsystemet – Trafik som bedrivs av myndigheterna i de fyra nordligaste länen, Norrbotten, Västerbotten, Västernorrland och Jämtland samt Norrtåg.

När vi pratar om olika resenärsgrupper för länsöverskridande resor (Norrlandsresan) har vi delat upp resenärerna enligt följande kategorier:

Pendlare

- Arbetspendlare
- Studiependlare

Sällanresenärer

- Tjänsteresenär
- Sjukresenär
- Fritidsresenärer

2 Resultat från WSPs konsultrapport ”Samordnat taxesystem för de fyra nordligaste länen, 2014-02-02”

Under 2013 beställde de fyra nordligaste länen en analys från WSP som belyser möjligheter med ett samordnat taxesystem i de fyra nordligaste länen. WSP:s sammanfattning och slutsatser presenteras nedan. *Utdrag ur WSPs rapport ”Samordnat taxesystem för de fyra nordligaste länen” 2014-02-02.*

1. **Kollektivresandet per invånare** har ökat i två av de fyra Norrlandslänen mellan åren 2002 och 2012 i Västerbotten och i Västernorrland, varit oförändrat i Norrbotten och minskar något i Jämtland.
2. **Kollektivtrafikens utbud per invånare** (i vagnkilometer) har minskat i alla fyra Norrlandslänen, och särskilt mycket i Norrbotten och Västerbotten. Att resandet samtidigt har ökat är ett tecken på att trafiken har effektiviserats; även urbaniseringen till en ökad andel stadstrafikresor kan ha inverkat.
3. **Marknadsandelarna.** Ett tiotal län uppvisar betydande ökningar av kollektivtrafikandelen mellan åren 2000 och 2012, häribland Västerbotten och Norrbotten, dock från mycket låga nivåer. I Västerbotten ökade marknadsandelen från 2 % till 9 % och i Norrbotten från 1 % till 6 %.
4. Kollektivtrafikens **kostnader** per producerad enhet (vagnkilometer) har ökat relativt kraftigt i de fyra Norrlandslänen, mellan 29 % (i Västernorrland) och 49 % (i Västerbotten). Kollektivtrafikens **intäkter** har dock endast ökat måttligt i två av de fyra Norrlandslänen (med knappt 20 % i Jämtland och Norrbotten), med endast 4 % i Västernorrland samt till och med minskat i Västerbotten med 5 %.
5. **Skattefinansieringsgraden** i de fyra Norrlandslänen uppvisar en stor spridning. Högst andel skattebidrag uppvisar Västernorrland med 63 % år 2011. Jämtland ligger på 56 %, d.v.s. lika mycket det ovägda riksgenomsnittet. Västerbotten och Norrbotten har cirka 50 % av sina kostnader finansierade med skattemedel.
6. **Skattebidragen** per invånare har ökat kraftigt i de fyra Norrlandslänen under perioden 2002 till 2012, med mellan 18 % (i Västernorrland) och 64 % i Västerbotten.
7. En betydande del av **resandeutvecklingen** åren 2002 till 2012 kan förklaras med sådana faktorer som befolkning, sysselsättning, utbud, priser och bensinpriser. För Västerbotten och Västernorrland är överensstämmelsen mellan prognosmodell och verklighet mycket god. För Norrbotten och Jämtland har resandet utvecklats något långsammare än förväntat, mot bakgrund av dess fem faktorer.
8. Kollektivtrafikens **priser** i hela landet har stigit dubbelt så snabbt som bensinpriset under den senaste 25-årsperioden. Detta innebär att priskonkurrensen mellan bil och kollektivtrafiken har utvecklats ogynnsamt över tid.
9. Med två personer per bil visar sig **bilresorna** i alla fyra Norrlandslänen vara **billigare än** att färdas **med buss med enkelbiljett** för resor upp till 6 mil. I Jämtland gäller detta även upp till 14 till 15 mil. Omvänt är resor med periodkort billigare än med bil utom för de allra kortaste resorna (upp Till 10 km i Norrbotten och Västerbotten). I Jämtland, där de har ett enhetligt länskort, där är bilresandet (med två personer per bil) billigare än att åka på periodkort upp till cirka två mil.

10. För **kortare resor** (och inom tätorterna) är bilresan billigare än att åka med buss i Norrlandslänen och i regel snabbare. Med **periodkort** är resor med buss och tåg väsentligt billigare än med bil. På korta sträckor och inom tätorterna riskeras att förlora både resor och intäkter. På långa sträckor vinner man resor men förlorar intäkter med nuvarande prissystem. **En viktig slutsats är därför att analysera sänkta priser för enkelbiljetter och rabattkort och eventuellt höjda priser för längre resor med periodkort**.
11. Två olika prissättningsstrategier har analyserats:

    A) Trimmade taxor, både resor och intäkter ökar i varje län

    B) Likartade prisnivåer för de tre taxetyperna: enkelbiljett, rabattkort och periodkort (d.v.s. medelvärden av de föreslagna (trimmade) taxorna)
12. **Alternativet med trimmade taxor**: Med trimmade (”optimala”) priser beräknas både resor och intäkter öka i vart och ett av de fyra Norrlandslänen. Totalt för de fyra länen ökar kollektivresandet med 6 % och biljettintäkterna ökar med 5 %. Detta motsvarar 580 000 fler resor per år och cirka 19 Mkr i ökade intäkter. Det ökade resandet har grovt uppskattats medföra ökade driftkostnader på cirka 9 Mkr per år, vilket ger en nettoökning av intäkterna med ca 10 Mkr per år, eller med knappt 3 % (2,8 %).
13. **Alternativet med likartade prisnivåer i alla fyra Norrlandslänen.** Med likartade (”medelvärdespriser)” priser i alla fyra Norrlandslänen beräknas både resor och intäkter öka totalt sett. Totalt för de fyra länen ökar kollektivresandet med 14 %, medan biljettintäkterna enbart ökar med 0,5 %. Detta motsvarar 1 310 000 fler resor per år och 1,7 Mkr i ökade intäkter. Det ökade resandet har grovt uppskattats medföra ökade driftkostnader på ca 20 Mkr per år, vilket då ger en nettominskning av intäkterna med ca 19 Mkr per år, eller med cirka -5 %
14. Med ledning av erfarenheterna från SYDTAXAN framstår det inte som nödvändigt att genomföra totalt likartade priser i alla de fyra Norrlandslänen. Det visar sig att de här använda medelpriserna visserligen ge upphov till många fler resor, men till priset av ökade driftkostnader. En annan nackdel med taxan är att det blir intäktsförluster i Västerbottenslän. Ett samordnat prissystem kan mycket väl liksom i Sydsverige – bestå av länsvisa helt olikartade prisnivåer och till och med olika antal zoner och avståndsgränser mellan zonerna. Det viktiga är att biljettförsäljningssystemet utformas så att resenärerna uppfattar prissystemet som samordnat och enhetligt och enkelt Detta har visat sig vara möjligt att genomföra i Sydsverige trots att de där opererar med fyra olika typer av biljettmaskinsystem.
15. Av dessa skäl rekommenderar vi (WSP) att **förslaget med den trimmade taxan** väljs som utgångspunkt för det fortsatta arbetet med taxesamordningen.

Kommentarer från arbetsgruppen till slutsatserna ovan.

Statistikunderlag från respektive län varierar, något län har lämnat uppgifter om både stadstrafik och regionaltrafik medan andra endast lämnat uppgifter för regionaltrafik.

Punkt 4
Siffrorna gällande marknadsandel är ej säkerställda. Statistiken inkluderar olika typer av trafikslag i de olika länen och skiljer sig från år till år. Trafikanalys arbetar med att standardisera inrapportering av statistiskt underlag.

Punkt 10
Att nyttja bilen medför oftast ytterligare kostnader som parkeringsavgift.

Punkt 11,12

Sänkt taxa innebär ett ökat ekonomiskt ansvar för samhället. Resandeökning kommer inte att ske överallt i regionen och där resandeökning sker finns stora behov av förstärkningsinsatser på grund av kapacitetsbrist.

3 Vision och mål

I dagsläget har de fyra nordligaste länen inte arbetat fram en gemensam vision och målbild för den länsöverskridande kollektivtrafiken. Norrtåg AB har tagit fram en vision och målbild för tågtrafik som presenteras nedan.

”Norrtågs vision är att när det regionala tågsystemet i Norrland förverkligas under de närmsta 15 åren kommer resenärerna att välja tåget framför andra sätt att resa beroende på dess unika kombination av komfort och snabbhet.

Tåget kommer att vara en del av ett väl koordinerat och väl sammanhållet kollektivtrafikssystem. Vid alla viktiga knytpunkter kommer resenärerna att kunna byta mellan tåg och buss. Hela resan kommer att kunna göras på en och samma biljett oavsett vart den börjar eller slutar i Norrtågs verksamhetsområde.

Målet är att trafiken på affärsmässiga grunder ska erbjuda snabba, effektiva och långsiktigt hållbara resmöjligheter för de som bor och verkar i eller besöker regionen.

Samarbetet mellan operatören och Norrtåg ska präglas av ett aktivt samarbete där båda parter gemensamt ska bidra till en positiv resandeutveckling och en allmän utveckling av trafiksystemet i sig.”

För att nå framtida vision och mål bör nedanstående principer styra utvecklingen av systemets produkter för att vi ska uppnå ett attraktivt transportsystem:

- **Möjlighet att resa på ett kort i hela transportsystemet oavsett transportslag**
  Samma kort ska gälla oberoende om du reser med buss, tåg eller skärgårdstrafik.

- **Enkelt för resenären**
  Det ska vara enkelt för alla; för bussföraren, för resenären och för kundservicepersonalen att förklara och förstå systemet. Föraren ska med lätthet kunna sälja och förklara en produkt för en resenär och resenären ska oavsett språk, bakgrund och utbildning med lätthet kunna förstå produktutbudet och systemet.

4 Uppdrag

I mars 2014 beslutade Myndighetscheferna för de Regionala kollektivtrafikmyndigheterna och VD för Länstrafikbolagen i de fyra nordligaste länen att tillsätta en arbetsgrupp vars uppdrag är att se över Norrlandstaxan. Arbetsgruppen skulle bestå av två personer från respektive län.

Norrbotten:	Charlotte Reinholdt, Regionala kollektivtrafikmyndigheten i Norrbotten, Luleå
	Ellinor Isaksson Larsson, Länstrafiken i Norrbotten, Överkalix
Västerbotten:	Sandra Höglander, Länstrafiken i Västerbotten, Umeå
	Olof Sundelin, Länstrafiken i Västerbotten, Umeå
Västernorrland:	Annica Kjellin, Regionala kollektivtrafikmyndigheten i Västernorrland, Kramfors
	Marika Bystedt, Regionala kollektivtrafikmyndigheten i Västernorrland, Kramfors
Jämtland:	Fredrik Boström, Länstrafiken i Jämtland, Östersund
	Stina Philström, Länstrafiken i Jämtland, Östersund
	Alexandra Sidevärn, Länstrafiken i Jämtland, Östersund

Uppdraget gällande Norrlandstaxan bestod av följande:

- Nulägesanalys (identifiera transportsystem – vilka produkter, etc.) (Kapitel 5)
- Norrlandsresans produktutbud och betalformer (Kapitel 6)
- Ålderskategorier (Kapitel 7)
- Gemensamma Resevillkor, Resegaranti och Återbetalning (Kapitel 8)

5 Nulägesanalys

Norrlandsresan – biljetten över länsgräns – tillkom redan under 1980-talet och var en biljett för resor över länsgräns. Trafikutbudet bestod dels av de länsgränsöverskridande linjerna och dels av trafiken inom respektive län. Resan underlättas av att biljett går att köpa på flera orter och trafikinformationen är gemensam.

De flesta resor med Norrlandsresan genomförs på Norrlandskusten, främst mellan Västerbotten och Västernorrlands län. Där har pendling med buss varit omfattande och nu har pendlingen på sträckan till viss del mer och mer flyttats över till tåg. I övriga delar av regionen används Norrlandsresan främst för veckopendling eller sällanresor. Periodkort och enkelbiljetter är det dominerande biljettslaget för Norrlandsresan i samtliga fyra län.

5.1 Produktutbud inom respektive län (juni 2014)

Uppdraget innefattar enbart en översyn av Norrlandsreseprodukterna. Som bakgrund följer en redovisning av alla produkter och betalformer som finns i respektive län. Undantag och tillägg utöver detta produktutbud hittas i de olika länens tätortstrafik, som exempel har Kiruna tätort helt avgiftsfri kollektivtrafik.

5.1.1 Norrbotten

Produkter:

- Enkelbiljett (Relationsbundet)
- Tur och returbiljett (Relationsbundet)
- Rabattkort 10- resor, 20 resor, 40 resor (Relationsbundet, kan användas som gruppbiljett)
- Periodkort 30-dagar (Relationsbundet)
- Länskort 30-dagar (Inte relationsbundet, obegränsat antal resor på hela nätet)

Betalformer:

- Reskassa (Inte relationsbundet)
- Företagskort (Inte relationsbundet)

5.1.2 Västerbotten

Produkter:

- Enkelbiljett
- Rabattkort 6-40 resor (Relationsbundet eller tätort)
- Periodkort 30-dagar (Relationsbundet, finns även för tätort och där med 30-, 60-, 90- eller 120-dagar)
- Länskort 30-dagar (Inte relationsbundet, obegränsat antal resor på hela nätet)
- Årskort (Relationsbundet eller länskort)
- Besökskort (Tätort, 1- eller 3-dagar)
- Skolkort

Betalformer:

- Företagskort (Inte relationsbundet)

5.1.3 Västernorrland

Produkter:

- Best Price - Reskort. Används för alla resor. Resans längd avgör priset som också faller med antal resor.
- Enkelbiljett (Relationsbundet)
- Mobilbiljett (Relationsbundet)
- Periodkort Sundsvalls tätort
- Seniorkort Sundsvalls tätort

Betalformer:

- Reskassa (Inte relationsbundet)
- Företagskort (Inte relationsbundet)

5.1.4 Jämtland

Produkter:

- Best Price - Best Pricekort använder du för alla resor. Resans längd avgör priset. Res ofta på samma sträcka och din bonus/rabatt blir högre.
- Länskort – 5-, 15-, 30-dagars (Inte relationsbundet. Obegränsat antal resor på hela nätet. Gäller ej på Nattbussar.)
- Årskort senior – (Obegränsat antal resor under ett år inom länet, 252 kr/mån)
- Smartkortet – (Obegränsat antal resor inom länet, 1090 kr/månaden)
- Dagbiljett – (Obegränsat antal bussresor i länet under en dag)
- Enkelbiljett - (Relationsbundet)
- Gruppbiljett – (Relationsbundet. 15 % rabatt vid minst fem betalande på enkelbiljettpriset)
- Mobilbiljett – (Relationsbundet. Finns mellan vissa orter, ger 10 % rabatt på enkelbiljettpriset.)

Betalformer:

- Reskassa (Inte relationsbundet)
- Företagskort (Inte relationsbundet)

5.1.5 Nettolista över alla produkter, Norrlandsresan

Nettolista av alla gemensamma produkter som gäller för Norrlandsresan:

- Enkelbiljett (Relationsbundet)
- 6-resors rabattkort (Relationsbundet)
- Periodkort (Relationsbundet)

5.2 Resandemönster och produktanvändande

Nedan redovisas hur länsgränsöverskridande resorna fördelas på produkttyp, trafikslag och linjer. All statistik är baserad på perioden 2013-07-01 till 2013-12-31 med anledning av att Västerbotten och Västernorrland bytte betalsystem 2013-03-11 och därför finns det ett statistikbortfall under våren 2013.

LINJE		PRODUKTER			
		Enkelbiljett (antal resor)	**Periodkort** (antal resor)	**Rabattkort** (antal resor)	**Totalsumma** (antal resor)
Länsöverskridande	10	2 563	278	49	2 890
	20	15 219	2 260	508	17 987
	24	412	269	175	856
	25	144	206	77	427
	26	2 925	1	111	3 037
	30	1 240	19	8	1 267
	39	293	19	20	332
	40	3 941	1 911	180	6 032
	45	8 131	114	206	8 451
	98	308	30	7	345
	99	1 010	22	1	1 033
	100	28 771	4 009	698	33 478
		64 957	**9 138**	**2 040**	**76 135**
Tåg *	Botniabanestråket		55 438		55 438
	Norra Stambanan Umeå-Boden		20		20
	Umeå-Vännäs		33		33
	Mittstråket		5 937		5 937
			61 428		**61 428**
Totalsumma (antal)		**64 957**	**70 566**	**2 040**	**137 563**

Figur 1 Antalet resor utförda på Norrlandsresan fördelat på linje och produkttyp perioden 2013-07-01 till 2013-12-31.

*=Endast Norrlandsresan. Norrtågs egna enkelbiljetter över länsgräns är ej inkluderade.

Statistiken ovan visar att det är enkelbiljetten som är det dominerande biljettslaget i busstrafiken, medan periodkortet dominerar på tåget. Samtidigt är periodkortet den enda produkten på Norrlandsresan som är giltig på tåget. Där tåg erbjuds väljer pendlarna i huvudsak tåget framför bussen, dels av bekvämlighetsskäl men också genom de tidsvinster som finns på de berörda sträckorna.

Rabattkortet visar sig vara en produkt som används väldigt lite vid länsöverskridande resor. Rabattsatsen har kanske varit fel utformad. 6-resors kort är inte anpassat för dem som reser dagligen och rabatteringen har kanske inte varit tillräckligt attraktiv för att resenären ska känna sig manad att binda upp pengar på tre tur- och returresor. Exempelvis en student/vuxen som pendlar Umeå - Strömsund måste lägga ut 1499 kr för ett 6-resors kort som kanske räcker en hel termin. Produkten har inte heller upplevts enkel, eftersom en mer frekventerad pendling kräver köp av ytterligare sex nya resor redan

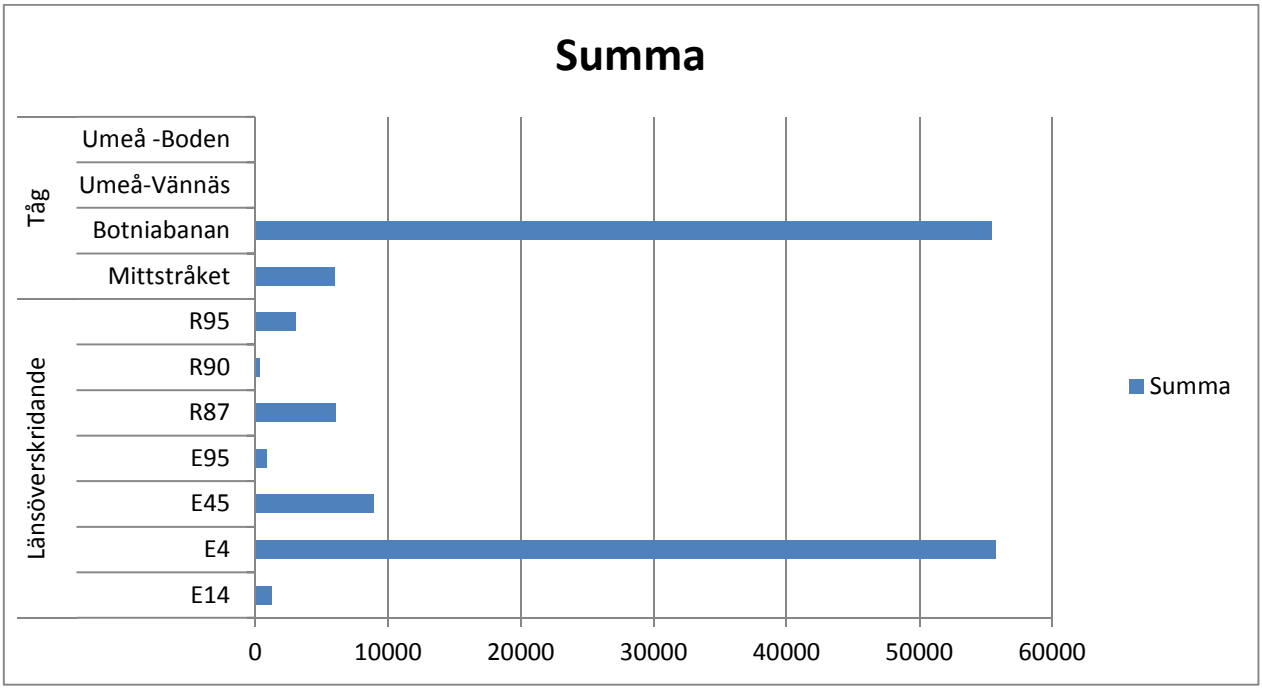
efter tre resdagar (förutsatt att resenären reser tur och retur). Statistiken visar också att resandet främst sker längs Norrlandskusten.

Dagens system, vars grundtanke har varit att styra resenärerna från sällanköpsbiljetter (enkelbiljetter) till periodkort, har inte varit lyckad. Förklaringen kan vara att de flesta människor inte går från att åka några gånger i månaden till att resa trettio dagar eller mer. Det resmönstret finns inte på så många håll i de här länens geografiskt stora område. Tvärtom är det så att med ökad flexibilitet på arbetsmarknaden genom IT-lösningar mm, har fler människor börjat arbeta hemma med viss regularitet, man reser allt oftare i tjänsten och arbetar inte alltid från samma plats veckans alla dagar, vilket kan vara orsaken till att resenärerna noga överväger om de skall binda upp sitt resande för en trettiodagarsperiod och i högre grad köper enkelbiljetter, eftersom något annat system inte erbjuds.

	Produkt	AC	Z	Y	BD	Norrtåg	Totalsumma
Länsöverskridande	Enkelbiljett	44 285	8 471	8 813	3388		64 957
	Periodkort	6 296	113	2 249	480		9 138
	Rabattkort	1 208	209	255	368		2 040
Tåg	Periodkort					61 428	61 428
Totalsumma		**51 789**	**8 793**	**11 317**	**4 236**	**61 428**	**137 563**

Figur 2 Antalet Norrlandsresor fördelat på produkttyp och län. Perioden 2013-07-01 till 2013-12-31.

Statistiken ovan visar att huvuddelen av Norrlandsresande görs med anslutning till Västerbotten och Västernorrland. Det är också här den mest frekventerade tågtrafiken går.

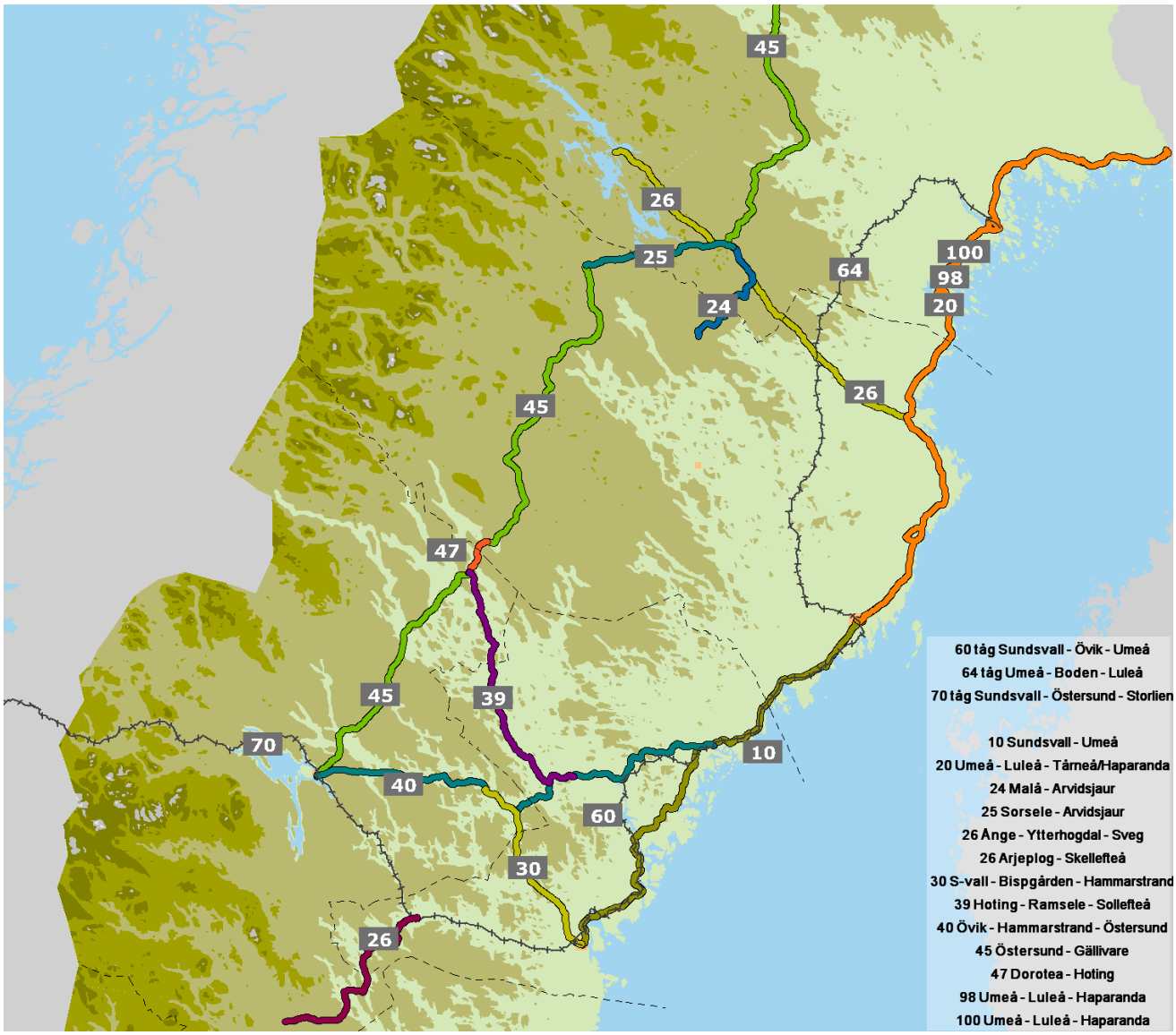


Figur 3 Resor fördelat efter väg-/tågnätet

Utifrån stapeldiagrammet kan konstateras att cirka 80 % (110 000 av 138 000) av alla Norrlandsresor görs längs Norrlandskusten, dvs på Botniabanan och längs E4:an.

5.3 Stråkvis målgruppsanalys

Kartan visar linjesträckning för länsgränsande trafik.



5.3.1 Upphandlad tågtrafik

Linje 60, Botniabanestråket, Sundsvall – Umeå
Botniabanestråket är en tågsträcka mellan Sundsvall och Umeå. Botniabanan knyter ihop städer längs mellersta och södra Norrlandskusten. Detta är ett viktigt stråk för bland annat arbetspendlare mellan Umeå och Örnsköldsvik.

Linje 64, Stambanan övre Norrland, Umeå – Boden
Sträckan Umeå-Boden är en del av Stambanan övre Norrland. Mellan åren 2014 till 2017 rustas delar av banan, vilket medför förseningar och inställd trafik.

Linje 70, Mittstråket, Sundsvall – Östersund – Storlien – Trondheim
Mittstråket har stor betydelse ur ett regionalt, nationellt och internationellt perspektiv och sträcker sig mellan Sundsvall och Trondheim via Östersund och Storlien. Mittstråket är en viktig pulsåder för gods- och persontransporter.

5.3.2 Upphandlad busstrafik

Linje 10, Sundsvall – Örnsköldsvik - Umeå
Linjen är länsgränsöverskridande och går mellan Västernorrland och Västerbotten. De flesta resorna genomförs inom respektive län. Resandet på denna sträcka domineras av tåget.

Linje 20, Umeå - Skellefteå - Piteå - Luleå - Råneå - Töre - Kalix – Haparanda
Linjen är länsöverskridande och går mellan Norrbotten och Västerbotten. De flesta resorna görs inom respektive län, på sträckor som Kalix-Luleå, Skellefteå-Umeå, etc.

Linje 24, Malå - Arvidsjaur
Linjen går mellan Norrbotten och Västerbotten. Resandet domineras av skolelever samt viss arbetspendling.

Linje 25, Sorsele - Slagnäs - Arvidsjaur
Linjen är länsöverskridande och går mellan Norr- och Västerbotten. Ingen trafik bedrivs under sommaren. Linje är anpassad för gymnasielever som åker mellan Sorsele och Arvidsjaur.

Linje 26, Arjeplog - Arvidsjaur - Abborrträsk – Glommersträsk - Jörn - Boliden - Skellefteå
Linjen är länsöverskridande och går mellan Norr- och Västerbotten. Linjen ansluter till tåget i Jörn och till övrig linjetrafik vid Norrlandskusten.

Linje 26, Sveg - Ytterhogdal – Ånge
Linje 26 är en länk från Härjedalen mot tågtrafiken norrut. Den nyttjas för sjukresor till/från Umeå och arbetspendling och sjukresor.

Linje 30, Hammarstrand – Bispgården - Sundsvall
Linjen är länsgränsöverskridande mellan Jämtland och Västernorrland och möjliggör dagpendling, främst inom Västernorrlands län.

Linje 39, Hoting – Backe – Ramsele – Sollefteå
Linjen är länsgränsöverskridande mellan Jämtland och Västernorrland och ger möjlighet till arbetspendling och elevresor inom respektive län. Trafikutbudet medger veckopendling över länsgräns.

Linje 40, Östersund – Hammarstrand – Sollefteå – Örnsköldsvik
Linjen är länsgränsöverskridande mellan Jämtland och Västernorrland. De flesta resor görs inom respektive län i form av arbetspendling mellan Östersund och Stugun i Jämtlands län, samt elevresor från Örnsköldsvik mot Sollefteå osv. Veckopendling är omfattande liksom sällanresor oftast med anslutning till Umeå.

Linje 45, Gällivare - Jokkmokk - Arvidsjaur - Sorsele – Östersund
Linje 45 är en länsöverskridande linje mellan Norrbotten, Västerbotten och Jämtland. Linjen är ett starkt godsstråk och ansluter till övrig trafik i länens inland.

Linje 47, Strömsund - Hoting – Dorotea
Linje 47 trafikerar sträckan mellan Strömsund och Dorotea och nyttjas i stort sett enbart för elevresor till/från Gymnasieskolan i Strömsund. Linjen är ett komplement till Linje 45.

Linje 98, Komfortbuss Haparanda-Umeå
Linje 98 är en del av trafiken på Linje 100. Utöver ordinarie bussförare och kabinpersonal bemannas bussen med en resvärd/värdinna från Röda korset som har till uppgift att serva och hjälpa resenärer som reser till och från Norrlands universitetssjukhus i Umeå.

Linje 100, Umeå - Skellefteå - Piteå - Luleå - Råneå - Töre - Kalix – Haparanda
Linje 100 är en expressförbindelse mellan Norrbotten och Västerbotten, bemannad med bussvärdar/värdinnor, vilka erbjuder en personlig service under hela resan. Resenären kan köpa expressplus vilket innebär bredare och bekvämare säten, bättre benutrymme, dagstidningar, fika etc.

Linjen ansluter till tågtrafiken i Umeå.

5.3.3 Kommersiell busstrafik

Linje 98, Sollefteå – Stockholm
Linje 98 trafikerar Sollefteå – Stockholm.

Linje 100, Y-buss, Sundsvall – Stockholm kommersiell trafik
Linje 100 trafikerar Stockholm – Umeå.

5.4 Intressanta tendenser, buss och tåg

Huvuddelen av resandet i de fyra nordligaste länen sker med buss. Bussystemet fyller en viktig funktion genom att trafikera områden som saknar tåg, vara ett komplement till tågtrafiken och mata till och från tåget och därigenom bidra till en ökad tillgänglighet i länen.

I dagsläget är pendlandet över länsgränserna en liten del av utförda resor men i och med ett utökat transportsystem och bättre restider kan det förväntas ett ökat resande på sträckor så som exempelvis Örnsköldsvik - Umeå och Östersund – Ånge – Sundsvall. Viktigaste målgrupper i dessa stråk är arbets- och studiependlaren, tjänsteresor och sjukresor.

Västerbotten

I Västerbotten finns fyra tåglinjer; Umeå-Lycksele, Umeå-Vännäs, Umeå-Boden och Umeå-Sundsvall, den sistnämnda är den regionalt viktigaste pendlingsstråket. Tåget har minskat restiden för många arbetspendlare och möjliggör för ett boende längre från arbetsorten. Där det är möjligt att dagpendla med tåg har periodkortsförsäljningen ökat markant, eftersom det inte finns någon annan produkt som går att använda på både tåg och buss. (I Norrbotten och Jämtland har periodkortsförsäljningen inte haft samma utveckling eftersom dagtågspendling inte erbjuds i samma omfattning.)

Västernorrland

I Västernorrland finns två tåglinjer; Sundsvall – Umeå och Trondheim- Sundsvall. Tåget har ökat den regionala tillgängligheten och arbetsmarknaden i Västernorrland. Tåget ses som stommen i kollektivtrafiken och innebär att busstrafiken har minskat i de stråk som fått tågtrafik för att koncentrera sig på anslutningstrafik till och från tågen.

Norrbotten

I Norrbotten är inte resandeutvecklingen med tåg lika stor som i de övriga länen. Detta beror på att möjligheten till att dagpendla med tåg är begränsad. Sträckan Luleå - Boden - Umeå har under flera år dragits med fordonstekniska och infrastrukturella problem, vilket har resulterat i att pendlingen på denna sträcka inte blivit ett tidsmässigt och pålitligt alternativ.

I Piteå tätortstrafik har trenden under de senaste åren varit att ungdomar löser dyra enkelbiljetter istället för att lösa ett mer prisvärt rabattkort. Samma tendens går att se i Västernorrland. En trolig förklaring av detta beteende är att ungdomar inte vill binda fast sina pengar i en produkt utan enbart betala för det faktiska nyttjandet. Här har den svenska prismodellen inom kollektivtrafiken (vilken i princip praktiseras överallt i landet), med lågt pris för återkommande resenärer och högt pris för sällanresenärer, uppenbarligen inte haft någon effekt. Priskänsliga resenärer som studenter och ungdomar tenderar inte att köpa rabattkort och lägga ut hela summan i förskott, så som man gjort tidigare, utan laddar istället successivt en reskassa med någon hundralapp åt gången eller köper enstaka enkelbiljetter. Den personliga betalningsförmågan avgör i allt högre grad valet av biljett.

I Norrbotten är Periodkortet en liten produkt. Orsaken är att produkten enbart är giltig under trettio dagar. Blir resenären sjuk, om det infaller helgdagar eller om något annat oplanerat gör att man inte reser till samma målpunkt under hela trettiodagarsperioden, förlorar man på köpet. Den dominerande biljettypen bland pendlarna i Norrbotten är 40-resors kort.

I Kiruna erbjuds invånarna gratis kollektivtrafik. Detta är ett sätt att attrahera fler resenärer, och bygga ett hållbart Kiruna. Liknade försök har gjorts på flera andra kommuner i Norrbotten och har visat på resandeökningar. När det fria resandet upphört har enbart en mindre andel av de nya resenärerna fortsatt att resa kollektivt. Bodens kommun kommer att erbjuda gratis kollektivtrafik för ungdomar i både tätorts och landsbygdstrafik från och med 2015.

Jämtland

Norrlandsresan i Jämtland är en förhållandevis liten produkt. Resor med Norrlandsresan domineras av sällanresor och veckopendling. Det förklaras av att det inte finns något starkt stråk för arbetspendling över länsgränsen mellan varken Hoting och Dorotea eller mellan Hammarstrand och Sollefteå.

I Jämtlands län etablerades Norrtågtrafiken i planerad omfattning från december 2012. Trots en för tågtrafiken sett ”svår” vinter hittade resenärerna till Norrtåg. Resandeutvecklingen är positiv och stadig. Resandet med tåg har mer än fördubblats vid jämförelse januari till augusti 2013 med samma period 2014. Från 32 000 resor till 70 000 resor. Trafikutbudet har anpassats enligt principen tåg ersätter buss. Det innebär att busstrafiken har minskat i de stråk som fått tågtrafik.

6 Norrlandsresans produktutbud och betalformer

Norrlandsreseprodukterna ska förenkla och minska tröskeln till resande över länsgräns, det är därför viktigt att det reskort som resenärerna använder fungerar oavsett i vilket län eller kommun som resenären befinner sig i. Kortet ska kunna nyttjas oavsett om resenären reser med buss, tåg eller båt. Resenären ska erbjudas ett sammanhållet transportsystem med lika förutsättningar.

6.1 Produktutbudet och betalformer

En av slutsatserna i WSP:s rapport är att gemensam prissättning i regionen inte är central för resandeutvecklingen, men det har däremot länens enskilda prissättningar. Norrlandsresan syftar enbart till att förenkla för resor över länsgräns för resenären. Det egna länet har fortsatt inflytande över sina egna produkter och prissättningar.

6.1.1 Utveckling av Norrlandsresan

Tabellen nedan visar olika produkter som föreslås ingå i Norrlandsresan och vilken/vilka målgrupper som produkten lämpar sig för.

Produkter	Målgrupp	Beskrivning
Enkelbiljett	Sällanresenär	Resenären kan lösa en enkelbiljett. Biljetten kräver inte ett kortämne och erbjuds inga rabatter utöver ålderskategorierna.
Periodkort	Pendlare	Ett periodkort som räcker trettio dagar och på en fast reserelation, sträcka eller zon. Giltig på både buss och tåg.
Betalformer	**Målgrupp**	**Beskrivning**
Reskassa	Sällanresenär	Resenären betalar in en valfri summa pengar som sedan kan nyttjas för resor mellan valfri relation. Vid nyttjande av reskassan får resenären en rabatt på 15 % vid köp av enkelbiljett. Reskassan ska kunna nyttjas på både buss och tåg. Här ges möjlighet för tågoperatören att själv välja pris och rabatt.
Företagskort	Tjänsteresenär	Ett företag, myndighet eller organisation kan ansöka om ett företagskort. Företaget efterdebiteras månadsvis genom faktura. Företagskortet används endast för köp av enkelbiljetter. Länen kan själva välja att rabattera kunderna vid fakturering.
Privatkort	Pendlare och Sällanresenär	En privatperson kan ansöka om ett privatkort. Resenären efterdebiteras månadsvis genom faktura. Det ska vara möjligt att koppla flera privatkort till samma faktura till ett maxtak på 5000 kr. Kunden får en lojalitetsrabatt på 10% . Gäller endast för köp av enkelbiljetter.

Den största avvikelsen i det föreslagna produktutbudet är att 6-resors kort tas bort. De resenärer som tidigare använt denna produkt föreslås reskassa istället, vilken ger motsvarande rabattsats och samtidigt en möjlighet att själv avgöra hur stor summa pengar man i förväg vill binda fast för sitt resande.

7 Ålderskategorier

Följande ålderskategorier och rabattering föreslås för Norrlandsresan. Arbetsgruppen föreslår att ålderskategorierna ska implementeras i respektive län. Rabattsatserna för dessa är upp till respektive myndighet att besluta om. Det viktiga för resenären är att denne känner igen sig i ålderskategorierna.

Rabattsatserna bygger på de generella inkomstnivåer som olika åldersgrupper förväntas ha.

Kategori	Prisreducering (Norrlandsresan)	Ålderskategorier
Skolungdom (6 år och yngre, max två barn per vuxen reser gratis)[1]	**50 %**	**0-19 år (0-6 år / 7-19 år)**
Ungdom	**25 %**	**20 – 25 år**
Vuxen	**0 %**	**26 år -**
Senior	**25 %**	**65 år –**

[1] Högst två barn under 7 år reser gratis med betalande ungdom, vuxen och/eller senior. Övriga barn samt ungdom betalar Skolungdomsbiljett. Ensamåkande barn under 7 år betalar Skolungdomsbiljett. Det blir allt vanligare att barn reser ensamma på längre sträckor. Tänk på att barn måste kunna klara sig själva under resan. Föraren har ingen möjlighet att vara "förälder".

8 Gemensamma Resevillkor, Resegarantier och Återbetalningsregler

Det är önskvärt att resenären i transportsystemet kan förvänta sig samma resevillkor, resegaranti och återbetalning oavsett om resan sker inom en kommun, ett län eller över länsgräns och om resan sker med buss, tåg eller båt. Transportsystemet ska vara ett sammanhållet system med samma förutsättningar.

För de fyra nordligaste länen har ett gemensamt förslag gällande resevillkor, resegaranti och regler för återbetalning tagits fram, se Bilaga 1, 2och 3. Dessa föreslås gälla såväl inom som mellan länen.

8.1 Gemensamma Resevillkor

I resevillkoren för buss preciseras följande kategorier. Bilaga 1.

- Bagage utan avgift
    - Barnvagn
    - Rullstol/Rullator
    - Skidor/Snowboard
    - Handbagage eller en resväska
- Cykel
- Dragpulka
- Ensamåkande barn
- Farligt gods[2]
- Ledarhund
- Permobil
- Sällskapsdjur
- Vapen
- Övrigt resgods

8.2 Gemensamma Resegarantier

Resegaranti för buss omfattar ersättning för resa på grund av försening i trafik, missad buss, fordonshaveri, etc. Bilaga 2.

8.3 Gemensamma Återbetalningsregler

Regler finns för återbetalning av en bussresa på grund av olika orsaker, se Bilaga 3.

[2] Farligt gods hanteras som bussgods.

9 Sammanfattning, förslag till Beslutspunkter och rekommendationer

9.1 Sammanfattning

9.1.1 Uppdraget Norrlandsresan

Uppdraget gällande Norrlandsresan var att föreslå gemensamt produktutbud och betalformer samt gemensamma resevillkor, resegarantier och återbetalningsregler.

9.1.2 Nulägesanalys

Genomförd nulägesanalys visar att det befintliga produktutbudet för Norrlandsresan skiljer sig åt i de fyra länen. I Norrbotten och Jämtland köper de flesta enkelbiljetter medan resenärerna i Västerbotten och Västernorrland främst köper periodkort.

För att resandet ska bli attraktivt är det viktigt att:

- Det finns gemensamma produkter som är länsöverskridande och som gäller i respektive län
- Det är möjligt att resa med ett kort i hela Norrland
- Det är möjligt att resa med ett kort i hela transportsystemet (buss, tåg, båt)
- Det är enkelt för resenären

Kollektivtrafikens potentiella kunder, dvs sällanresenären upplever enligt studier att kollektivtrafiken inte är prisvärd. Trenden i landet har varit att ge en ökad rabattering åt frekventa resenärer. Under åren har prishöjningar för rabatt-/periodkort varit betydligt lägre än för kontant- eller sällanköpsprodukter. Frekventa kunder som köper rabatt-/periodkort har alltid en hög rabattering på sina resor. För att attrahera sällanresenärer har därmed Reskassan föreslagits som ett betalmedel inom Norrlandsresan, likaså möjligheten att som privatperson ansöka om ett Privatkort och därmed betala för det faktiska resandet i efterhand. Reskassan kan ses som ett bättre alternativ för sällanresenären och en flexiblare produkt för de som tidigare använt sig av 6-resorskortet.

Det finns en tröghet i människors anpassning till förändrade prissystem, vilket kanske främst kan tänkas gälla sällanresenärer. Här krävs därför en massiv marknadsföring och en kampanj för att nå ut med budskapet om enkelt och prisvärt resande även för dem som inte dagspendlar över länsgräns. Om sällanresenären göra ytterligare en resa per år innebär det ett ökat resande. En annan effekt av att få sällanresenären att använda sig av ett busskort, är att kortet i sig förenklar resandet med kollektivtrafiken. Ett kort som förenklar betalningen och/eller ger en billigare resa kan innebära minskad barriär för att välja kollektivtrafik och förhoppningsvis väljer resenären kollektivtrafiken oftare än i dag.

9.1.3 Norrlandsresans produktutbud och betalformer

Vid analys av resandet på Norrlandsresan visar det sig att de två dominerande produkterna är Enkelbiljetter och Periodkort. Rabattkort är en försvinnande liten del, vilket kan beror på att rabattkort inte passar sällanresenärer. Därför är det av betydelse att skapa en mer flexibel produkt för sällanresenärer och ge en motsvarande rabatt om resenären betalar sin enkelresa med reskassa. Detta innebär att kunden inte binder sig till en viss sträcka utan resenären är fri att åka vilken sträcka som helst på Norrlandsresan.

Resenären som reser med Norrlandsresan ska kunna resa med biljettslagen; Enkelbiljett och Periodkort samt betala resan med Reskassa, Företagskort eller Privatkort.

9.1.4 Ålderskategorier

Alla länen hade en relativt homogen åldersindelning. Den största skillnaden låg i pensionärs-/ seniorrabatt, som inte alla länen tillämpar. Det finns även vissa skillnader gällande rabatter till studenter och ungdomar. Arbetsgruppen föreslår att personer 65 år och äldre ska vara berättigade till reducerat pris i kollektivtrafiken och att åldersindelningen ska vara lika i alla fyra länen.

Med anledning av de nya försäljningskanaler som länen vill erbjuda resenären (webbshop, sms-biljett, etc.) är det av vikt att det också finns fungerande system för biljettkontroller, eftersom det vid extern försäljning inte kan kräva ID-handling för köp av exempelvis ett periodkort för ungdom osv.

9.1.5 Gemensamma Resevillkor, Resegarantier och Återbetalning

Alla länen har tillsammans arbetet fram förslag till gemensamma resevillkor, resegarantier och återbetalningsregler. Detta underlättar för resenären och blir enhetligt, rättvist och enkelt att kommunicera. Det har tidigare tagits fram gemensamma regelverk mellan länen. Dock har länen gjort avsteg från regelverken varför det är av viktigt att återigen ta fram gemensamma dokument som alla länen kommer överens om att tillämpa.

9.2 Förslag till Beslutspunkter och rekommendationer

Arbetsgruppen rekommenderar att respektive län tar beslut (utifrån de förslag som presenteras i utredning) om följande:

-Vilka Produkter och Betalformer som ska gälla för Norrlandsresan

-Vilka Ålderskategorier som ska gälla för Norrlandsresan

-Vilka Rabattsatser i procent som ska gälla för Norrlandsresan

-Vilka Resevillkor som ska gälla för Norrlandsresan

-Vilka Resegarantier som ska gälla för Norrlandsresan

-Vilka Återbetalningsregler som ska gälla för Norrlandsresan

Arbetsgruppen rekommenderar att respektive län tar beslut om att införliva de gemensamma Ålderskategorierna, Resevillkoren, Resegarantierna och Återbetalningsreglerna i sitt län.

Arbetsgruppen rekommenderar att respektive län beräknar vad föreslagna rabattsatser (i procent) innebär för det egna länet.

Arbetsgruppen rekommenderar att länen tillsammans arbetar fram en gemensam vision utifrån:

- Möjlighet att resa på ett kort i hela transportsystemet oavsett transportslag
- Enkelt för resenären

Arbetsgruppen rekommenderar att länen bör definiera målgrupp i respektive trafikförsörjningsprogram. Gemensamt bör länen även påbörja arbetet med att ta fram en strategisk plan för länsöverskridande kollektivtrafik, vilken ska ingå i de regionala trafikförsörjningsprogrammen. En strategi för en gemensam pris- och produktflora mellan de fyra nordligaste länen ska underlätta arbetet för en ökad interoperabilitet och minimera gränser och hinder för resande i Norrland. Strategin ska arbetas in i de fyra nordligaste länens trafikförsörjningsprogram och fungera som bland annat underlag i kommande upphandlingar för trafik som korsar länsgränserna.

Bilagor

Bilaga 1

Resevillkor för buss; Länstrafiken i Norrbotten, Västerbotten, Västernorrland, Jämtland, 2014-10-24

Bilaga 2

Resegaranti för buss; Länstrafiken i Norrbotten, Västerbotten, Västernorrland, Jämtland, 2014-10-24

Bilaga 3

Återbetalningsregler för buss; Länstrafiken i Norrbotten, Västerbotten, Västernorrland, Jämtland, 2014-10-24

Resevillkor för buss

För Länstrafiken i Norrbotten, Västerbotten, Jämtland och Kollektivtrafikmyndigheten i Västernorrland 2014-11-05

Resevillkor

Bagage utan avgift

Ett handbagage eller en resväska, ett par skidor/snowboard i fodral, en barnvagn eller rullstol/rullator får tas med utan avgift av en resenär. Bagaget får tas med i bussens passagerarutrymme endast till den storlek, vikt och omfång som bussens bagagehyllor medger. I övrigt skall bagage/resgods förvaras i bussens bagageutrymme. Bussens mittgång ska av säkerhetsskäl hållas fri från bagage och annat gods.

Cykel

Cyklar medtas som resgods enbart vid resa med direktbuss från avgångsort till destination och i mån av utrymme. Det garanteras inte att cykeln kommer fram till destination på resor som innebär byte av buss. Priset för att ta med cykel är 50kr. När resan innefattar bussbyte eller det inte finns utrymme skall cykeln skickas som Bussgods. Taxering sker då som för 60 kg (skrymmande gods).

På dubbeldäckande expressbussar får cyklar inte tas med (Linje 100 Haparanda - Umeå).

Dragpulka

Dragpulka får inte tas med.

Ensamåkande barn

Ensamåkande barn under 7 år betalar barn/ungdomsbiljett. Barn måste kunna klara sig själva under hela resan.

Farligt gods

Farligt gods hanteras som bussgods.

Ledarhund

Ledarhund är tillåten på alla linjer och åker alltid gratis.

Permobil

Permobil tas med avgiftsfritt i mån av plats med följande maxmått: Totallängd: 1 200 mm + 50 mm, Totalbredd (mätt på bredaste ställe): 700 mm, Vikt: 300 kg (stol + resenär). Permobilen ska ha markerade fästpunkter. Alla modeller ryms inte i alla bussar.

Sällskapsdjur

Sällskapsdjur som färdas i bur eller korg under hela resan får av resenär tas med utan avgift.

För övriga sällskapsdjur betalas barnbiljett. För djur tillåts endast enkelbiljett. Sällskapsdjur skall färdas på golvet. Sällskapsdjur i korg eller bur får placeras på ledig sittplats, på skyddande underlag. Resenär har alltid företräde till sittplats. Buren eller korgen får ej placeras i bussen så att den blockerar mittgången. Resenär med pälsdjur skall gå ombord i bussen genom mittdörren, där sådan finns, så att pälsdjuret endast vistas i bakre eller övre delen av fordonet. På linje 100 söderut (Ybuss) samt linje 98/100 (komfortbussen) är det inte tillåtet att ta med sällskapsdjur.

Vapen

Vapen så som exempelvis gevär, pistoler, knivar eller andra föremål som kan uppfattas som vapen skall under färd vara emballerat och när så erfordras i enlighet med vapenlagens bestämmelser delat och förvaras i fordonets bagateller godsrum. Slutstycket skall förvaras av innehavaren och hållas åtskiljt från resten av vapnet.

Övrigt resgods

Övrigt normalt resgods får tas med i mån av plats och mot ordinarie godstaxa.

Resegaranti för buss

För Länstrafiken i Norrbotten, Västerbotten, Jämtland och Kollektivtrafikmyndigheten i Västernorrland 2014-11-05

Resegaranti

Vi ansvarar för att lösa problem som uppstår på grund av störningar i trafiken och garanterar att du kommer fram till slutmålet.

Vi tar vårt ansvar vid bland annat följande händelser

Missad buss
Har vi gett dig felaktig information eller har bussen avgått för tidigt, då hjälper vi dig att komma till slutmålet.

Missad anslutning
Om du missar av oss lovad anslutning med byte till annan buss på grund av försenad tur.

Försening
Kommer du fram mer än 20 minuter för sent har du rätt till ersättning motsvarande resans värde. Vi ersätter inte förlorad arbetsinkomst eller andra kostnader som kan ha uppstått på grund av förseningen.

Fordonshaveri
Vi erbjuder ersättningsfordon så snart det är praktiskt möjligt.

Missad tillgänglighetsanpassning
Utförs trafiken med annat fordon än vi utlovat, är det vårt ansvar att, så snart det är möjligt, se till att du kan genomföra din resa på annat sätt.

OBS!
Vid försenad eller inställd tur ska du alltid **samråda med vår kundtjänst för alternativ resmöjlighet**. Telefonnummer 0771-100 110.

Situationer där resegarantin inte gäller:
- När det uppstår situationer som vi inte råder över. Till exempel:
  - Extrema väderförhållanden såsom snöstorm eller blixthalka
  - Olycka eller brand
  - Större avspärrningar
  - Strejk eller lockout
- När du inte accepterar det resvägsförslag eller transportörlösning som vår kundtjänst/trafikledning beslutar om
- När vi kan konstatera att oriktiga uppgifter lämnats i ansökan eller om resegarantin i övrigt missbrukats
- Planerade förändringar i trafiken som vi i god tid, minst fyra arbetsdagar, informerat om på hemsidan

Så åberopar du resegarantin
Om du anser att vi inte levt upp till våra åtaganden och du vill åberopa resegarantin fyller du i vår resegarantiblankett. Blanketten hittar du under fliken Resegaranti, eller Klicka här för att komma till blanketten. Bifoga även original på kvitton eller biljetter som kan mejla till oss. Du kan också skicka biljetten per post.

När du vill ansöka om ersättning enligt resegarantin måste din anmälan vara oss tillhanda senast 3 månader[3] efter den inträffade händelsen.

Ärenden där vi begärt att få in kompletterande uppgifter via brev eller mejl för att kunna slutföra ärendet avskrivs efter 2 månader om ingen ny information inkommit.

[3] EUROPAPARLAMENTETS OCH RÅDETS FÖRORDNING (EU) nr 181/2011 av den 16 februari 2011 om passagerares rättigheter vid busstransport och om ändring av förordning (EG) nr 2006/2004

Återbetalningsregler för buss -

För Länstrafiken i Norrbotten, Västerbotten, Jämtland och Kollektivtrafikmyndigheten i Västernorrland 2014-12-22

Återbetalningsregler

Vid återbetalning erhålls värdet på kvarvarande resor minus en expeditions avgift på 10 % eller minst 50 kr. Det betyder att vid återbetalning av värde under 500 kr, blir det alltid 50 kr i expeditions avgift.

Påbörjade periodkort återbetalas ej, undantag vid sjukdom då viss återbetalning kan ske mot uppvisande av läkarintyg.

För att göra om värdet på busskortet till ex. en annan sträcka tas ingen expeditionsavgift ut. Busskortets kvarvarande värde blir då tillgodo vid ett nytt köp, detta kan endast ske samtidigt som en försäljning.

Resorna har 12 månaders giltighetstid, första resan måste ske inom 6 månader från köptillfället. Om inte kortet använts inom 6 månader förfaller resorna.

Vid förfallna resor finns två alternativ:

-Värdet av de förfallna resorna återbetalas, med då 10 % eller minimum 50 kr i expeditions avgift. Kvitto krävs.

-Värdet av resorna.

2014-10-14
Fastställt i landstingsfullmäktige 2014-11-25 § 226
LS/927/2014

Reglemente för kulturpris och stipendier

§ 1 Syfte

Region Jämtland Härjedalens kulturpris till Peterson-Bergers minne och Region Jämtland Härjedalens kulturstipendium till Peterson-Bergers minne är avsedda att stödja och uppmuntra förtjänstfull verksamhet inom skilda konstnärliga områden så som litteratur, musik, konst, slöjd, teater, film, dans och andra jämförbara områden. Priset och stipendierna utdelas till personer eller grupper som är folkbokförda i Jämtlands län eller genom sin konstnärliga verksamhet eller personliga bakgrund har nära anknytning till länet.

§ 2 Kulturpris

Kulturpriset skall ses som ett erkännande och stimulera till fortsatt skapande och utvecklande konstnärligt arbete. Kulturpristagaren skall vara en professionell utövare eller aktör som haft stor betydelse för länets kulturliv, ha medverkat i att utveckla länets konst- och kulturliv och i sin gärning visat prov på högtstående konstnärskap. Det står var och en fritt att föreslå lämplig mottagare av kulturpriset. Även en organisation eller sammanslutning kan lämna förslag. Det går inte att ansöka om kulturpriset för egen del.

§ 3 Kulturstipendium

Kulturstipendiet skall ses som ett stöd och uppmuntran i konstnärlig utveckling och framtida verksamhet. Stipendiesumman kan årligen delas mellan fler stipendiater, max fem. Kulturstipendiet ansöks för egen del och är avsett för förkovran, stimulans eller utbildning. Stipendiater får vara max 30 år. Till stipendieansökan skall bifogas motivering, arbetsprover och styrkta kopior av de handlingar och intyg som den sökande vill åberopa.

§ 4 Samiskt stipendium

Det Samiska stipendiet skall tilldelas från länet bördig eller i länet verksam person som medverkat till att bevara och föra vidare det sydsamiska kulturarvet.

§ 5 Ansökan och nominering

Kulturpriset och stipendierna skall utlysas genom annons i dagstidningarna, på hemsida eller på annat lämpligt sätt under februari månad, minst en månad före ansökningstidens utgång. Sista datum för ansökan eller nominering tillkännages vid utlysningen.

§ 6 Beslut om kulturpris och kulturstipendier

- Regionala utvecklingsnämnden föreslår mottagare om kulturpris och kulturstipendier.
- Regionfullmäktige beslutar om kulturpris och kulturstipendier.

Kulturpriset 2015

Namn	Område	Motivering	Nominering
Kurt Skoog	Film	Kurt Skoog har under en lång tid arbetet med natur och dokumentärfilmer som ofta visas på SVT, samt via filmfestivaler. Filmerna har fått stor spridning och vunnit ett flertal stora priser i världen. Kurt har även arbetat med personporträtt och dansfilmer där han med stort allvar och djup under långa projektperioder kommit nära en intressant belysande kärna. Poesi och vetenskap blandas på ett spännande sätt som är värt att uppmärksammas med ett stipendium. Kurt Skoog har under lång tid varit en stor inspirationskälla för många kulturarbetare inom främst film, musik och konst. Ingrid Höglund nominerar härmed Kurt Skoog till Kulturpriset Peterson-Bergers minne.	Ann Höglund
Mats Hurtig	Övrigt	De flesta känner säkert till att Mats Hurtig under mer än 30 år roat människor från revy- och sommarfars-scener runt om i länet och har skapat karaktärer som till exempel "Hårdingen" och "Botvid", som är älskade och återkommande. I dessa sammanhang, och dessutom i sitt mångåriga arbete som programledare i Radio Jämtland, har Mats värnat om det jämtländska språkets existensberättigande och självklarhet i tal och musik. Många känner nog också till att Mats dessutom är en kunnig "revypappa", eller som han säkert skulle benämnas i mer teoretiska sammanhang: "kulturföretagare och dito entreprenör", som genom åren uppmuntrat och tagit tillvara kompetensen och talangerna inom den lokala kulturvärlden, vågat satsa på stora projekt utanför staden och uppmuntrat hela bygder att vara delaktiga i arbetet, vilket genererar inkomster till inte minst föreningslivet, som t ex idrottsföreningar och hembygdsföreningar, och dessutom torde generera andra typer av mer svårmätbara värden som bygdegemenskap, möten och glädje - något som inte heller skall underskattas! Att de projekt som Mats själv i sin roll som kulturföretagare driver skapar arbetstillfällen för kulturarbetare i länet och ett mervärde för länsinvånare torde vara självklart. Men vad kanske inte så många utanför kulturkretsarna vet är att Mats under väldigt många år varit en solid och oförtruten stöttepelare som arrangör av kulturevenemang, först helt privat, därefter i Krokoms kommun där han arbetar som kultursekreterare. Som spindeln i nätet torde Mats ha arrangerat och samordnat tiotusentals kulturevenemang i Krokoms kommun under åren. Han stöttar, hjälper och uppmuntrar på ett föredömligt sätt de många lokala arrangörer han har i sitt nätverk, är mån om att hela kommunen skall få ta del av kulturevenemang, och uppmuntrar också återväxten i kulturlivet genom att ofta låta unga talanger möta publiken från samma scen som de mer etablerade. Genom sitt engagemang, mod att satsa och öppenhet för kulturens olika yttringar har han genom alla år dessutom varit en enorm tillgång för kulturarbetare i länet. Jag kan med fog säga att utan Mats hade kulturlivet i Jämtland varit betydligt fattigare, och hade så varit under lång tid! Därför nominerar jag honom till regionens kulturpris.	Kicki Korths-Aspegren

Johan Andersson	Musik	Johan har verkligen gjort sig förtjänt av detta pris, då han i många år förgyllt sång- och musiklivet för oss andra, dessutom har han komponerat flera cd och gett oss uppmuntran att fortsätta skriva våra texter och göra det vi helst av allt vill göra, skriva!!! han spelat dragspel i många år, sen han fick sitt dragspel som liten grabb. Han varit aktiv med att från Kälarne med omnejd handplocka sångerskor och sångare samt musiker till sina kompositioner, som gjort att cd-skivorna blivit extra värdefulla, med delvis material från trakterna kring Johan älskade Kälarnebygd. Med inlevelse har han tagit sig an detta grannlaga arbete, och cittra och andra instrument fått förgylla sångerna. Johan är nu fyllda 90 år med råge, men samma glöd för sitt hantverk och var dag spelande en stund av sin digra samling egna utgivna verk. han har varit en inspiratör för många yngre människor, då han peppat dem att skriva och inte ge upp.	Berit Bergwall
Mia Svartholm	Slöjd och konst-hantverk	Mia är en riktig eldsjäl när det kommer till den uråldriga textila konstformen Nålbindning. Hon har jobbat under många år för att flera ska få kunskap om nålbindning, och hon har lyckats öka vetskapen om och lusten till hantverket i Jämtland. Vi på Föreningen Tingshuset lärde känna denna intensiva och varma människa under förra året då hon planerade och genomförde en Nålbindningsfestival i våra lokaler. Festivalen rymde både historiska föreläsningar, workshops, musik och marknad. Den besöktes av folk från hela länet. Men även av nyfikna från övriga Sverige, samt Japan och Danmark. Mias idoga arbete resulterade i uppkomsten av en årlig nordisk festival. I sommar åker hon till Danmark och representerar regionen på den andra årliga Nålbindningsfestivalen. Man kan följa hennes nålbinderi via bloggen: http://needlebinding.blogspot.se/ I Mias intresse ingår alla delar av Nålbindningen, från får till färdigt plagg. Därför planerar hon nu för en happening inom ullspinneri. Mia Svartholm har förmågan att göra urgamla traditioner hippa. Hon blåser liv i gamla utdöende hantverksgrenar och bevarar därigenom ett riktigt kulturarv. Vi tycker att denna unga, energiska och genuina människa ska belönas för det hon gör. Därför vill vi nominera henne till kulturpriset.	Föreningen Tingshuset, Östersund

RUN/689/2015, RS/673/2015

Förslag till motivering
Region Jämtland Härjedalens Kulturpris till Peterson-Bergers minne 2015

Regionens kulturpris tilldelas filmaren Kurt Skoog för hans konstnärliga gärning och engagemang för filmens utveckling i Jämtland Härjedalen.

Med en blick för det personliga har Kurt producerat filmer för en världspublik. Hängiven filmkonsten, alltid ett vackert foto med ett nära förhållande till motivet, alltid ett genuint berättande som berör och med en talang att fånga det för oss inte alltid synliga.

Kurts produktioner spänner över dokumentärer, informationsfilmer och naturfilmer, alltid med ett filmspråk och ett berättande som ger avtryck. Många filmer har dessutom visats på Sveriges Television och varit prisbelönta på internationella filmfestivaler. Kurt Skoog har dessutom varit och är fortfarande en stor inspirationskälla för många kulturskapare.

Kulturstipendier 2015

Namn	Område	Motivering
Sofia Nilsson, 26	**Musik**	Jag heter Sofia och är en klassisk pianist som sedan 2012 studerar för att ta en Bachelor i Utövande musik vid musikhögskolan i Trondheim. För närvarande bor jag i Tjeckien där jag genom ett utbyte tar mitt tredje år vid Academy of Performing Arts i Prag. Mina studier är inriktade på både solistiskt och kammarmusikaliskt spel men det är i kammarmusiken och mötet med andra instrument jag vill rikta min framtid. Jag är född och uppvuxen i Östersund och gick det estetiska programmet på Palmcrantz för Maria Sjöstedt-Björs vilket gav mig en bra grund för att sedan kunna fortsätta mina studier på Lunnevad och Vadstena folkhögskola. Ingången till mitt musicerande gick dock genom Sven-Erik Johansson (kantor i Odenslundskyrkan) som under nio år la grunden för mitt intresse och ständigt fick musik att vara roligt. Detta har alltid varit min drivkraft och är det som fått mig att fortsätta sikta på detta något osäkra karriärsval. Mina mål för sista året av min utbildning (examen beräknas 2016) är att hålla min utvecklingskurva som under de senaste åren gått stadigt uppåt, samt att så smått börja livet som frilansande musiker. Jag har tre projekt planerade för nästa år och det är för att genomföra dessa jag söker stipendiet. Det första är att under hösten hålla konserter med min pianokvartett bestående av Emma Nyman, violin, Mika Svensson, viola och Ruben Friedman, cello i Stockholm, Göteborg och Östersund. Vi studerar alla i Prag och vår repertoar är till största delen senromantisk med verk av bl.a. Brahms och Stenhammar. Näst på tur står två konsertserier med sångare, den ena tillsammans med Therése Thylin, mezzosopran som kommer ha inriktning på kvinnliga kompositörer och den andra med romansrepertoar tillsammans med Nils Gustén, bas. Båda teman är relativt ovanliga och skulle därför vara väldigt kul och viktiga att lyfta fram. Rep och konserter kommer innebära mycket resor och tid. Detta kommer för mig att märkas ekonomiskt eftersom det är den tid som jag i vanliga fall arbetar extra på i ett café i Trondheim. Konserterna kommer till största delen vara betalda, men jag vill förtydliga att ett gage för flertalet klassiska musiker som är under studier/nyutexaminerade extremt sällan är representativt för den tid och förberedelse som lagts ned. Jag ser det som väldigt viktigt för mig att göra dessa projekt eftersom det, utöver att vara väldigt roligt och utvecklande, lägger en bra grund av kontakter och erfarenhet inför framtiden. Jag vill också tro att dessa konserter kommer att gynna och bredda Jämtlands kulturliv då jag hoppas att få spelningar i trakten. Klassisk musik av unga musiker på den här nivån är enligt min erfarenhet inte så vanligt förekommande i vårt län, och jag tror att det kan vara inspirerande för så väl unga aspirerande musiker som äldre att se och höra oss.
Ylva Gruen, 28	**Musik**	Jag heter Ylva Gruen och kommer ursprungligen från Ås. Jag började min musikaliska bana i olika barnkörer och senare i Krokoms kulturskola där jag började spela klarinett som 11-åring. Jag gick ett specialutformat program inom musik/natur på Palmcrantzskolan och hade lektioner i både klarinett och sång. Efter gymnasiet började jag på Lunnevads folkhögskola och därefter på Mälardalens högskola där jag tog en kammarmusikerexamen med klarinett som huvudinstrument men jag hade också sång som biinstrument. Jag bestämde mig att satsa på sången och började därför på musikhögskolan i Piteå. Där tog jag en kandidatexamen i klassisk musik. Under tiden i Piteå hade jag förmånen att få göra praktik i Piteå Kammaropera. Vi gjorde även flera sceniska projekt under studietiden, bland annat en opera i samarbete med Teaterhögskolan i Luleå. Detta gjorde mig ännu mer intresserad och fokuserad på opera som genre och jag valde att fortsätta studera vid Stockhom Operastudio på Kulturama. Här studerar jag sång för

		hovsångerskan Hillevi Martinpelto och får massor av scenisk undervisning. Mitt andra och sista år kommer att avslutas i vår med en uppsättning av delar ur Janacecks "Den listiga lilla räven" där jag kommer att sjunga Rävhannens parti. I sommar medverkar jag i kören på Dalhalla opera där bland annat Nina Stemme är med som solist. I höst kommer jag antagligen göra antagningsprov till Mozarteum i Salzburg och till Sibeliusakademin i Helsingfors. I ett längre perspektiv ser jag mig själv verksam som operasångerska, i Sverige och utomlands. Jag har alltid sjungit sopranrepertoar men strax efter jul började jag och mina lärare diskutera om jag egentligen borde sjunga som mezzosopran. Nu har vi tagit beslutet att satsa på att byta repertoar och röstfack. Det är en process som förmodligen kommer att ta lite tid eftersom det är ett annorlunda sätt att använda rösten än vad jag är van. Jag söker stipendiet för att kunna ta fler lektioner med skickliga lärare och komma ett steg till mot ett liv som professionell operasångerska.
Frej Wedlund, 24	**Musik**	Jag är född och uppväxt i Östersund. Jag siktar på att bli yrkesverksam tonsättare och studerar vid Kungl. Musikhögskolan (KMH) i Stockholm, där jag går mitt andra år vid kandidatprogrammet i komposition, inriktning västerländsk konstmusik. Som stöd i min fortsatta musikaliska utveckling vill jag ansöka om ert kulturstipendium. Att skriva musik har länge varit min dröm och passion. Redan i slutet av högstadiet började jag skriva musik i olika former och min musikaliska bakgrund sträcker sig långt tillbaka med pianolektioner vid ung ålder. I slutet av gymnasiet insåg jag att komposition var det jag ville ägna mitt liv åt och har därefter haft detta som mål. Vid KMH har jag hittills bland annat haft ynnesten att skriva för Norrköpings Symfoniorkester redan mitt första år. Den gångna sommaren blev deltog jag i Operaakademin 2014 vid Örebro musikhögskola och Opera på Skäret. Arbetet med text var mycket utvecklande och gav mig nya insikter kring komponerandet. För tillfället skriver jag stycken för Stockholms Blåsarsymfoniker och Norrbotten NEO. Till sommaren kommer jag komponera min första beställning - ett kammarmusikaliskt verk till Lövstabruks Kammarmusikfestival. Mitt verk höstdikt.2 för piano och liveelektronik blev nyligen utvalt till Future Legends, en evenemangsserie arrangerad av Musik i Syd, och jag åkte själv till Malmö i februari och framförde verket på konserthuset Palladium. 2013 mottog jag andrapris i Susanville Symphony Composition Competition, kategorin tonsättare under 25 år, för mitt orkesterstycke Tenebrous Enigma. Stycket fick vitsord såsom “beautiful orchestration, [...] seemingly slow setting with tension, [...] originality.” I mitt skapande vill jag, framförallt, påverka och skapa starka upplevelser. Sådana som får lyssnaren att, för en stund, helt lämna denna värld bakom sig - inte på ett spirituellt sätt, utan ett känslomässigt. Jag strävar efter att blottlägga både det tragiska, men också det vackra, med det mänskliga tillståndet. Något jag det senaste halvåret ofta återkommit till i mitt skrivande är utsatthet, intimitet och litenhet. Under sommaren avser jag delta i flera sommarkurser. Dels en mästarklass i komposition vid Båstad Kammarmusiksfestival i slutet av juni, dels Encore Music Summer School i Wells, Storbrittanien eller Ticino Musica i Lugano, Schweiz i slutet av juli. I allt detta vore ett stipendium ytterst behjälpligt. Kurserna utgör en välbehövlig chans att vidareutveckla på mitt komponerande för kammarmusikaliska besättningar. I framtiden siktar jag på att ta masterexamen i komposition utomlands, främst vid Royal Academy of Music, Guildhall School of Music, Hochschule für Musik, Berlin, Universität der Künst, Berlin, eller Den Kongelige Musikkonservatorium.

Elin Nilsson, 28	**Musik**	Mitt namn är Elin Nilsson, jag är violinist och är född och uppvuxen i Rossbol. Efter studier på Palmcrantzskolans estetiska program med musikinriktning, samt ett år vid musiklinjen på Birka folkhögskola blev jag 2008 antagen till musikerprogrammet vid Kungl. Musikhögskolan i Stockholm. Under kandidatutbildningen i klassisk violin gavs jag möjlighet att prova spela barockviolin, och i och med detta började min kärlek till den tidiga musiken på allvar att spira! Detta ledde till att jag valde att studera en grundutbildning också på barockviolin vid samma skola, vilken jag slutförde jag vårterminen 2013. Mina två år av barockviolinstudier vid Kungl. Musikhögskolan gav en bra introduktion till instrumentet och stilen men för att kunna uttrycka mig på det sätt jag vill behöver jag mer studietid. Efter ett år av arbete som frilansande violinist ansökte jag därför till The Royal Conservatoire i Haag som har en av de största och äldsta utbildningarna inom tidig musik. Jag antogs som elev och påbörjade studierna i september 2014. Min plan och förhoppning är att studera minst två år i Haag. Institutionens storlek, resurser och internationella profil ger helt andra möjligheter till kvalificerad utbildning än vad fortsatta studier i Sverige skulle ha inneburit, samt också möjligheter att utvidga mitt kontaktnät på ett sätt som är värdefullt för kommande yrkesliv. Att studera utomlands innebär dock samtidigt större utgifter, och för att möjliggöra mina studier söker jag detta stipendium. Det är också viktigt för mig att fortsätta utvecklas med mina ensembler i Sverige, såsom Brustna Hjärtan Barock och folk/barock-duon Bridget Marsten & Elin Nilsson. Länk till hemsida för min ensemble Brustna Hjärtan Barock med film-och ljudklipp http://www.brustnahjartan.se/media
Helen Pettersson, 28	**Dans**	Jag är född och uppvuxen i Östersund där jag dansat sedan jag var fyra år gammal. Dans har sedan dess varit en stor del av mitt liv och jag älskar att både få utöva och lära ut. Dansen har tagit mig inte bara till Stockholm men även till Los Angeles, USA. Där studerade jag dans under ett år, vilket var en dröm jag haft under lång tid. Väl tillbaka i Stockholm sökte jag och kom in på Dans och Cirkushögskolans danspedagogprogram. För mig är denna utbildning perfekt då jag kan kombinera min passion för dans med att undervisa och skapa. Jag ser fram emot att komma ut i arbetslivet och att få sprida dansen vidare, tillika att få vara med att utveckla den. Jag älskar framförallt att arbeta med barn och ungdomar och drivs av att se glädjen i deras ögon när de dansar. Jag vill dela med mig av allt dansen har gett mig till så många jag bara kan. Detta framförallt i mina hemtrakter i Jämtland samt i min nuvarande hemstad Stockholm. Jag har sökt detta stipendium för att få ekonomiskt stöd nu när jag står inför en avgörande tid i mitt liv. Då jag går från att ha varit student i 4 år till att frilansa som danspedagog, dansare och koreograf. Så detta stipendium skulle ge mig en chans till ett bra avslut på min utbildning samt en bra start in i min kommande yrkesroll. Detta stipendium skulle även hjälpa mig komma igång att jobba mer med mitt nystartade danskompani, Quid Chorus danskompani. Detta är ett danskompani som skapar dansföreställningar och workshops för barn och ungdomar. Jag startade detta kompani förra året och har bl.a. gjort föreställningen "Var god dansa!" som visades runt om Jämtlands län under våren 2014. Detta var ett samarbete mellan min skola och Estrad Norr. Stipendiet skulle göra det möjligt för mig att lägga ned mer tid på att koreografera och jobba med processen att skapa fler föreställningar.

Ylva Ek, 18	**Musik**	Jag heter Ylva Ek och kommer från Östersund. Nu studerar jag klassisk sång på Musikkonservatoriet i Falun, en riksrekryterande estetisk spetsutbildning med inträdesprov. Jag har sjungit så länge jag kan minnas och har alltid älskat det men det var när jag var 10 år och trädde in på Östersunds kulturskolas körrepetitioner som det tog fart på allvar. Då träffade jag min älskade sångpedagog Lena Kästel som hjälpte mig att utveckla min röst och få upp ögonen för att sång skulle bli min karriärväg. Redan veckan efter började jag ta sånglektioner för Lena och insåg snabbt att det jag tyckte mest om var musik ur den klassiska repertoaren. Utan Östersunds fantastiska kulturskola, med otroliga pedagoger och eldsjälar, hade jag aldrig varit där jag är idag! Nu undervisar den f.d. opera- och hovssångerskan Anita Soldh mig. Mitt röstfack är sopran och mitt mål är att utbilda mig till och försörja mig som professionell operasångerska. Min motivering till att söka detta stipendium är att jag redan vid årsskiftet kommer söka till olika musikhögskolor för att vidareutbilda mig inom klassisk sång. Jag planerar att söka i Sverige, Danmark och Tyskland. Resorna kommer såklart att kosta en del. Dessa stipendiepengar skulle därför kunna användas till ett väldigt bra och konstruktivt syfte, min framtida utbildning. Det gläder mig väldigt mycket att detta stipendium är till Peterson-Bergers minne, då jag verkligen uppskattar hans musik. Jag har sjungit en del repertoar av honom, bl.a hans “Fyra visor i folkton” under nationaldagsfirandet i Alsen för några år sedan. Hoppas detta ger en tydlig bild av vem jag är, mina visioner och vad jag har för motivering till att vilja ha detta stipendium, till vilket bra syfte!
Anna Melin, 24	**Film och rörlig bild**	Jag heter Anna Melin och är verksam filmskapare inom Jämtlands län. Under de senaste åren har jag utbildat mig, arbetat och startat en näringsverksamhet i filmbranschen. Många påstår att för att bli en framgångsrik filmare bör man verka i Stockholm, Göteborg eller Malmö. Jag vill visa att det är möjligt att leva och verka inom film i Jämtland och därför söker jag stipendiet. Jag kommer att använda stipendiet till att stimulera mitt eget skapande och för att utveckla min verksamhet genom att köpa in ny utrustning.
Mia Svartholm, 30	**Slöjd och konst-hantverk, kulturarv**	Jag heter Mia Svartholm, född och uppvuxen på Frösön och bor i Brevåg/Lit, utanför Östersund. I Jämtland är mitt hjärta ständigt bultande och närvarande, det är här jag vill sätta ett landmärke/världsmärke med mitt brinnande intresse och hantverk; nålbindning. För 10 år sedan fick jag lära mig nålbindning på Bäckedals folkhögskola. Under de fyra senaste åren har jag jobbat med att undervisa i nålbindning här i regionen. För några år sedan fick jag möjligheten att vara med hemslöjdskonsulterna och analysera nålbundna föremål på Länskulturen och på Havremagasinet. Under dessa stunder då jag fick analysera och förkovra mig, fick jag se en glimt och några pusselbitar av alla föremål som finns kvar att upptäcka. En stor önskan är att få ta del av stipendiet för att få möjligheten att förkovra mig i nålbundna föremål på Havremagasinet och från regionen. Förra året ägde Sveriges (troligtvis även världens) första Nålbindningsfestival rum. Grunden till den kom till när jag satt på bussen. Tanken sammanfogades med viljan och jag kände att Jämtland skulle sättas på världskartan med nålbindningsfestival. Visionen blev stor, jag drog en stor del av lasset med många tidiga morgnar till sena kvällar med att organisera och möten hit och dit. Det fanns ett mål och det var att genomföra evenemanget. Resultatet blev en lyckad tillställning med många som kom från när och fjärran. De var nyfikna och ville lära sig/ fördjupa sig i nålbindningen och allt runt omkring. Nu i år har festivalen vandrat till Danmark och min önskan är att en del av stipendiet går till att finansiera mitt deltagande, då det är möjligt att få utbildning inom nålbindning samt stimulera inspirationen och träffa andra nålbindare!

Jonna Hylén, 27	**Musik**	Jag är Jonna Hylén, kulturentreprenör, låtskrivare och musiker. Jag är verksam i olika musikaliska konstellationer, bl.a. det egna projektet Jonna och Klustret. Jag är även projektledare för Mylthsylth i Parken, en minifestival i Östersund som startats delvis för att unga band och artister i Jämtland behöver fler arenor att spela på och på så vis bidra till ett levande kulturliv i länet, men också för att inspirera andra unga till att arrangera gränsöverskridande evenemang. Min musikaliska bana startade i Gällös kulturskola där jag tog lektioner i såväl sång som trummor, gitarr och piano. Resan fortsatte via Palmcrantz musiklinje vidare till Stockholm för att försöka slå oss fram med rockbandet Podge. Efter två år förstod jag att den stora staden inte passade mig och ville vidareutveckla mitt musikaliska kunnande. Jag sökte och kom in på Åsa Folkhögskola i Sköldinge och studerade där piano och sång inom afro/jazz-traditionen under ett år. 2012 flyttade jag till Uppsala för att börja studera programmet Kulturentreprenörskap vid Uppsala Universitet, hhuvudämne Etnologi kompletterat med kurser i genusvetenskap, sociologi/ socialpsykologi, entreprenörskap och kulturekonomi och politik. Jag tar ut min kandidatexamen HT15. Sedan jag flyttade från Jämtland har jag varje sommar bott och varit verksam i länet. Mitt mål är att flytta tillbaka hem när studierna är avslutade. Musiken jag gör rör sig i gränslandet mellan folk, jazz, visa och alternativ pop, men jag försöker utvidga genrebegreppet då det känns konstlat att kategorisera något så fritt och levande som musik. Jag skriver texter på svenska med insikten att personliga texter har förmågan att beröra även andras tankar och känslor. Stipendiet skulle innebära att jag kan satsa på att göra välgjorda arrangemang till mina låtar och tillsammans med Klustret satsa på en riktigt bra produktion och inspelning av materialet med ambitionen att nå en bredare publik både i länet och i övriga Sverige.
Thomas Melin, 28	**Teater, Musik, Film och rörlig bild, Litteratur**	Det här året började med att jag och min sambo flyttade från Sundsvall till Östersund till nya jobb och studier. Här i Jämtland har jag stött på en kreativitet och välkomnande öppenhet som verkligen sparkat igång min skaparglädje. Jag heter Thomas Melin och studerar litteraturvetenskap. Frilansar även med inspirationsföreläsningar inom låtskrivande och filmpedagogik. Så fort jag har tid arbetar jag dessutom med att färdigställa noveller, dikter och teatermanus. I framtiden vill jag uttrycka och inspirera till kulturella gärningar i Jämtland med omnejd med hjälp av mina texter. Med mina noveller vill jag placera nordiska folksägner i modern och sudda ut gränsen mellan mystik och vardag. I mina dikter och pjäser vill jag undersöka mänskliga brister, laster och rädslor. Det som jag främst söker stipendium för är för att färdigställa och sätta upp mina teatermanus. Jag skriver med målet att sätta upp fyra små pjäser som ett enda drama med komiska inslag i fyra akter. Ett stipendium skulle innebära att jag kan avsätta mer tid för skrivandet, inhämta inspiration från andra aktörer, förkovra mig i dramatik samt ge mig uppmuntran att ta nästa steg mot författarskapet och drömmen om att kunna inspirera, underhålla och arbeta med andra kulturvänner. ”Nyårsnattens Själ” handlar om Lukas som i en dialog med sin egen själ försöker hitta sin framåtanda och funderar över hur han ska förhålla sig till sin karriärklättrande bättre hälft. ”Olevda Dagar” handlar om ansvarsångest och försöker sätta sig in i huvudet på en man som lämnar sin familj. Utkasten till dessa två manus blev utvalda bidrag till region nordväst i Riksteaterns NY TEXT 2012 och 2013. De jag jobbar på just nu: "Vilken rolig lekpark" handlar om hur Moder Natur som en sträng men förstående moder läxar upp Gud som barn. "Välkommen till världen™" handlar om en vuxen man som helt plötsligt börjar existera och måste försöka förstå sig på världen. Men figurer som han ser upp till och tyr sig till är inte dem de utger sig för att vara.

Anna Olsson Molin, 22	**Slöjd och konst-hantverk**	Jag heter Anna och bor i Östersund, Jämtland. Hantverk och textil har varit mitt intresse så länge jag kan minnas. Under min gymnasieutbildning, hantverkslinjen inriktning mode och design utvecklade jag en större kunskap inom textil och lärde mig att från idé till färdig produkt skapa egna kreationer. Under utbildningen utförde jag praktik hos mönsterkonstruktörerna på J.Lindeberg i Stockholm. Där fick jag bland annat hjälpa till med att skapa mönster och vara med under provningar. 2011 arbetade jag som textilansvarig på Konst för tjejer i Östersund. Konst för tjejer var ett projekt som främjar att tjejer mellan 12-25 år får utöva konst kostnadsfritt en gång i veckan. Där ansvarade jag bl.a. för planering och genomförande av en workshop i screentryck. Jag går sedan 1/2-2015 som lärling på Frösö Handtryck i Östersund via Lernia. Min främsta prioritet med utbildningen är att lära mig handtryck från idé till färdig produkt. Jag är studiemedelsberättigad och jag jobbar även extra på helger i fabriksbutiken på Frösö handtryck och inom äldreomsorgen. Som en del i utbildningen vill jag konstruera och formgiva ett eget mönster, överföra det på ramar och handtrycka på textil. Utav det framtagna tyget vill jag skapa egna kreationer och konst för att sedan ha en utställning. För att fortsätta utvecklas inom formgivning, tryckeri och sömnad söker jag även pengar till fortsatta studier, eventuella kostnader för privatlektioner/vägledning inom formgivning, andra projekt samt material.
Mikaela Pålsson, 26	**Teater, Musik, Film och rörlig bild, Litteratur**	Jag heter Mikaela Pålsson och kommer från Brunflo. Jag hann även som tonåring bo både på Frösön och i Torvalla innan jag flyttade ifrån staden 2005. Min jämtländska identitet ligger mig varmt om hjärtat och Östersund har idag blivit den plats där jag vilar upp mig och alstrar inspiration för att orka med en hektisk vardag i Stockholm. Min skådespelarkarriär hade sin start redan i Brunflo, det var nämligen på Storvikenskolan med en teaterentusiastisk klassföreståndare jag upptäckte min kärlek för scenen. Jag gick därefter åtta år på Kulturskolan i Östersund, följt av det treåriga teaterprogrammet på Primrose Friskola. Jag har sedan läst skådespeleri på New York Film Academy i USA och musikal på Mälardalens högskola. Idag frilansar jag som skådespelerska, sångerska och voice over-artist inom både film/TV och scen. Jag har haft glädjen att jobba en del på hemmaplan samt med anknytning till mina rötter. Det är ofta min jämtländska dialekt är efterfrågad, och förra året läste jag in rösten till filmen Mer Östersund för Östersunds kommun. En annan stor ära har varit att de senaste två somrarna få spela rollen som Vaino i Arnljotspelen. Jag är ödmjukt tacksam för den överväldigande respons som min rolltolkning har genererat, och när jag blev tillfrågad att komma tillbaka och axla rollen för ett tredje år nu i sommar var det ingen tvekan om att tacka ja. Jag skriver låttexter, poesi och manus för både film och teater, t.ex. Frihetsflykten som sattes upp på Tingshuset i Östersund sommaren 2009. Ett av de sista avtrycken jag lämnade i min hemstad innan min flytt var utgivningen av poesisamlingen En livets teater. Boken gavs ut i egen regi och väckte uppmärksamhet i den lokala pressen och TV4 Mitt. Jag söker kulturstipendium i två syften: 1. Som stöd för mitt uppehälle under årets produktion av Arnljot. 2. Som 10-årsjubileum vill jag ge ut En livets teater som nyutgåva, samt en uppföljare som länge väntat på rätt tillfälle att få publicera. Stipendiemedlen vill jag använda till finansiering för formgivning, tryck, publicering och distribution.
Johan Nilsson, 26	**Musik**	Mot bakgrund av min ekonomiska situation som student vid Kungliga Musikhögskolan utan ekonomiska tillgångar skulle stipendiet möjliggöra inköp av en flamencogitarr. Gitarren skulle bidra till att jag på ett bättre sätt skulle kunna fullfölja mina studier och utvecklas mer som musiker och gitarrist.

Emelie Rubensson, 24	**Konst**	Jag är en 24årig jämtländsk autodidaktisk konstnär som målar tavlor i akvarell och akrylbaserat teckningstusch. Ofta kombinerar jag både tusch och akvarell i det jag skapar. Jag kallar mina tavlor för känslotavlor eftersom de är ofta ett uttryck för känslor som jag känt under olika perioder i mitt liv. Min dröm är att kunna anordna min första egna utställning där jag kan visa upp min konst. Oftast så kostar det en hel del att ställa ut, lokal hyra, ramar och material etc vilket gör att som det ser ut nu kommer jag inte kunna nå min dröm förän långt fram i framtiden då min ekonomi som student inte tillåter det. Därför jag söker detta stipendium.
Jens Evaldsson, 31	**Musik**	Jag är textförfattare, låtskrivare, musiker och artist. Jag vill utveckla mig i min roll som låtskrivare och det är därför jag söker det här stipendiet. Stipendiemedlen är tänkta att gå till inspelningskostnader (producent, mix, m.m.) av låtar. Mitt mest framgångsrika uppdrag som textförfattare är låten "Calling it off" som jag skrev med en producentduo vid namn Slumber Party. Den togs upp av den kinesiska artisten Tang Xiao och representerade Kina i den internationella musiktävlingen Magic Music Contest 13. En musikvideo går att se på youtube: https://www.youtube.com/watch?v=HGRrLSzCWkk . Ett annat lyckat samarbete är bandet The Soul Exchange, som i januari i år släppte sitt debutalbum. Där har jag skrivit texterna och arrat sången till alla låtar. Just nu pågår arbete med låtar till nästa album, där jag bidrar med texter återigen. Med Dubkollektivet (numera the Backbeat Conspiracy) har jag spelat runtom i Sverige, bl. a. headlinade vi första året av Öland Roots. Vi spelar just nu in en ny skiva som beräknas släppas i början av 2016. I det bandet spelar jag bas och skriver låtar. Musiken är en blandning av reggae och rock, ungefär som tidiga The Police. Jag har senaste åren också spelat solo under artistnamnet Jens Joel. Har spelat runtom i Sverige och Jämtland. Jag håller också på med ett americana-projekt som kommer få premiär till hösten. Jag är uppvuxen i Hålland, Åre kommun, och har bott i Östersund i perioder sen 2000. Numera bor jag på Frösön. Till våren avslutar jag en tre-årig utbildning i Ekonomi vid Mittuniversitetet. Jag är styrelsemedlem i föreningarna klubb SAM, J/H Spelmansförbund och kören Decibel. Jag jobbar som personlig assistent.

Samiskt stipendium 2015

Namn	Område	Motivering	Nominering
Per Henrik ”Piere” Bergkvist	Övrigt	Jag vill nominera Per Henrik (Piere) Bergkvist till Region Jämtland Härjedalens samiska stipendium. Piere kommer från Jovnevaerie sameby i Jämtland. Att vara ung same i Sverige idag innebär att leva med en ökad risk för både psykisk ohälsa och självmord - om detta är forskningen enig. Som ung renskötare i sydsamiskt område är risken att drabbas ännu större. Skälen till denna utbreddhet är inte klarlagda men en relativ isolering, markkonflikter och stor yttre press – kombinerat med en stor vilja att ändå föra renskötseltraditionen vidare – är förmodligen bidragande faktorer. Den samiska kulturen är en tyst kultur, där känslor sällan talas om och ett starkt och självständigt mansideal premieras. Psykisk ohälsa beskrivs ofta som ett tabubelagt ämne. Detta är omständigheter som riskerar att förvärra de problem med psykisk ohälsa och självmord som södra Sápmi dras med. Det är också omständigheter som gör Per Henrik Bergkvists insatser än mer betydelsefulla. Pieres insatser för att göra psykisk ohälsa pratbart kan inte nog understrykas. I egen kraft och på eget initiativ har han använt sina personliga erfarenheter av psykisk ohälsa och självmordstankar till att öppna upp detta svåra ämne för samtal. Härigenom gör han också en framtid inom renskötseln möjlig för unga samer och driver kraftfullt det sydsamiska kulturarvet vidare. Han föreläser idag inom en mängd sammanhang och framträder ofta i media. Genom att vara en av mycket få personer (kanske den enda) som lyfter frågan på detta sätt i Sápmi utgör han också en förebild för unga samiska killar. Pieres starka engagemang blir än mer imponerande mot bakgrund av att han inte har någon förening eller organisation bakom sig, och därmed inte heller någon finansiering. Han är en ideell kraft som alldeles på egen hand gör oerhört mycket för att föra vidare det sydsamiska kulturarvet.	Sofia Kling
Gaaltije	Slöjd och konsthantverk, Konst, Samiskt språk	Stiftelsen Gaaltije har sedan slutet av 90-talet verkat för att synliggöra och utveckla sydsamisk kultur och näring. Det är ett utvecklingscentrum med fokus på kultur, språk, näring och samhälle. Ambitionen att vara ett sydsamiskt kulturcentrum är svårt då verksamheten till största delen är projektfinansierad. Gaaltije förtjänar regionens sydsamiska stipendium för sitt ihärdiga och vi ktiga arbete kring den sydsamiska kulturen, inte minst det sydsamiska språket men även som arena för samtidskonst. De senast e årens utställningar har hållit en hög kvalitet och ambitionen är att fortsätta utveckla Gaaltije till ett besöksmål och en arena för sydsamisk konst och kultur. Det är en styrka för regionen, länets invånare och besökare att Gaaltije är placerat i Jämtland Härje dalen.	Karin Kvam
Annabell Rahm	Arkiv- eller museifrågor, Övrigt	Jag vill ansöka detta stipendium för min syster Annabell Rahm från Oviken, Jämtland. Hon är färdig Arkeolog och läser nu masterprogrammet på Stockholms Universitet. Hon "brinner", skriver och forskar helst om järnframställningen och den Samiska kulturhistorien kring Storsjön. Som hon helst av allt vill jobba med i framtiden. Annabell har praktiserat på Jamtli och har god kontakt med Eva Ljungdal på Gaaltije.	Maja Rahm

Östersund: 2015-01-30.

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN

2015 -02- 03

Dnr. RS /303/2015

Medborgaförslag.

Ang stadsbussarna linje på Söndagar o röda helgdagar så går de inte att ta sig till arbetsplatsen i Torvalla centrum.
I dag finns de 5 vårdboende ute i Torvalla med omnejd.
Busskorten har ökat mycket i pengar på den senaste tiden .

Yrkande: (A) Att berörd instans upprätta tillfredsställande kollektiv bussförbindelse att de finns möjlighet att nå sina arbetsplatser på så kallad obekväm arbetstid.

Om inte yrkande (A) bifalles yrkar ja att (B) bifalles.

Yrkande (B). Att anropsstyrd kollektivtrafik införs så snart som möjligt.

MED VÄNLIG HÄLSNING: Örjan Andersson
[redacted]

[redacted]

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN

2015 -03- 13

Dnr RS /568/20 15

Medborgarförslag

Till
Region Jämtland Härjedalen
Box 654
831 27 Östersund

Datum: 150305

Namn: Ann-Chatrine Ramstedt

Förslaget i korthet:
Ta bort besöksavgiften för mammografiundersökningarna

Motivering (beskriv och motivera ditt förslag):
Då aortascreeening och PSA prov är gratis för männen bör mammografi också vara avgiftsfri.

Härmed godkänner jag att Region Jämtland Härjedalen lagrar och behandlar de personuppgifter jag lämnat. Förslaget kommer att diarieföras och blir därmed offentligt, förslaget kommer även att bli publicerat på regionens webbplats.

Underskrift: Ann-Chatrine Ramstedt

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN
2015 -02- 06
Dnr. RS /333/2015

CENTERPARTIET

Motion till Regionfullmäktige i Jämtland Härjedalen

Utveckling av regionens jämställdhetsarbete genom Tillgänglighets- och jämställdhetskartan (ToJ)

En viktig faktor som gör regionen attraktiv är att den erbjuder samtliga invånare goda - och likvärdiga levnadsvillkor. Det inkluderar tillgänglighet, trygghet och jämställdhet. Sambandet mellan tillgänglighet/jämställdhet och tillväxt är väl känt.
För att vara en konkurrenskraftig region med god tillväxt vill vi inom Centerpartiet att vår region Jämtland Härjedalen kartlägger och därmed förbättrar vår statistik på området tillgänglighet och jämställdhet. Statistik som i verkligheten översätts till goda levnadsvillkor för samtliga invånare i regionen – likvärdiga för män, kvinnor och barn.

Tillgänglighets- och jämställdhetskartan erbjuder regionen konkreta verktyg för hur vi uppnår de **fyra nationella jämställdhetsmålen**; ***en jämn fördelning av makt och inflytande, ekonomisk jämställdhet, jämn fördelning av det obetalda arbetet samt att mäns våld mot kvinnor ska upphöra.***

Genom att ansluta sig till Tillgänglighets- och jämställdhetskartan erhåller regionen en omfattande nulägesanalys med statistik på hur jämställdheten, tryggheten och tillgängligheten ser ut idag - samt en konkret handlingsplan med förslag på åtgärder för att bättre nå jämställdhetsmålen och därmed förstärka regionens attraktionskraft och tillväxtmöjligheter.

Tillgänglighet- och jämställdhetskartan är ett mycket effektivt, prisvärt, och handlingskraftigt verktyg som ger oss verktyg för hur vi kan säkerställa goda och likvärdiga levnadsvillkor för våra invånare.

Jag yrkar därför;

Att Region Jämtland Härjedalen tar beslut om att ansluta sig till projektet Tillgänglighets- och jämställdhetskartan (ToJ)- för att få underlag samt handlingsplan för ökad tillgänglighet, jämställdhet och tillväxt.

2015-02-02

Berit Johansson

Berit Johansson, Centerpartiet
Ledamot i Regionfullmäktige

Ett hållbart val
CENTERPARTIET

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN
2015 -02- 12
Dnr. RS /382/20 15

Östersund 2015-02-08

Sverigedemokraterna

MOTION

Motion om eventuell anställning av avancerade specialistsjuksköterskor

Det görs idag många försök att hjälpa läkarna i våra landsting. Kreativiteten och ambitionen är stor vad gäller att finna nya sätt att avlasta läkarna så att de skall kunna utöva sin yrkesroll mer effektivt och pragmatiskt.
Ett exempel på en väl beprövad metod är att införa läkarsekreterare. Det finns idag fler sätt då innovationerna inom vårdsektorn går framåt.

Idag finns det något så fint som avancerade specialistsjuksköterskor. Det är precis som det låter, en uppgradering av sjuksköterskeyrket. En avancerad specialistsjuksköterska kan t.ex. ta ansvar för ronder, skriva ut remisser, utöva kroppsundersökningar, bedöma diverse provsvar och t.o.m. skriva ut patienter. I Sverige är detta en ny grupp av sjuksköterskor. I Holland och USA har man haft liknande personal inom vården som varken är läkare eller sjuksköterskor, utan någon däremellan.

I flera av våra landsting så har man idag infört avancerade specialistsjuksköterskor inom kirurgisk vård. Dessa tar således över en del av läkarens uppgifter på respektive avdelning fast man behåller sin roll som sjuksköterska i övrigt. Detta bidrar till att man får säkrare vård och kortare väntetider. Utbildningen som krävs för att bli en avancerad specialistsjuksköterska är en masterutbildning. Detta är ett lyft på flera sätt för de sjuksköterskor som vill utbilda sig. Både lönemässigt och karriärmässigt. Givetvis är tanken att dessa uppgraderade sjuksköterskor skall finnas inom fler områden än inom kirurgin. Våden och tekniken blir allt mer avancerad och ställer allt högre krav på våra läkare. Därför är dessa avancerade specialistsjuksköterskor ett välkommet tillskott inom vården. Detta skulle säkerligen vårt landsting behöva.

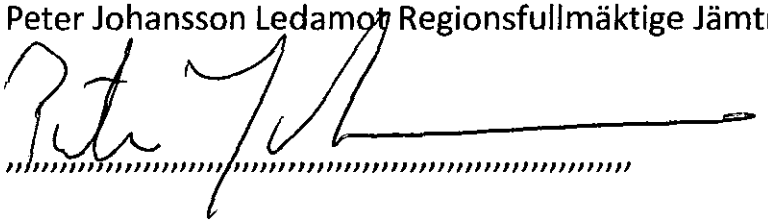
Därför yrkar Sverigedemokraterna i Jämtlands Region:

Att man undersöker möjligheterna, behovet och fördelarna med att ha avancerade specialistsjuksköterskor i vårt landsting.

Att man gör upp en plan på hur man skall införa avancerade specialistsjuksköterskor om ovan undersökning visar att detta skulle vara motiverat.

SVERIGEDEMOKRATERNA
Region Jämtland.

Peter Johansson Ledamot Regionsfullmäktige Jämtland/Härjedalen.



JÄMTLANDS LÄNS LANDSTING
2014 -12- 17
Dnr LS/ 1866/2014

17/12 - 14

moderaterna

Motion angående återkoppling från sjuksköterskor som valt att avsluta sin anställning hos Jämtlands läns landsting.

Bakgrund

Rekryteringen av legitimerade sjuksköterskor med olika specialiteter blir allt svårare. Stora pensionsavgångar kommer också till som ytterligare försvårar bemanningsarbetet av aktuell yrkesgrupp. Vi ser också illavarslande tendenser med att stafetter blir lösningarna också när det gäller bemanning av just sjuksköterskor, detta i sin tur ökar på kostnaderna ytterligare, när det gäller stafetter.

Förslag

Undertecknad föreslår att landstingsfullmäktige ger i uppdrag att utreda möjligheten att kartlägga orsakerna till varför före detta anställda sjuksköterskor valt att avsluta sin anställning inom Jämtlands läns landsting. Kartläggningen kan ske genom telefonintervjuer, enkäter eller på annat sätt. Kartläggningen ska sedan ligga till grund i arbetet med att göra Region Jämtland Härjedalen till en attraktiv arbetsgivare, inte minst för sjuksköterskor. Detta förfarande kan också appliceras på andra yrkesgrupper.

Susanné Wallner

Susanné Wallner, M och regionfullmäktigeledamot

nya moderaterna

JÄMTLANDS LÄNS LANDSTING
2014 -11- 11
Dnr LS/ 1637/2014

Motion angående differentierade tjänster och karriärvägar inom Jämtlands läns landsting ställd till landstingsfullmäktige

Bakgrund

För sjukgymnaster inom JLL finns idag inga differentierade tjänster oavsett kompetens. Specialister och disputerade går på samma tjänster som övriga sjukgymnaster och får inte heller andra arbetsuppgifter. Oavsett vilken kompetens man har finns bara en typ av tjänst. Enda karriärvägen som finns är att bli chef. Efter genomgången specialistutbildning återgår man till ordinarie tjänst vilket innebär att arbetsgivaren ej använder den kompetens som medarbetaren tillägnat sig i samförstånd med arbetsgivaren och på arbetsgivarens bekostnad.

För specialister och specialisttjänster gäller följande:

Innan fysioterapeuten kan påbörja sin specialistutbildning måste hon/han ha:

- grundutbildning i fysioterapi, motsvarande kandidatexamen, 180 hp
- 2 års klinisk erfarenhet med en tjänstgöring motsvarande minst 75 procent.

Fysioterapeuternas specialistordning innebär att man läst Magisterprogrammet 60 hp, gjort en presentation i ett vetenskapligt sammanhang där det krävs referee-granskning av det som ska presenteras. Tjänstgöringen ska omfatta minst tre års tjänstgöring inom specialistområdet under vägledning av en namngiven handledare som godkänts i förväg av förbundets specialistkommitté. Tjänstgöringen ska motsvara minst 75 procent av heltid.

Specialister behövs för att kunna möta dagens och morgondagens krav på specialiserad vård. Specialisten ska kunna verka hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande, behandlande och rehabiliterande inom sitt specialistområde. Specialisten ska kunna utföra kvalificerade arbetsuppgifter och hantera tidigare obekanta och komplexa situationer och problem effektivt utifrån tid och resurser. Specialistens roll är att i sin verksamhet verka som;

- kunskapsbärare
- kunskapsförmedlare
- kunskapsutvecklare.

För sjukgymnaster med specialkunskap ser det i dagsläget ut som följer:

Det finns sjukgymnaster med magisterexamen men som ej gått vidare till specialist. Det finns även sjukgymnaster som i tillägg till sjukgymnastutbildningen har examen i t.ex. lymfterapi, psykoterapi, basal kroppskännedom. Dessa går också på samma typ av tjänster som övriga sjukgymnaster eftersom det är det enda alternativet som finns idag inom JLL.

Förslag:

Ett bättre nyttjande av sjukgymnasternas kompetens genom inrättande av specialisttjänster med arbetsuppgifter som motsvarar kompetensen hos de specialistutbildade, t.ex. metodutveckling, handledning av kollegor, utvecklingsarbete tillsammans med andra yrkesgrupper. Specialisttjänster kan finnas inom t.ex. primärvård, ortopedi, psykiatri, neurologi, pediatrik.

Undertecknad motionerar därför om att landstingsfullmäktige uppdrar att utreda möjligheten för en karriärstege med tre tjänstenivåer inom respektive område:

- sjukgymnast med grundutbildning
- sjukgymnast med specialkunskap
- specialistsjukgymnast

Christer Siwertsson

Christer Siwertsson, M
Ledamot landstingsfullmäktige

nya m

JÄMTLANDS LÄNS LANDSTING
2014 -11- 13
Dnr LS/ 1653 /20 14

Motion

Östersund 2014-11-11

Inför betalautomater för att underlätta för våra medborgare. Betalautomaterna bör placeras ut på respektive avdelning/huskropp/enhet/lättillgängligt. Där man direkt kan betala besöksavgiften, vilket skulle underlätta för patienter som är sjuka och dels måste gå långt.

Betalautomaterna ska kunna ta både mynt och kort, samt att de också ska registrera för mottagningarna att patienten har kommit, således också vara kopplat till mottagningarnas datasystem.

Idag måste alla patienter gå via receptionen vilket leder till köer och långa avstånd till vissa delar av vår verksamhet. Det skapar också onödigt lidande för de patienter som måste gå långt och har värk.

Där för yrkar jag på:

- Att betalautomater införs på lämpliga platser för att underlätta för patienter och medarbetare. Det förbättrar flöden och leder till minskat lidande för patienter med värk och andra problem. Det spar på tid och ger god service.

Susanné Wallner

Susanné Wallner, (M) Ledamot landstingsfullmäktige

JÄMTLANDS LÄNS LANDSTING
2014 -11- 13
Dnr LS/ 1652 /20 14

Motion

Östersund 2014-11-10

Landstinget har sedan tidigare tänkt klimatsmart och köpt in tjänstecyklar. Om fler människor väljer cykeln istället för bil eller buss desto bättre för såväl den enskildes hälsa som miljön och klimatet.

Med detta i beaktande anser jag att dessa numera rätt uttjänta tjänstecyklar som landstinget har bör fasas ut och ersättas med två moderna el-cyklar. Som ett alternativ till att låna landstingets tjänstebilar när man gör ärenden i landstingets tjänst.

Det skulle bidra med att landstinget/regionen låg i framkant när det gäller att jobba med den enskildes hälsa men också att vi gynnar utvecklingen och är en förebild i regionen/landstinget när det gäller miljöarbetet.

Med anledning av detta föreslår jag att:

- Landstinget i Jämtlands län byter ut sina tjänstecyklar till el-cyklar som ett alternativ att använda i tjänsten.

Susanné Wallner

Susanné Wallner, (M) Ledamot landstingsfullmäktige

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

2015-04-29 RS/843/2015

Redovisning av konsekvenser av att använda elcyklar som alternativ till vanliga cyklar

Det här PM:et redogör för konsekvenser av att byta ut Region Jämtland Härjedalens tjänstecyklar mot elcyklar. Det finns också en beskrivning av aktuella mål inom folkhälsa och miljö samt av genomförda projekt i Östersunds kommun.

Mål inom Folkhälsa och Miljö

Ett av Region Jämtland Härjedalens främsta uppdrag är att verka för att alla människor i Jämtlands Län har god hälsa och möjlighet att hålla sig friska länge. Det gör regionen bland annat genom att arbeta med förebyggande insatser inom folkhälsoområdet. En förutsättning för en god, jämlik och jämställd hälsa är också en god miljö.

Region Jämtland Härjedalens mål för områdena folkhälsa och miljö finns bland annat beskrivna i Regional utvecklingsstrategi för Jämtlands län, Folkhälsopolicy 2011-2015 och Region Jämtland Härjedalens Miljöpolicy samt i regionens folkhälsostrategi, långsiktig utvecklingsplan för miljö och i övergripande handlingsplan för miljö.

Om elcyklar

Elcykeln är ett nytt transportslag som inte egentligen bör jämföras med vanlig cykel då användningsområdet breddas. En elcykel gör det möjligt att göra längre resor i tjänsten än med en vanlig cykel och även klara backig terräng utan att personen som cyklar är blir svettig. En elcykel ger större möjligheter även för förare med mindre god fysik att välja ett miljövänligare och hälsosammare transportsätt.

En investering av ett större antal elcyklar till utlåning kan också medföra att parkeringsytor frigörs.

Miljöaspekter

Transporter står för en stor del av länets energianvändning och utsläpp av växthusgaser. Det är därför avgörande att näringsliv och privatpersoner ställer om till effektiva och fossilfria transportslag för att det ska var möjligt att nå målet att bli en fossilbränslefri region 2030. Testprojekt där personer får prova på om mer hållbara alternativ kan fungera i deras vardag och på deras företag under en längre period har ofta positiv effekt.

Räkneexempel

En elcykel beräknas ge noll utsläpp av koldioxid medan en av Region Jämtland Härjedalens leasingbilar orsakar ca 144 gram/km. En resa till och från OSD[1] ger då 1,1

[1] Kyrkgatan 12 till OSD och omvänt = 3,8 km gånger två

kg CO_2 med bil. Om en person väljer att använda elcykel istället för leasingbil från regionhuset till de fullmäktigesammanträden[2] regionen varje år har på OSD skulle det då spara drygt 14 kg CO_2 och ca 1000 kronor i bränslekostnad bara på de resorna. Fjorton kilo koldioxid motsvarar att ha en dator igång i 882 timmar.

Hälsoaspekter

Fysisk aktivitet är en mycket viktig del av en hälsosam livsstil för att minska riskerna för ohälsa och för tidig död. Av den anledningen har fysisk aktivitet identifierats som en av de bästa investeringarna för folkhälsan. Det finns också allt fler bevis för sambandet mellan vuxenövervikt och resvanor. En indikator på det är att länder med högsta nivåerna av aktiva resor, i allmänhet har de lägsta nivåerna av fetma. Det finns en lång rad internationella rapporter som klargör stora positiva effekter både på folkhälsa och samhällsekonomi om fler valde att gå eller cykla i allmänhet och i synnerhet om det kan ersätta resor med bil.

Östersunds kommuns projekt

Östersunds kommun har genomfört två projekt där de erbjudit utlåning av elcyklar i syfte att förändra resvanor och bidra till en bättre miljö. Det ena projektet genomfördes under 2009-2011 i samverkan med Trafikverket Region Mitt. Det gick ut på att medarbetare inom Östersunds kommunförvaltningar hade möjlighet att testa en elcykel. Testperioden resulterade i att elcykeln i många fall uppfattades som ett prisvärt, miljövänligt och roligt alternativ till bilen. Resultatet av projektet var att 24 stycken elcyklar köptes in till olika verksamheter inom kommunen. Det andra projektet, Grönare resor, har pågått sedan 2013 och syftar till att underlätta för bilister att förändra sina resvanor och börja pendla fossilfritt genom att erbjuda lån av elcykel och elbil. Projektet har redan resulterat i att 6 % av de som lånat en cykel har köpt en elcykel efter lånet och ytterligare 22 % har faktiska planer på att göra det.

Ekonomiska konsekvenser

En elcykel kan kosta allt från 6 000 kronor och uppåt beroende på användningsområde och ställda krav. Den vanliga klassiska elcykeln i dammodell som Östersunds kommun nyligen köpt in till utlåningsprojektet Grönare resor kostade ca 10 000-12 000 kronor.

Det är svårt att säga vad drift och underhåll kostar, det kan behövas underhåll av exempelvis växlar och bromsar. Östersunds kommun har 1 års garanti på batteriet och 2 år på cykeln och lämnar in till lokal cykelhandlare för service de inte gör själva. Om det ska finnas möjlighet att använda cyklarna vintertid behövs byte av sommardäck och vinterdäck två gånger per år och det kan då kombineras med service.

Utifrån ovanstående är det svårt att säga om en investering av elcyklar kan ge en besparing. Om elcyklar i förlängningen kan ersätta lokala bilresor skulle det dock kunna ge en besparing på längre sikt.

Bilagor

Projektrapport - Östersunds kommuns elcykelsatsning 2009-2011
Projektrapport av Grön Trafik: Grönare resor

[2] Beräknat utifrån 5 st á 13 dagar

ÖSTERSUNDS KOMMUN

Projektrapport:

Östersunds kommuns elcykelsatsning

Projektperiod: 2009 - 2011

Sammanfattning

Genom ett samarbete med Trafikverket Region Mitt har en satsning på elcyklar i Östersunds kommunförvaltning genomförts. I avtalet ingår tre delområden; upphandling av elcyklar, långtidsutvärdering, och tidstest. Det har resulterat i att 24 stycken elcyklar nu finns i olika verksamheter inom kommunen.

I det första skedet av projektet köptes en elcykel in med stöd av Trafikverket Region Mitt, sedan fick arbetsplatser inom kommunorganisationen möjlighet att låna cykeln för att kunna testa den. Under trafikantveckan 2009 fanns det även möjlighet att prova elcykeln utanför Rådhuset. Testperioden resulterade i att elcykeln i många fall uppfattades som ett prisvärt, miljövänligt och roligt alternativ till bilen. Flera arbetsplatser uttryckte också sitt intresse för att skaffa egna elcyklar.

Två upphandlingar har sedan genomförts och två olika företag har levererat elcyklar till kommunen. Elcyklarna i den första upphandlingen levererades i april 2009, och cyklarna från den andra levererades i juni och juli 2010. I den första upphandlingen kunde Grön Trafik genom samverkan med Trafikverket Region Mitt dela ut tio bidrag på 6000 kr per cykel till de enheter som köpte en elcykel.

Flera olika enheter inom kommunen har köpt in elcyklar, bland annat hemtjänsten där cyklarna varit en viktig del i det dagliga arbetet och har underlättat transporter mellan vårdtagarna. Inom andra enheter där korta resor är mindre vanliga har elcyklarna jämförelsevis använts mindre.

I juni 2010 gjordes en uppföljning av de första 11 cyklarna. Då ställdes bl.a. frågor om hur mycket cykeln användes, hur det fungerat och hur långt cykeln hade gått. De allra flesta var mycket nöjda med elcykeln, de tyckte att den fungerat bra och att det var roligt att elcykla. Något som däremot nämndes som en nackdel var lång servicetid. Avläsningen av cykeldatorerna visade att elcyklarna tillsammans rullat 827,8 mil under det första året.

Nästa uppföljning gjordes i november och december 2011. De första elcyklarna hade då använts i 2 ½ år och den andra omgången cyklar i 1 ½ år. Majoriteten använder fortfarande sina elcyklar i hög utsträckning under barmarkssäsongen. Flera noterade dock att det har krävts en del service av elcykeln. Det kan vara en anledning till att användningen av cyklarna har minskat sedan starten. Det kan även bero på att ”nyhetens behag” avtagit. De första Giant-cyklarna har dock ökat i användning sedan den förra avläsningen. De nyare Marvil-cyklarna har däremot en lägre användning i jämförelse, det är troligt att de inte hade samma intresse eller behov av en elcykel eftersom de köpte dem senare. Totalt har elcyklarna gått 16 646 km tillsammans, en ökning med 8 368 km sedan den förra avläsningen. Ungefär hälften av resorna har enligt utvärderingen ersatt bilresor vilket minskat utsläppen av fossil koldioxid med ca 1,9 ton.

Elcykelcoaching kan vara ett sätt att öka användandet av elcyklarna. En elcykelcoach kan genom arbetsplatsbesök och information ge användarna stöd och t ex gå igenom hur den används och underhålls. Det får fler att bli intresserade och motverkar teknikrädsla som kan vara ett hinder. Vid besök kan man även stämma av så att rätt tillbehör finns och hur cykeln används och förvaras. Kanske behövs en cykelkärra, cykelkorg, en datorväska eller ett extra batteri att byta till? Gemensam upphandling av serviceavtal och vinterdäcksbyte skulle även detta kunna öka användningen.

Elcykeln är ett nytt transportslag som inte egentligen bör jämföras med vanlig cykel då användningsområdet breddas. En elcykel gör det möjligt att göra längre resor i tjänsten än med en vanlig cykel och även klara backig terräng utan att bli svettig när man kommer fram. Lätta och energisnåla fordon som elcyklar kommer att blir alltmer intressanta framåt då energipriserna väntas fortsätta att stiga.

Innehållsförteckning

1 BAKGRUND 1

1.1 SYFTE 1
1.2 MÅL 1
1.3 UPPLÄGG OCH GENOMFÖRANDE 1
1.3.1 Projektet steg för steg 1
1.3.2 Administration och ansvarsfördelning 2

2 UTVÄRDERING OCH RESULTAT 2

2.1 EKONOMI & UPPHANDLING 2
2.2 UTVÄRDERING AV ANVÄNDNING 3
2.2.1 Uppföljning juni och november 2009 3
2.2.2 Uppföljning juni 2010 3
2.2.3 Uppföljning november 2011 4
2.3 TIDSTEST MELLAN OLIKA TRANSPORTSLAG 7
2.4 MARKNADSFÖRING OCH MEDIA 9
2.4.1 Information och provkörning 9
2.4.2 Spridning av erfarenheter 10
2.4.3 Media 10

3 SLUTSATSER 11

3.1 MÅLUPPFYLLELSE 11
3.1.1 Testtillfällen för elcykel 11
3.1.2 Upphandling av elcyklar 11
3.1.3 Användning av elcyklar 11
3.1.4 Nöjdhet med elcyklar i tjänsten 11
3.1.5 Förändrat resebeteende 11
3.1.6 Mediabelysning 11
3.2 SUMO-KOMPLETTERING 12
3.3 UTVECKLINGSMÖJLIGHETER 13
3.3.1 Elcykelcoaching 13
3.3.2 Service 13
3.3.3 Nya verksamhetsområden 14

Bilaga 1. Förfrågningsunderlag
Bilaga 2. Pressinformation
Bilaga 3. Media
Bilaga 4. Enkätsvar och sammanställning av cyklade sträckor

1 Bakgrund

Elcykelprojektet ingår som en del av Smarta resvanor i Trafikverket Region Mitts avtal med Grön Trafik från 2009. Där ingår bl a uppdraget att göra en upphandling av elcyklar, en långtidsuppföljning samt ett tidstest .

1.1 Syfte

Syftet med elcykelprojektet var att få kommunens enheter intresserade av att prova en elcykel och att i förlängningen få dem att köpa in elcyklar till verksamheten.

1.2 Mål

Projektets huvudmålsättningar:

- Att anordna minst tre tillfällen för kommunanställda, företag och allmänhet att testa elcykel.
- Att enheter inom Östersunds kommun ska beställa minst 10 elcyklar.
- Att minst en fjärdedel av de anställda på enheterna som skaffat elcykel ska använda den regelbundet.
- Att 90 % av de enheter som köpt in elcykel tycker att den fungerar bra och uppfyller deras behov.
- Att resebeteendet ska ha förändrats och bilresandet minskat genom användning av elcykeln.
- Projektet ska leda till fyra inslag i media under projekttiden.

1.3 Upplägg och genomförande

1.3.1 Projektet steg för steg

En första elcykel köptes in av Grön Trafik med Stöd av Trafikverket Region Mitt med avsikten att användas vid visningar och utlåning. Ett mejlutskick gjordes sedan till alla enhetschefer med information om möjligheten att få testa en elcykel och i nästa steg kunna få erbjudande om att köpa en cykel till reducerat pris. 16 arbetsplatser var intresserade och vecka 5-22 2009 lånades en test-elcykeln ut till dessa. Detta resulterade i att 10 arbetsplatser beställde 11 elcyklar, varav 10 till reducerat pris . Under våren skickades förfrågingsunderlag ut till cykelhandlare i Östersund för att få in offerter. I april 2009 delades de första 11 cyklarna ut vid en ceremoni framför Rådhuset. Under våren 2010 gjordes ytterligare en förfrågan till de enheter som redan hade elcyklar samt till de arbetsplatser som under året visat sitt intresse för elcykeln. I maj 2010 skickades ett nytt förfrågningsunderlag ut till cykelhandlarna för en andra upphandling. Ytterligare 11 elcyklar beställdes och de levererades i juni-juli 2010.

Ett tidstest Tidstestet jämförde sträckor mellan de olika resesätten buss, bil, elcykel och vanlig cykel. Resultatet visade att cykeln oftast är det snabbaste alternativet, den vanliga cykeln är enkel att få resklar vilket gör att den fort når de korta resmålen. De platser som låg längre bort var relativt lika när det gäller cyklarna, i de fallen var även bilen marginellt snabbare på vissa sträckor. Bussen var dock alltid långsammast.

1.3.2 Administration och ansvarsfördelning

Grön Trafik har administrerat beställningar och upphandling av elcyklarna. Insamling och avläsning av data har också gjorts av Grön Trafik för att följa upp hur mycket elcyklarna använts och sedan rapportera resultatet. Service och underhåll står enheterna själva för, då det inte funnits något serviceavtal har de kunnat välja fritt mellan tillgängliga verkstäder.

2 Utvärdering och resultat

2.1 Ekonomi & upphandling

Priset på den elcykel av märket Flyer som köptes in i augusti 2006 för utlåning var ca 17 000 kronor exkl. moms. Vid denna tidpunkt fanns inga kvalitativa elcyklar i mellanprisläge att köpa på den svenska marknaden.

Vid den första upphandlingen 2009 upphandlade Grön Trafik 11 elcyklar. Förfrågningsunderlag gick ut till Söder Sport AB, Cykelogen AB, och Morten Nilstén AB via mejl 2009-02-27. Cykelogen AB antogs som leverantör då de erbjöd lägst pris och de första 11 cyklarna av modell Giant Twist Elegance CS Lite levererades 2009-04-30. Priset blev 12 000 kr exkl. moms per elcykel. De 10 första som köpte en elcykel erbjöds 6 000 kronor i bidrag av Grön Trafik, vilket betyder att enheterna endast betalade 6 000 kr exkl. moms för en komplett elcykel. Till elcykeln ingick dubbdäck, cykelhjälm, cykeldator och cykelväska med tryck. Det beställdes 11 stycken elcyklar till olika enheter inom Östersunds kommun, en enhet beställde två cyklar men fick då endast ett bidrag. De flesta enheterna som införskaffade elcyklar tillhör Vård- och Omsorgsförvaltningen.

I den andra upphandlingen under 2010 upphandlade Grön Trafik 9 elcyklar. Förfrågningsunderlag gick ut till Söder Sport AB, Cykelogen AB via mejl 2010-05-26 även Egons Cykelaffär och Morten Nilstén AB tillfrågades. Söder Sport AB antogs som leverantör då de erbjöd lägst pris. Modellen som upphandlades blev Marvil E-motion Comfort (7-växlar) och i början av juni 2010 levererades 5 cyklar och i början av juli kom en andra leverans med de sista fyra som beställts vid upphandlingen, plus två extra som beställts efter gällande avtal.

De förfrågningsunderlag som använts återfinns i bilaga 1. Efter dessa upphandlingar har ytterligare en enhet själv köpt in en elcykel efter gällande avtal vilket resulterar i att det i dagsläget finns 24 elcyklar totalt inom den kommunala verksamheten.

2.2 Utvärdering av användning

2.2.1 Uppföljning juni och november 2009

Den 30:e juni hade Östersunds kommun besök av EU-delegater från Tjeckien som fick möjlighet att testa de 11 elcyklarna från första upphandlingen under en dag. Enheterna levererade elcyklarna till Rådhuset för utlåning till utflykten. Som tack för lånet blev alla cyklar utrustade med specialtryckta cykelväskor och lättjusterbara sadelstolpar. Grön Trafik läste då även av cykeldatorerna för att se hur långt de gått efter två månader. Sträckan varierade mellan 65 och 730 km, vilket är ett mycket bra resultat. Vid denna avläsning uppgick medelsträckan till 119 km per cykel och månad. Totalt hade de sammanlagt rullat 204 mil under de första månaderna.

I november, efter drygt ett halvår, gjordes en ny avläsning och då var den totala sträckan 673,5 mil. Vid denna avläsning uppgick medelsträckan till 102 km per cykel och månad. Se bilaga 4 för en sammanställning av de avläsningar som utförts.

2.2.2 Uppföljning juni 2010

En utförligare utvärdering av cykelanvändandet gjordes i juni 2010, cirka ett år efter att elcyklarna börjat användas, se bilaga 4 för komplett sammanställning av lämnade svar. Fram till detta datum var 12 elcyklar i bruk i kommunens verksamhet. Vid denna avläsning uppgick medelsträckan till 58 km per cykel och månad. Användandet har varierat i omfattning samt mellan årstider, totalt hade de 11 cyklarna som ingick i första upphandlingen elcyklarna då rullat 827,8 mil.

Projektet har utlöpt mycket väl och varit uppskattat på många håll. Den allmänna uppfattningen var att elcykeln har fungerat mycket bra. En positiv effekt på en arbetsplats var att det tidigare diskuterats om man skulle skaffa en till bil för hemtjänstuppdrag, men efter att elcykeln köptes in avstannade diskussionen helt och konkurrensen var istället stor om att få använda elcykeln. En enhet poängterade särskilt att de var nöjda med priset de fått och att elcykeln var ett mycket bra köp. Även andra enheter inom hemtjänsten har blivit intresserade av att köpa in elcyklar, vilket de senare också gjort.

Elcykelns användningsområde har varit liknande i de olika verksamheterna, de flesta har varit inom hemtjänsten där den använts på sträckor i det dagliga arbetet, som transport till vårdtagare och apotek. Många enheter inom hemtjänsten ansåg att elcykeln lämpade sig väldigt bra för den typen av verksamhet. Cykelanvändandet har dock fungerat bäst på de enheter där resenären inte haft behov av att ta med mycket arbetsmaterial eller haft alltför långa sträckor. För verksamheten vid reningsanläggningen Göviken uppfattades cykeln som svår att använda pga. att de ofta behöver ta med sig verktyg.

Cykeln har använts istället för att gå eller som ersättning för kortare bilresor. Sträckor har på vissa enheter planerats utifrån att det finns en elcykel tillgänglig på arbetsplatsen och där har cykeln även prioriterats mer till vissa sträckor. Främst de sträckor som i många fall annars krävt en bil har ersatts med elcykel. Även de lite tuffare cykelsträckorna, d v s de med mer backar eller längre körväg, har prioriterats till elcykeln. Där cykelsträckorna krävt en liknande ansträngning har cykeln använts av den som först tagit den. Då har den inte ersatt bilresor i samma utsträckning utan snarare cykelresor.

På de sträckor där elcykeln använts på befintliga cykelsträckor eller kortare bilsträckor upplevde personalen en tidsbesparing, dels då de kunde ta sig fram fortare och på mindre vägar, samt att de slapp tiden att hitta parkering och parkera. En annan positiv aspekt är att personalen har blivit mer flexibla. Tidigare har de varit tvungna att samåka och skjutsa varandra, men med elcykeln är de inte uppbundna av någon annan persons tider vilket har setts som mycket positivt.

Flera enheter uppfattade att det fanns en ”teknisk” rädsla för att använda cykeln, något som till viss del försvann då de väl provat cykeln. Elcykeln kan också vara besvärligare att använda än en vanlig cykel på kortare sträckor. Då cykeln är mer stöldbegärlig krävdes även att den ställdes in över natten på flertalet ställen. Tyngden vid förflyttningar av själva cykeln uppfattades som en nackdel.

Drygt hälften, 6 av 10 enheter använde cykeln på vintern och de som gjorde det använde vinterdäcken, vilka alla tyckte fungerade bra. Många cykelsträckor drogs dock in pga. kyla och ersattes med bil eller gång vilket gjorde att cykeln användes mindre än det var tänkt. En intressant synpunkt är att elcykeln upplevs som bättre än en vanlig cykel på halt underlag eftersom den driver på framhjulet och inte blir kvar i snömodden eller det isiga partiet.

Det har uppkommit några enstaka problem med ljud från cykeln samt med själva batteriladdaren. Dessa problem har Cykelogen tagit hand om och Jaguarverken har blivit kontaktade. Den främsta anledningen till att en cykel behövt lämnas på service är problem med batterierna eller att eluttaget gått sönder vid lödningen.

Service vid fel och exempelvis däckbyten utfördes hos olika verkstäder på initiativ av avdelningsansvarig. Ett problem har varit att servicen tar lång tid. Cykelhandlarens förklaring var att delar inte kunde levereras tillräckligt snabbt samt att man inte har så stor erfarenhet med att laga elcyklar. Att det tar tid innebär problem för de enheter där cykeln exempelvis är inplanerad på längre sträckor och arbetet får en längre tidsåtgång. En avdelning hade inte tillgång till cykeln under drygt en månad pga. att reservdelar hade specialbeställts, och detta hindrade verksamheten betydligt.

En annan nackdel var att servicekostnaderna kunde vara höga. Ett fåtal cyklar har inte behövt service eller reparation, det går inte att avgöra om det beror på slitage eftersom det inte varit möjligt att läsa av alla mätarinställningar. Det är också osäkert om mätarinställningen på övriga cyklar (som beställdes 2009) kan ha påverkats eller nollställts då de varit inne på service.

Överlag har användarna en väldigt positiv inställning till projektet och många ser elcykeln som ett bra komplement och en möjlighet till ett förändrat resebeteende. En sidoeffekt är också att personer intresserat sig för elcyklar privat.

2.2.3 Uppföljning november 2011

I november och december 2011 gjordes ännu en uppföljning och avläsning, kompletterade frågor ställdes även under mars 2012. De första elcyklarna av märket Giant hade då använts i 2 ½ år och de nyare elcyklarna av märket Marvil i 1 ½ år. Denna gång gjordes en avläsning av elcyklarna per telefon och kontaktpersonen fick svara på frågor om bland annat vintercyklande, användning av dubbdäck och eventuella problem, samt ge egna kommentarer.

Majoriteten har använt elcyklarna mycket under barmarksäsongen. Totalt har cyklarna från den första och andra upphandlingen inklusive testcykeln rullat en sträcka på 1 664,6 mil, en ökning med 836,8 mil sedan den förra avläsningen. Hos 4-6 enheter användes cyklarna i mindre utsträckning och där upplevde man att verksamheten inte passade elcykeln, främst på grund av för långa eller korta sträckor.

På vintern har elcyklarna använts sparsamt, 13 enheter har inte använt den alls, i fyra fall beror det främst på att de behöver reparation. 9 enheter har använt den i mindre utsträckning och 2 enheter har använt den frekvent. Antalet användare i personalgruppen är dock färre än under sommaren. Det är 5 enheter som inte har dubbdäck och 9 enheter som har dubbdäck men inte har bytt till dem, av dessa har ett fåtal cyklar använts till viss del ändå. Bland de 10 som har bytt till dubbdäck återfinns de flesta cyklarna som faktiskt har använts i någon utsträckning under vintern.

En användare som vintercyklat hade problem med att elcykeln spann på framhjulet och gled vilket orsakade fall, detta trots dubbdäck. Användarna angav vinterväglaget, kylan och en ovilja att cykla som vanliga orsaker till att elcyklarna inte användes under vintern. Ett praktiskt problem som nämnts är att batteriet inte räcker en hel dag, särskilt i kyla.

Användarna upplever att fördelarna med elcykeln är att det går snabbt att komma fram och att den är smidig att parkera. Man är positiv till att använda ett hållbart transportmedel och anser att det finns utrymme för att de används oftare. Några enheter skulle gärna införskaffa fler elcyklar, främst för sommarbruk, men det har inte skett av ekonomiska skäl.

Ett flertal påpekar att förvaringen av cyklarna är problematisk. De kan inte stå ute pga. att de förstörs av vädret och stöldrisken. Inne är det platsbrist och besvärliga trappuppgångar, ställs de undan i källare eller liknande blir de istället otillgängliga.

Eftersom så många olika personer använder cykeln kan hanteringen vara omild vilket leder till slitage och ökat behov av underhåll. Samtidigt har många enheter inte någon tid till att lämna in cykeln på service eller ens att underhålla cykeln, exempelvis byta lampor och pumpa däck. En användare menade på att det är mycket att känna till om hur elcykeln ska användas och underhållas och att det vore bra med stöd och hjälp för att den ska fungera bra.

Giant Twist
Enligt utvärderingen har sju av elcyklarna varit felfria sedan leveransen och tio av elva elcyklar fungerar i nuläget. Den elfte har problem med batterifästet samt knappen som justerar hastigheten, den går därför bara på full fart, till följd av detta kunde den inte läsas av.
En annan av cyklarna har tidigare bytts ut på garantin till följd av problem med växlarna. På denna cykel och på en som blivit stulen har cykeldatorn bytts ut, därmed saknas data om antalet km. Medelsträckan per månad och cykel har ökat sedan den förra avläsningen, från 58 km till 62 km. Vid den första avläsningen var sträckan 119 km, detta beror högst troligt på att det var sommar under perioden och kanske även till någon del på ”nyhetens behag”-effekt.

Marvil e-motion

Av dessa cyklar har sex varit felfria och nio av tolv fungerar i nuläget. Av de elcyklar som råkat ut för fel har fem råkat ut för ett fel på startknappen som varit lätt åtgärdat och kunnat göras över dagen på Söder Sport (startknapp på ny version av cykeln har bytts till annan modell, så nyare cyklar av samma modell drabbas ej av detta), två har fått fukt i displayen och en har fått batteriet bytt då detta slutat fungera. Trots att problemen i de flesta fall har kunnat åtgärdas snabbt när cyklarna lämnats på service gör tidsbrist på enheterna i flera fall att de inte hunnit lämna/hämta cykeln på cykelaffären och att cyklarna därför blivit stående oanvända länge när de behövts servas. Kilometerställning på två av cyklarna kunde inte läsas av till följd av problem med startknapp. Medelsträckan för de nyare Marvil-cyklarna var 16 km per månad och cykel, detta var den första avläsningen för dem. Att de inte använts i samma utsträckning som de tidigare cyklarna kan bero på att det inte funnits samma intresse och behov av dem bland de enheter som köpte elcyklar vid den andra upphandlingen.

2.3 Tidstest mellan olika transportslag

Ett tidstest har gjorts mellan bil, buss, elcykel och vanlig cykel. Testet genomfördes under en dag då olika personer testade de olika färdsätten. Den som cyklade vanlig cykel körde även elcykeln för att minska felmarginalen vad gäller grundtempo och kondition, värt att uppmärksamma att han dock var en frekvent cyklist med god grundkondition. Tiden det tar för att komma i ordning med färdmedlet är avgörande för hur snabbt det skall gå på hela sträckan. Mätningarna har skett vid ett enstaka tillfälle och kan ses som en ögonblicksbild av hur det kan vara en dag i september. Tabell 1 visar tiden det tar att transportera sig med färdmedlet, medan tabell 2 tar hänsyn till ytterligare faktorer som påverkar restiden.

Tabell 1. Transporttider i minuter och sekunder

Start	Mål	Cykel	Elcykel	Bil	Buss	Buss (tabell)
Rådhuset	Lugnvik Centrum, HC	10:03	9:35	10:30	16:03	7:00
Rådhuset	Tekn. Förv. Solliden	7:04	6:25	8:35	14:00	7:00
Rådhuset	Frösö Strand	8:00	9:03	10:45	25:00	8:00
Rådhuset	Storsjöbadet	8:30	9:01	10:30	17:00	6:00
Rådhuset	Lillsjö Centrum. HC	14:00	14:15	13:15	15:00	9:00
Rådhuset	Jämtkrafts kontor	2:05	2:05	8:05	9:00	4:00
Från reception till ute		1:00	2:50	Inkl. tid till garage och parkering	Inkl. tid till hållplats väntan och till port	Beräknad restid

I tabell 2 har hänsyn tagits till ytterligare faktorer som påverkar tiden för färdmedlet.

- Cykel: tidsåtgång för upplåsning och låsning.
- Elcykel: hämtande av batteri och cykel från garaget och återbördande.
- Buss: tidsåtgång sträckan Rådhuset till busshållplats (3 minuter), väntan på buss (2 minuter) samt sträcka hållplats till lokal.
- Bil: tidsåtgång för att hämta nyckel, gå ner i garaget, åka ut ur garaget.

Tabell 2. Totala restider, i minuter och sekunder, med hänsyn till ytterligare faktorer

Start	Mål	Cykel	Elcykel	Bil	Buss	Buss (tabell)
Rådhuset	Lugnvik Centrum, HC	11:03	14:35	10:03	16:03	13:00
Rådhuset	Tekn. Förv. Solliden	8:04	11:25	8:35	14:00	14:00
Rådhuset	Frösö Strand	9:00	14:03	10:45	25:00	14:04
Rådhuset	Storsjöbadet	9:30	14:01	10:03	17:00	15:00
Rådhuset	Lillsjö Centrum, HC	15:00	19:15	13:15	15:00	16:00
Rådhuset	Jämtkrafts kontor	3:05	7:05	8:05	9:00	10:00

Resultatet visar att det överlag går snabbast att ta den vanliga cykeln (om man är i form), men på längre sträckor finns det en liten tidsvinst för bil. Se diagram 1.

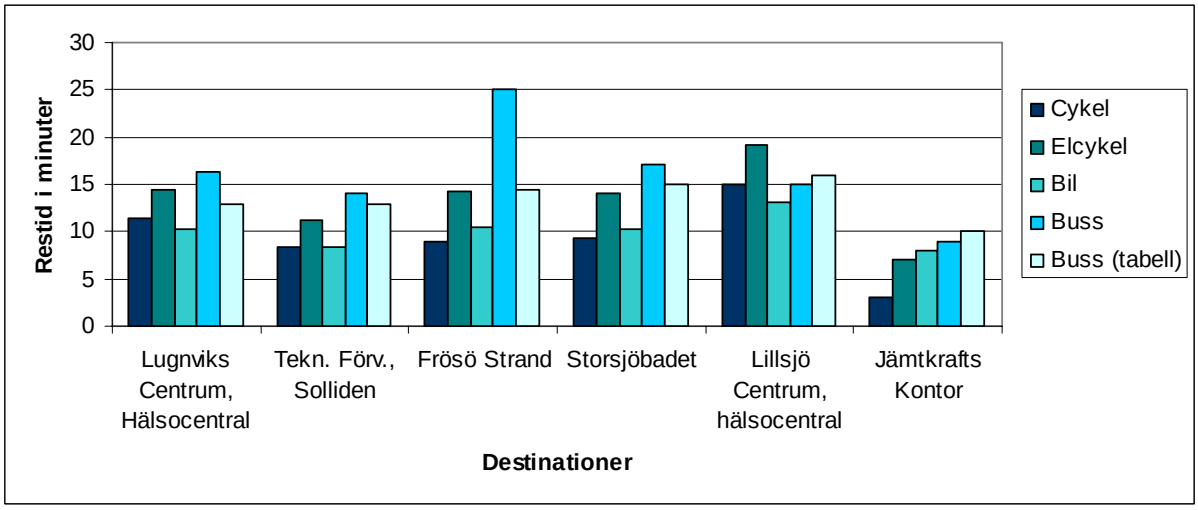


Diagram 1. Totala restider per destination och färdmedel.

På korta sträckor är cykling överlägset de andra transportslagen. Även att promenera kan vara tidseffektivt. Tidsåtgången kan faktiskt vara mindre genom att gå till platsen jämfört med att åka bil eller buss. Även elcykeln förlorar mot den konventionella cykeln då det tar tid att sätta i batteri och att gå ned i parkeringshuset. Däremot är själva transporttiden är jämförbar, se tabell 1. Om föraren har mindre god fysik är elcykeln förmodligen ett snabbare alternativ. Tidsåtgången när det gäller cykling är beroende av tid på dagen, trafikflöde, rödljus, dagsform, packning, väder och vind, trafikarbeten, höjdskillnad, med mera. Sedan handlar det om hur bråttom man faktiskt har och hur svettig man vill bli.

Bussen förlorar på att det tar tid att gå till busshållplatsen, väntan på buss och på det faktum att man inte kan styra händelseförloppet (hastighet, antal stopp, antal passagerare). Som man kan utläsa av diagram 1 finns det skillnader i den beräknade transporttiden och verklighetens tider, detta beror på hur många passagerarna är och hur många stopp som det görs längs linjen. Tidsåtgången när det gäller buss beror t ex på trafikflöde, vägförhållanden, trafikarbeten, chaufför, antal passagerare, antal stopp. Man kan inte styra över händelseförloppet.

Tidsåtgången när det gäller bil är beroende av trafikflöde, vägförhållanden, rödljus, trafikarbeten, tid på dagen, störande inslag (stressfaktor). Bilåkandet är också beroende av hur enkelt det är att hitta en parkeringsplats i närheten av målpunkten.

Sedan skiljer sig sträckorna mellan de olika transportslagen beroende på vilken vägsträckning som följs, vilket naturligtvis har en inverkan på tidsåtgången. Detta gäller bil och cykel på sträckorna till Frösö Strand, Lugnvik Centrum, Lillsjö Centrum och Storsjöbadet. Bussen åker alltid en annan väg än de andra (vilket oftast blir en omväg). Cykel och elcykel har tagit samma rutt.

2.4 Marknadsföring och media

2.4.1 Information och provkörning

När elcyklarna delades ut 2009 skickades ett pressmeddelande ut, se bilaga 2. De skedde utanför Rådhuset och nämndordföranden Göte Murén deltog, en fotograf från Infobyrån deltog för att dokumentera, och även media var på plats.

Elcyklar har nämnts i många sammanhang när Grön Trafik har varit ute och haft olika sorters föredragningar. I tabellen nedan finns en sammanställning av de tillfällen då elcyklar har förts fram som ett bra alternativ till bilresor.

Tabell 3. Presentationer av elcykelsatsning

Datum	Typ av presentation
081110	Miljöombudsträff – Östersunds kommuns miljöombud
090507	Gatuchefsträff
090508	Vägverksseminarium
091118	Miljöombudsträff – Östersunds kommuns miljöombud
100301	Cykelinformation i Örnsköldsvik
100319	Miljöfrukost med elbilstema för företag/organisationer
100414	Green Highway
100421	Demonstration av elbilar i kallt klimat
100426	Information för samarbetspartners i ADORE IT-projektet i Tartu, Estland
100429	Presentation om Grön Trafik för Rotary Östersund
100525	Presentation för Peugeot
100527	Miljöombudsträff – Östersunds kommuns miljöombud
100921	Miljöfrukost med cykeltema för företag/organisationer
100924	Studiebesök från Skottland
100929	Seminarium på Energimyndigheten i Göteborg
101015	Trafikverket Region Mitt
101007	Elbilsseminarium
101020	Föreläsning vid SATS seminarium i Arvidsjaur
101025	Presentation för om Grön Trafik Rotary Östersund
101118	Miljöombudsträff – Östersunds kommuns miljöombud
101118	Nationell IVL-konferens
101129	Information till Mora kommun via Skype
101206	Information för Vård- och omsorgsförvaltningen Östersunds kommun
110302	Videokonferens med Söderhamns kommun
110311	Utbildning för miljö- och samhällsnämnden om Grön Trafik
110322	Information om Green Highway för Västra Götaland
110512	Miljöombudsträff – Östersunds kommuns miljöombud
110829	Presentation för om Grön Trafik Rotary Östersund
110913	Presentation om Green Highway för Sundbybergs kommun
111109	Avtrampsträff för Vintertrampare
111117	Presentation av Östersunds kommuns cykelarbete för kommunpolitiker från Västersnorrland i Sollefteå
111215	Information till Växjö kommun via webbkonferens

Elcyklarna har lånats ut till flera enheter inom kommunens verksamhet, men de har även funnits tillgängliga för provkörning vid flera andra tillfällen, se tabell 4.

Tabell 4. Tillfällen med provkörning av elcykel

Datum	Provkörningstillfälle
2009	Europeiska Trafikantveckan
2010	After Fossil-utställning Storsjöteatern
2010	Miljöfrukost med cykeltema för företag
2010	Miljöombudsträff – Östersunds kommuns miljöombud
2010 dec	Miljöfrukost för företag

2.4.2 Spridning av erfarenheter

- Linnea Viklund på Västerås kommun fick information om elcyklar och krav i förfrågningsunderlag, 2008-02-10.

- Maria Magnusson på Örebro kommun fick information om elcyklar och denna rapport som var arbetsmaterial, 2010-10-27.

2.4.3 Media

Elcykelsatsningen har resulterat i flera positiva inslag i media, i tabellen följer en sammanställning av dessa, artiklarna återfinns i sin helhet i bilaga 3.

Tabell 5. Mediabelysning av elcykelsatsningen

Datum	Media	Rubrik
2009-02-28	ÖP	Hemtjänsten får nya elcyklar
2009-02-28	LT	Elcyklar ska minska antalet bilresor
2009-02-28	Sveriges Radio Jämtland	Kommunen köper in elcyklar
2009-04-30	SVT.se Mittnytt	Elcyklar till anställda inom Östersunds kommun
2009-04-30	Östersunds kommuns hemsida	Nu rullar elva nya elcyklar i Östersund
2009-04-30	ÖP	Nu rullar elva nya elcyklar i Östersund
2009-07-02	LT	”Bild på elcykel”
2010-11-11	TV 4 Mitt	Inslag om elcyklar och kommunens miljöarbete

3 Slutsatser

3.1 Måluppfyllelse

3.1.1 Testtillfällen för elcykel

Elcyklar har visats vid minst fem tillfällen, se tabell 5 ovan och målet har därigenom uppfyllts.

3.1.2 Upphandling av elcyklar

Enheter inom Östersunds kommun har köpt in 23 elcyklar sedan projektets start, vilket innebär att målet på 10 stycken nåddes med råge.

3.1.3 Användning av elcyklar

Utvärderingen av elcyklarna från den första upphandling omgången visar att ca 40% av de anställda på enheterna som skaffat elcykel använder den regelbundet[1], och målet på en fjärdedel har därmed nåtts.

3.1.4 Nöjdhet med elcyklar i tjänsten

Samtliga enheter som köpt elcykel anser att den att den fungerar bra och uppfyller deras behov[1].

3.1.5 Förändrat resebeteende

Resebeteendet har enligt utvärderingen förändrats och bilresandet har genom användning av elcykeln minskat med ca 830 mil under projektperioden.

3.1.6 Mediabelysning

Som framgår av tabell 5 har projektet lett till totalt 7 inslag i media (4 artiklar i lokalpress, 2 TV-inslag och ett radioinslag) under projekttiden och målet på fyra inslag nåddes.

[1] Baserat på uppföljning av de 11 elcyklarna i första upphandlingsomgången utförd i juni 2010.

3.2 SUMO-komplettering

Här redovisas kompletterande mål och resultat för SUMO:s analysnivåer Tjänster, Erbjudanden och Effekter. Vad gäller analysnivån Bakgrund hänvisas till *1 Bakgrund* ovan. Grönt = uppfyllt mål, gult = nära måluppfyllelse, orange= långt från måluppfyllelse.

De flesta av målen har uppfyllts; det har anordnats flera testtillfällen som lett till att enheterna köpt in elcyklar och de är nöjda med både erbjudandet och cykeln. Ca 40% av dem som har möjlighet använder cykeln regelbundet vilket också visar på ett förändrat resebeteende. Det är dock svårt att avgöra hur det påverkat utsläppen av koldioxid.

Tabell 6. SUMO - Tjänster, erbjudanden och effekter

		Målsättningar	**Indikatorer**	**Metod**	**Resultat**
Tjänster	Nyttiga prestationer	Att anordna minst tre tillfällen att testa elcykel	Antal möjliga tillfällen att testa elcykel	Dokumentation	Fem tillfällen att testa elcykel har ordnats
		Att erbjudande om att låna och testa elcykel på sin enhet ska ha gått ut till enhetschefer	Antal erbjudanden som skickats till enhetschefer	Dokumentation	Ett mejlutskick erbjudande om att låna och testa elcykel har skickats till samtliga enhetschefer
	Kännedom om mobilitets-tjänster	Ej utvärderat	Ej utvärderat	Ej utvärderat	Ej utvärderat
	Användnings-grad av mobilitets-tjänster	Att 10 arbetsplatser ska ha testat elcykel	Antal arbetsplatser som testat elcykel	Dokumentation	16 arbetsplatser lånade elcykel en vecka var + andra har provat vid ett flertal tillfällen
	Nöjdhet med mobilitets-tjänster	Ej utvärderat	Ej utvärderat	Ej utvärderat	Ej utvärderat
Erbjudande	Acceptans av erbjudandet	Att minst tio enheter ska vilja köpa in elcyklar	Antal enheter som vill köpa in elcyklar	Dokumentation	10 enheter ville köpa cyklar i den första upphandlingen 2009 9 enheter ville köpa elcyklar i den andra upphandlingen 2010 24 st elcyklar är levererade efter projektets start
	Experimentiellt individuellt beteende	90 % av alla på arbetsplatsen ska ha testat elcykeln	Antal som har testat elcykeln	Uppföljning av användandet på resp. arbetsplats	Uppskattningsvis har mer än hälften har testat den, men inte 90 %*
	Nöjdhet med erbjudande	Att 90 % av de enheter som köpt in elcykel tycker att den fungerar bra och uppfyller deras behov	Andel nöjda enheter	Uppföljning av nöjdhet på resp. enhet	Alla enheter tycker den fungerar bra som persontransport, svårare om man ska ta med verktyg.*

		Målsättningar	Indikatorer	Metod	Resultat
Effekter	Permanent indivduellt resbeteende	Att minst 25 % av alla anställda på respektive enhet ska använda elcykel regelbundet	Andel av de anställda på respektive enhet som använder elcykeln regelbundet	Uppföljning av användandet på resp. arbetsplats	Ca 40 % av alla som har möjlighet använder elcykel regelbundet*
	System-effekter	5000 km bilresor ska ha ersatts med elcykel vid projektet avslutande	Minskat trafikarbete med bil	Uppföljning på resp. arbetsplats	Elcyklarna har t o m nov-dec 2011 rullat 16 646 km och hälften av dessa resor bedöms ha ersatt bilresor dvs 8323 km
		Att de fossila koldioxidutsläppen ska minska med 1000 kg p g a elcykelanvändning	Minskning av fossila koldioxidutsläpp pga elcykelanvändning	Beräkning utifrån sträcka och utsläpp från bil[2]	Bilresor som ersatts med elcykel har minskat utsläppen av fossil koldioxid med ca 1940 kg

** Baserat på uppföljning av de 11 elcyklarna i första upphandlingsomgången utförd i juni 2010.*

3.3 Utvecklingsmöjligheter

3.3.1 Elcykelcoaching

Elcykelcoaching kan vara ett sätt att öka användandet av elcyklarna. En elcykelcoach kan genom arbetsplatsbesök och information ge användarna stöd. Det kan exempelvis innefatta att leda provning av cykeln samt att gå igenom hur den används och underhålls. Den person som är elcykelansvarig på arbetsplatsen har då någon att vända sig till och kan sedan kontinuerligt fortsätta arbetet och även informera ny personal. Det får fler att bli intresserade och motverkar teknikrädsla som kan vara ett hinder.

För att få rätt tillbehör till användarna bör man höra efter vilka önskemål som finns och vilket användningsområde cykeln kommer att ha. Genom att tillmötesgå specifika behov blir elcykeln mer användarvänlig, kanske behövs en cykelkärra, cykelkorg eller en datorväska. En annan aspekt att ta hänsyn till är hur länge batteriet räcker under arbetsdagen, det kan behövas ett extra batteri att byta till. Det kan också vara en idé att se över förvaringen av cykeln. Den håller bättre om den står inomhus, men den ska samtidigt vara lättillgänglig för användarna.

3.3.2 Service

Servicen på elcyklarna måste vara bra och snabb, det behöver fungera på ett smidigt sätt för att elcykeln ska fortsätta vara attraktiv som färdmedel. Tillgång till service och rutiner för detta är något som bör ses över. Ett exempel på rutin är att elcykeln servas i samband med byte av däck två gånger per år. Ett serviceavtal kan även inkludera transport av elcykeln till och från service för att underlätta för enheter som inte har tid att lämna och hämta den.

[2] För beräkning av minskade utsläpp har emissionsfaktor från Handbok för vägtrafikens luftföroreningar använts.

3.3.3 Nya elcykelanvändare

Testperioden gav ett bra resultat och en möjlighet är att låta fler arbetsplatser prova på en elcykel. Då bör man utreda vilka typer av verksamheter som elcykeln kan passa för och rikta erbjudande till dessa för att låta dem prova. En annan möjlighet är att rikta sig till externa aktörer som kan tänkas vara intresserade av att köpa elcyklar, exempelvis verksamheter inom turism, men även allmänheten.

ÖSTERSUNDS KOMMUN

Datum
2010-05-07

Dnr
410/2009

Petter Björnsson
Grön Trafik
063-14 45 94

Cykelhandlare

Förfrågningsunderlag elcyklar

Östersunds kommun avser köpa elcyklar till den kommunala verksamheten.

Antal: 10 st

Kravspecifikation:
Årsmodell: 2009
Hjul: Dubbelbottnade, aluminium.
Däcksdimension: E.T.R.T.O. 559 mm eller E.T.R.T.O. 622 mm
Motor: minst 250W
Batteri: minst 9Ah, Litium-jon (eller motsvarande), antal laddcykler anges i anbud
Frambelysning: Drift från huvudbatteri eller navdynamo (ej lösa batterier)
Bakbelysning: Lösning anges i anbud
Lås: Godkänt ringlås.
Växlar: minst 7 interna (i nav)
Broms fram: Rullbroms eller V-broms
Broms bak: Fotbroms eller rullbroms
Reflexer: Enl. svensk lagstiftning
Skärmar: Ja
Pakethållare: Ja
Vikt: Cykelns vikt inkl batterier anges i anbud
Service: Ange i anbud om möjlighet till service på orten finns och i så fall var
Garantitid: Anges för cykel och batterier

Sista anbudsdag:
Anbud ska vara oss tillhanda senast 2009-03-16

Anbudets giltighet:
Anbudet ska vara giltigt till och med 2010-03-16
Fler cyklar kan avropas för givet anbudspris under giltighetstiden.

Anbudslämning:
Via brev: Östersunds kommun, Grön Trafik, 831 82 Östersund
Via e-post: grontrafik@ostersund.se

ÖSTERSUNDS KOMMUN

Datum 2010-05-12
Dnr 1041/2010

Petter Björnsson
Grön Trafik
063-14 45 94

Cykelhandlare

Förfrågningsunderlag elcyklar samt utrustning

Östersunds kommun avser köpa elcyklar med tillhörande utrustning till den kommunala verksamheten.

Elcyklar: 9 st

Hjälmar: 9 st (Bell Venture, eller motsvarande)

Dubbdäck: 18 st (4 rader dubb, Nokian Hakkapeliitta W240, Continental, Nordic spike eller motsvarande)

Cykeldatorer (om sådan ej ingår som standardutrustning): 9 st (Cat Eye Velo 5 eller motsv)

Kravspecifikation elcykel:
Årsmodell: 2009 eller 2010
Hjul: Dubbelbottnade, aluminium.
Däcksdimension: E.T.R.T.O. 559 mm eller 622 mm
Motor: minst 200W
Batteri: minst 9Ah, Litium-jon (eller motsvarande), antal laddcykler anges i anbud
Frambelysning: Lösning anges i anbud
Bakbelysning: Lösning anges i anbud
Lås: Godkänt ringlås.
Växlar: minst 7 interna (i nav)
Broms fram: Rullbroms eller V-broms
Broms bak: Fotbroms eller rullbroms
Reflexer: Enl svensk lagstiftning
Skärmar: Ja
Pakethållare: Ja, cykelväska ska kunna monteras.
Vikt: Cykelns vikt inkl. batterier anges i anbud
Service: Ange i anbud om möjlighet till service på orten finns och i så fall var
Garantitid: Anges för cykel och batterier
Leveransdag anges.
Ramstorlek: Tillgängliga storlekar anges

Sista anbudsdag:
Anbud ska vara oss tillhanda senast 2010-05-26

Anbudets giltighet:
Anbudet ska vara giltigt till och med 2011-05-26.
Fler cyklar kan avropas för givet anbudspris under giltighetstiden, dock kan skälig förändring av anbudspriset medges vid ev prisändring från leverantör, förändrad valutakurs och liknande händelser.

Anbudslämning:
Via brev: Östersunds kommun, Grön Trafik, 831 82 Östersund
Via e-post: grontrafik@ostersund.se

ÖSTERSUNDS KOMMUN

Pressinformation

Datum 2009-04-28

Stor elcykelsatsning i Östersunds kommun!

11 elcyklar har landat och de kommer att finnas på 8 st arbetsplatser i Östersunds kommun.

”Satsningen på elcyklar är ett steg mot ett hållbart Östersund och bidrar till ett mer klimatsmart resande” säger Göte Murén, miljö- och samhällsnämnden.

Elcyklarna är ett resultat av kommunens samarbete med Vägverket Region Mitt. I projektet Smarta Resvanor som drivits av Grön Trafik har en elcykel lånats ut till olika enheter i kommunen. Eftersom testarna var väldigt nöjda och användningen av bil för korta resor minskar, går man nu vidare med en större satsning. Elcyklarna levereras med hjälm, dubbdäck, cykelväskor och cykeldator så att användningen kan följas upp.

För mer information kontakta: Petter Björnsson 063-14 45 94, 070-654 22 89

Tid och Plats för elcykelutdelning och information:

Torsdagen den 30 april kl 09.30 i Rådhusets reception.

Hemtjänsten får elcyklar

ÖSTERSUND. Hemtjänstpersonalen i Odenslund kommer att åka elcykel i jobbet i år.
– Vi ska se om vi kan spara in en bil, säger Maria Ahnlund, hemtjänsten.

Hemtjänsten har ett minst sagt rörligt jobb. I Odenslundsområdet jobbar varje dag tolv personer och om kvällarna sex personer. De åker hem till 90 brukare vid olika tillfällen. Ibland levererar personalen matlådor eller hjälpmedel.

För att klara av alla resor och transporter har Odenslundsgruppen tre bilar och fyra–fem cyklar och så går man mellan brukarnas bostäder.

I fjol provade gruppen kommunens enda elcykel som tillhandahålls av Grön Trafik.

– Personalen tyckte den var snabb och lättsam att ta sig fram med. Framförallt var det lätt att parkera jämfört med bil, säger Maria Ahnlund som är biträdande chef för enheten Oden.

Nu har området beställt tre elcyklar.

– Vi ska se hur de fungerar vintertid. De traditionella cyklarna har vi utrustat med vinterdäck.

Går det hoppas man att kunna spara in en bil. Att ta bort alla bilar går inte med tanke på leveranserna av matlådor och annat.

Även hemtjänsten i Torvalla, Valla och Brunflo ska köpa in varsin elcykel till sitt område.

Mica och reningsverket ska köpa var sin, och gatukontoret ska köpa två.

Totalt ska tio elcyklar upphandlas. Genom Grön Trafiks samarbete med Vägverket i projektet Smarta resvanor finns pengar att lägga på elcykelköp.

– I handeln kostar en cykel med de krav vi har 15 000 kronor. Men det kommer att bli lägre pris för oss med moms borttagen, säger Petter Björnsson, Grön Trafik.

Maria Immefors

ÖP 2009-02-28

Östersunds kommun satsar på elcyklar. Tio stycken ska köpas in under våren. "Den klarar egentligen hur branta backar som helst utan att man blir svettig", berättar Petter Björnsson på Grön trafik. Foto: Håkan Luthman Foto: Håkan Luthman

Elcyklar ska minska antalet bilresor

Östersund LT Östersunds kommun köper in tio nya elcyklar. Tanken är att de bland annat ska användas av hemtjänsten i kommunen. – Vi ser en stor potential att få ner antalet korta bilresor.

Det säger Petter Björnsson på Grön trafik på Östersunds kommun. Kommunen har haft en cykel med extra elmotor för test under ett antal månader och ett flertal enheter har lovordat fordonet.

En enhet inom hemtjänsten har till och med sagt att den skulle kunna spara in på en bil om de istället fick en egen elcykel.

Vad är då grejen med en elcykel?

Petter Björnsson berättar att den är lite mer stabil en än vanlig cykel. Just den som kommunen testat väger drygt 20 kilo och har åtta växlar. Det som ger cykeln en extra skjuts är en liten elmotor som sitter vid trampdrevet – en motor som är kopplad till ett batteri på ett par kilo.

– Det är inga problem alls att rulla igång och den klarar egentligen hur branta backar som helst utan att man blir svettig.

När cykeln väl har fått upp farten kommer motorn att hjälpa till upp till 25 kilometer i timmen, efter det får benen göra jobbet själv.

– Går det fortare med en elmotorn påslagen, räknas den som en moped, berättar Petter Björnsson.

Kommunen går nu ut och upphandlar tio nya cyklar – en upphandling som beräknas vara klar om ett par veckor. Och lagom till snösmältningen ska de vara på plats i Östersund.

Flera verksamheter har efterfrågat elcykeln som bland andra Mika, hemtjänsterna i Torvalla, Odenslund, Brunflo och Torvalla samt gatukontoret.

LT 2009-02-28

Eva-Lena Nylund och Maria Ahlund testar hjälmar inför premiärturen på elcykel. Petter Björnsson från Grön Trafik berättar att elcyklarna är ett resultat av kommunens samarbete med Miljöverket Region Mitt.

Anna-Karin Pernevill

Nu rullar elva nya elcyklar i Östersund

ÖSTERSUND. **Nu blir det enklare att cykla för hemtjänsten i Östersund.**
– De anställda har väntat på de här elcyklarna, berättar Maria Ahnlund som är ansvarig för hemtjänsten i Odenslund.

11 elcyklar har köpts in av kommunen för sammanlagt 117 700 kronor. I går levererades cyklarna. Det är framför allt hemtjänstens anställda som ska använda dem, men också reningsverket och gatukontoret har beställt cyklar.

– Satsningen på elcyklar är ett steg mot ett hållbart Östersund och bidrar till ett mer klimatsmart resande. Dessutom är det ju inne med cykel nu, säger Göte Murén på miljö- och samhällsnämnden.

I höstas tick en del kommunanställda testa cyklarna och de allra flesta var nöjda.

– Ja, den personal från mig som testade elcyklarna var bara positiva. Nu behöver man inte ta bilen lika ofta i fortsättningen, sa Maria Ahlund från hemtjänsten.

Elcyklarna levererades med hjälm, dubbdäck, cykelväskor och cykeldator. Cykeldatorn ska användas för att användningen av cyklarna kan följas upp.

– det är förstås viktigt att cyklarna används och inte blir stående, säger Göte Murén.

Elmotorn hjälper till att driva cykeln i max 25 kilometer i timmen. Men det går förstås att trampa betydligt fortare om man vill.

Så ser den ut. Kommunens nya elcyklar.

Anna-Karin Pernevill

Med elcyklarna visar Göte Murén att kommunen är miljömedveten.

Anna-Karin Pernevill

Dubbdäck till vintercyklingen följda med liksom hjälmar.

Anna-Karin Pernevill

Patrick Sjöö
patrick.sjoo@op.se

ÖP 2009-04-30

Elcyklar till anställda inom Östersunds kommun

Publicerad 30 april 2009 - 09:52
Uppdaterad 30 april 2009 - 11:37

Elva elcyklar delades idag ut till anställda på åtta arbetsplatser inom Österunds kommun. Ungefär tre mil kan man cykla innan batteriet måste laddas. Om man cyklar på bara elkraft är högsta hastigheten 25 km i timmen.

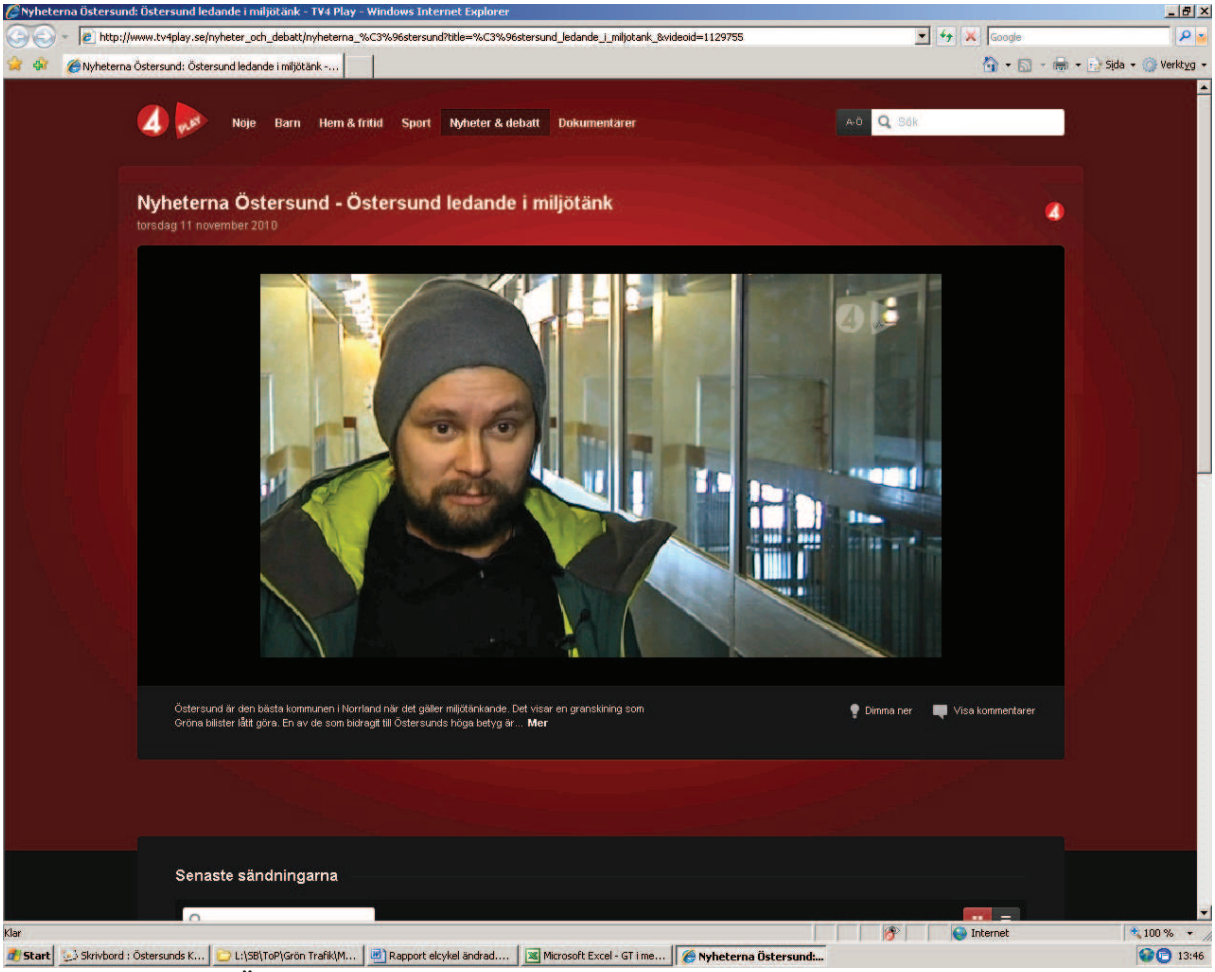
-Satsningen på elcyklar är ett steg mot ett hållbart Östersund och bidrar till ett mer klimatsmart resande, säger Göte Murén, miljö- och samhällsnämnden.

Elcyklarna är ett resultat av kommunens samarbete med Vägverket Region Mitt. I projektet Smarta Resvanor som drivits av Grön Trafik har en elcykel lånats ut till olika enheter i kommunen. Eftersom testarna var väldigt nöjda och användningen av bil för korta resor minskar, går man nu vidare med en större satsning.

Elcyklarna levereras med hjälm, dubbdäck, cykelväskor och cykeldator så att användningen kan följas upp

Webartikel Mittnytt 2009-04-30

Bild i LT 2009-07-02 med anledning av Tjecker som var i Östersund på studiebesök, inget nämnt om elcyklar i texten.



TV 4 2010-11-11 Östersunds kommun miljötänk om elcyklar och miljöarbete.

Enhet	**MICA**	**Hemtjänsten Valla**	**Brunflo H/O**
Användningsområde	På ärenden som utgår från kontoret, dock ganska lite. Många av avstånden är för långa för att använda cykel på.	I det dagliga arbetet ut till brukare. Den prioriteras lite till de "tuffare" sträckorna.	Det är bara en gångsträcka för området, vilket den i huvudsakligen använts på, samt en del av de kortare bilsträckorna. Dock är många av bil sträckorna för långa för att kunna ersättas.
Mätarställning	141		103,6
Hur fungerar cykeln i det stora hela, är ni nöjda med den?	Suverän om man använder den. Dock negativt att framfarten begränsas till 20 km/h, vilket gör den lite för långsam. Det finns också en uppfattning om att delar av personalen är lite "rädd" för att använda den. De som använder den känner att de måste bli bättre på att propagera för den till resterande.	Det har fungerat mkt bra och de är väldigt nöjda med den.	Har fungerat bra och den är rolig att cykla på. Den har även inneburit tidsbesparingar i arbetet.
Har cykeln ersatt andra resor i så fall bil/cykel/gång?	Ja, främst kortare bilresor	Svårt att säga då omfattningen på området samtidigt förändrats. Men troligtvis hade prioritering av körsträckor sett annorlunda ut utan den.	Ersättning för kortare bilsträckor och en gångsträcka
Är det några problem med elcykeln?	Inga problem	Nej inga särskilda	Nej, dock kan laddningen glömmas bort att utföras av personalen ibland.
Har cykeln lett till någon diskussion på arbetsplats, eller någon annan sidoeffekt?	Det är allmänt mkt motionsprat på avd. Men när de precis fick den väcktes uppmärksamhet kring just elcyklar.	Inga specifika diskussioner eller sidoeffekter, men de flesta är väldigt positiva till att använda den.	Positiv respons bland de anställda, dock ingen ökad aktivitet som följd.
Hur många är ni totalt på enheten och hur många nyttjar cykeln?	15-20 totalt, varav 3 st använder den	11st totalt, och alla har använt den till och från.	15 st totalt varav alla har testat den och ca 10 st använder den
Har den rullat under vintern? Hur fungerade det?	Tanken var att den skulle användas, men pga kyla ville inte folk cykla, inte ens de inbitna "normal" vintercyklarna.	Ja, dock "drogs" många cykelsträckor in pga det kalla vädret. Men tanken var att den skulle ha använts som vanligt.	Nej, pga kyla och oplogade vägar
Har ni använt dubbdäcken, vad tyckte ni om dem?	Ja, cykeln användes dock inte speciellt mkt så de kan inte säga så mkt om dem.	Ja, det fungerade bra.	Nej
Övriga synpunkter	En jättebra satsning. Trots att användandet inte slagit igenom stort är det viktigt att det finns ett alternativ.		

Enhet	Hemtjänsten odenslund	Hemtjänsten erikslund	Hemtjänsten marielund
Användningsområde	Ut till brukare, apoteksärenden mm. Dvs dagliga sträckor. Den prioriteras ej för särskilda sträckor.	Cykling ut till brukare	Används på sträckorna ut till brukarna, helst på de lite längre men det är "först-till-kvarn" principen som gäller så den används inte mer på någon särskild sträcka.
Mätarställning	2393,8	737,97	På service
Hur fungerar cykeln i det stora hela, är ni nöjda med den?	Den fungerar jättebra och är de är supernöjda så länge den funkar. Tycker att det fungerar mkt bättre än bil i många fall då de slipper leta parkering mm. Det är ett jättebra substitut till kortare bilsträckor.	Den fungerar mkt bra och de är mkt nöjda med den. De har även vanliga cyklar men elcykeln har varit väldigt bra och tidsbesparande på de längre sträckorna.	De är nöjda med den och den har fungera väldigt bra. Ett uppskattat komplement.
Har cykeln ersatt andra resor i så fall bil/cykel/gång?	Tanken var främst bilsträckor vilket den har gjort, men även en del cykelsträckor ahr ersatts.	Ja några av de lite längre sträckorna där bil används.	De använder vanliga cyklar som den har kompletterat
Är det några problem med elcykeln?	Ja!, väldigt många, den har varit inlämnad på service minst 5 ggr. Elikabel till laddare som är lödad går sönder väldigt lätt, batterier som krånglar och monitor och sensor som slutat fungera. Servicetiden har varit väldigt lång vilket inneburit problem.	Nej inga större problem, dock är batteriet justnu inlämnat för service.	Ja laddningen där uttaget inte har fungerat
Har cykeln lett till någon diskussion på arbetsplats, eller någon annan sidoeffekt?	Nej inget särskilt	Ingen uppfattning	Nej ingen särskild
Hur många är ni totalt på enheten och hur många nyttjar cykeln?	28 st totalt varav 15 st använder den mer eller mindre	Totalt ca 25 st och i stort sett alla använder den.	Ca 20st vara ca 5 st använder den. Att det är få som använder den är troligtvis en mix av att de tycker det är lite krångligt med tekniken eller att de normalt ej cyklar.
Har den rullat under vintern? Hur fungerade det?	Ja och det fungerade bra, likt de vanliga cykel användandet.	Ja det har fungerat mkt bra enligt de som har använt den, men alla cyklar inte på vintern.	Nej, men det är även normalt sett få som cyklar. De flesta cyklar eller går.
Har ni använt dubbdäcken, vad tyckte ni om dem?	Ja och det fungerade bra, likt de vanliga cykel användandet.	Ja det fungerade bra.	Nej
Övriga synpunkter	Köp in flera. Detta är en brilljant idé framförallt sommartid för denna typ av verksamhet.		Väldigt långa servicetider

Enhet	Reningsverket Göviken	Gatukontoret, Fagerbacken	Staden Carslund	Hemtjänsten Ope/Torvalla
Användnings-område	Inom området, någon sträcka ut till minnesgärdet.	När de ska till krondikesvägen, ner på stan för möten. Även använts då gångvägar skulle inventeras	På alla sträckor ut till brukare, främst de lite längre	Främst arbetsterapeuterna och sjukgymnasterna som till största del använt den till hembesök. Den har ej använts inom hemtjänsten då de inte efterfrågar den och det verkar finnas en "teknikrädsla" för att använda den.
Mätarställning	444,07	cykel 8: 228,34 cykel 9:123,57	på service	386,9
Hur fungerar cykeln i det stora hela, är ni nöjda med den?	Cykeln är bra och fungerar som den ska. Men det fungerar dock inte rent praktiskt att använda den då man måste ta med sig verktyg, samt att många av sträckorna är för långa.	Fungerar jättebra för de som sitter på de administrativa avdelningarna. Fungerar sämre för de som ska ta med sig verktyg mm. De används i så stor utsträckning som dagens arbetsuppgifter och färdvanor tillåter.	Jätte-nöjda. Hoppas verkligen på att de kan få flera. Då et är mkt backar i karlslund är den bra eftersom den driver på väldigt bra.	Det har fungerat bra och den har varit uppskattad. Den har väckt nyfikenhet och det var ett bra köp till ett bra pris.
Har cykeln ersatt andra resor i så fall bil/cykel/gång?	Några få bilresor	Ja bilresor. De har inga "gång-sträckor".	Den har inte direkt ersatt någon bilsträcka, men om cykeln inte funnits hade ytterligare en bil krävts i verksamheten	Ja både gång, cykel och bilsträckor
Är det några problem med elcykeln?	Nej	Nej, det enda är att cykelväskorna är för små.	Nej inget särskiljt	Nej, dock räcker batterierna för tid. Och den är väldigt tung vilket har gjort transporter till service besvärliga.
Har cykeln lett till någon diskussion på arbetsplats, eller någon annan sidoeffekt?	Nej det kan inte påstås, "nyhetens behag" dog ganska fort.	Nej inget speciellt. Men andra kommuner som varit på besök har blivit intresserade.	Ja den har varit inlämnad för reperationer några ggr, ex. Mätarinställningne tålde inte vatten, problem med bromsar och konstiga ljud, tunga att ta in på kvällen	Nej, dock räcker batterierna för tid. Och den är väldigt tung vilket har gjort transporter till service besvärlgia.
Hur många är ni totalt på enheten och hur många nyttjar cykeln?	12 st vara 4-5 använder den	70 st skulle teoretiskt sett kunna använda dem men endast ca 5 st använder dem kontinuerligt.	Ca 15 st heltidsanställda där ca hälften använder den och då på de lite längre sträckorna	De är 15st totalt varav hälften använt den någon gång och 4-5 st mer regelbundet
Har den rullat under vintern? Hur fungerade det?	Nej det har inte funnits något intresse hos personalen av det	Nej, ingen ville cykla för att det var för kallt.	Ja och det har funkat väldigt bra	Ja och det fungerade bra
Har ni använt dubbdäcken, vad tyckte ni om dem?	Nej	Nej	Ja det fungerade bra dock väldigt dyrt att lämna in och byta	De fungerade bra, dock har cykeln låtit mkt mer men troigtvis handlar det om en mindre reparation
Övriga synpunkter		Det bästa vi köpt in!	Höga service kostnader och lång service tid. Den är verkligen jätteuppskattad och de hoppas på flera.	

Tabell med sammanställning av de avläsningar som gjorts (km)

Enhet	Avläsning 1 juli 2009 Efter 2 mån	Avläsning 13 nov 2009 Efter 6 mån	Avläsning juni 2010 Efter 13 mån	Avläsning nov 2011 Efter 30/17 mån
MICA	107	157	218	672
Hemtjänsten Valla	118	433	835	1 612
Hemtjänsten Sydväst, Fåker	0	246	457	673
Hemtjänsten Odenslund	730	2 203	2 394	2 394
Hemtjänsten Erikslund	318	673	738	738
Hemtjänsten Marielund	348	666	689	697
Reningsverket Göviken	113	331	444	696
Gatukontoret, Fagerbacken	72	166	228	307
Gatukontoret, Fagerbacken	81	117	123	672
Staden Carlslund	436	1 596	1 766	2 335
Hemtjänsten Ope/Torvalla	65	148	387	922
Cykelpool Rådhuset[1]	~	~	~	2 248
Teknisk förvaltning, Kyrkg.	~	~	~	90
Teknisk förvaltning, Sporthallen	~	~	~	286
Teknisk förvaltning, Krondikesv.	~	~	~	226
Staden Hemtj. Grupp Lövberga	~	~	~	160
Staden Hemtj. Grupp Solberg	~	~	~	0
Staden Hemtj. Grupp Carlslund	~	~	~	52
Staden Hemtj. Grupp Kontoret	~	~	~	201
Städ	~	~	~	855
Städ	~	~	~	536
Brunflo Hemtj. Grupp	~	~	~	206
Brunflo Hemtj. Grupp	~	~	~	0
Omsorg Väst, Prästg.8	~	~	~	69
Totalt antal km	**2 388**	**6 735**	**8 278**	**16 646**
Antal km under perioden	**2 388**	**4 347**	**1 544**	**8 368**
Antal km - Giant	2 388	6 735	8 278	11 718
Medel per månad - Giant	1 194	1 122	637	555
Medel per cykel[2] - Giant	119	102	58	62
Antal km Marvil	~	~	~	2 680
Medel per månad[2] - Marvil	~	~	~	158
Medel per cykel - Marvil	~	~	~	16

[1] Testcykeln i Rådhuset inkluderas endast i den totala sträckan.
[2] Exlusive ej avlästa cyklar.

Kontaktinformation

Petter Björnsson
063-14 45 94
petter.bjornsson@ostersund.se

Anne Sörensson
063-14 46 61
anne.sorensson@ostersund.se

Samarbetspartners

TRAFIKVERKET

Samhällsbyggnad - Grön Trafik

Östersunds kommun, 831 82 Östersund.
Telefon: 063- 14 30 00. Fax: 063 14 40 00. www.ostersund.se

ÖSTERSUNDS KOMMUN

ÖSTERSUNDS KOMMUN

Projektrapport av Grön Trafik:

Grönare resor

Finansierad av Länsstyrelsen i Jämtlands läns Klimatmedel 2014 för ett Fossilbränslefritt Jämtlands län 2030

Projektperiod: 2014

Dnr Länsstyrelsen: 423-1689-14

Dnr Östersunds kommun: 490/2014

Rapportförfattare: Grön Trafik, Östersunds kommun

Datum: 2014-01-23

Bild framsida: Elcyklar i projektet, från vänster; vikbar cykel, hybridcykel, damcykel, lådcykel.

Sammanfattning

Transporter står för en stor del av länets energianvändning och utsläpp av växthusgaser. Syftet med projektet Grönare resor är att underlätta för bilister att förändra sina resvanor och börja pendla fossilfritt genom att erbjuda lån av elcykel och elbil. Projektet syftar även till att öka kunskapen om olika alternativ för hållbart resande genom informationsinsatser och prova på-aktiviteter.

Privatpersoner, organisationer och företag har erbjudits att kostnadsfritt låna elcyklar i upp till en vecka. Motprestationen för låntagarna var att svara på en utvärderingsenkät via e-post efter lånet. Totalt har 60 personer lånat elcykel och lådcykel och 28 personer har lånat elbil veckovis i projektet.

Målet var att 70 % av låntagarna skulle vilja fortsätta använda det fossilfria alternativet efter projektet. 86 % kan tänka sig att fortsätta använda elbil i tjänsten och 76 % kan tänka sig att fortsätta använda elcykel.

Responsen från låntagarna har varit mycket positiv. Projektet har t.ex. redan resulterat i att 6 % köpt en elcykel efter lånet och ytterligare 22 % har faktiska planer på att göra det.

Grönare resor och utlåningen av elcyklar kommer att fortsätta under 2015 och intresserade kan göra en anmälan via hemsidan.

Innehållsförteckning

1 Inledning 1
1.1 Bakgrund 1
1.2 Syfte 1
1.3 Målgrupp 1
1.4 Mål 1
2 Genomförande 2
2.1 Utlån av elcyklar 2
2.2 Utlån av elbil 4
2.3 Testfamilj 4
2.4 Grönare resor event 4
2.4.1 Earth Hour 4
2.4.2 Europeiska Trafikantveckan 4
2.5 Kommunikation 5
3 Resultat 5
3.1 Utlån av elcyklar 5
3.2 Utlån av elbil 8
3.3 Testfamilj 12
3.4 Grönare resor event 12
3.4.1 Earth Hour 12
3.4.2 Europeiska Trafikantveckan 12
3.5 Media 12
3.6 Ekonomi 13
4 Utvärdering 13
4.1 Måluppfyllelse 13
4.2 Reflektion 15
4.3 Fortsatt arbete 15

1 Inledning

1.1 Bakgrund

Transporter står för en stor del av länets energianvändning och utsläpp av växthusgaser. Det är därför avgörande att näringsliv och privatpersoner ställer om till effektiva och fossilfria transportslag för att det ska var möjligt att nå målet att bli en fossilbränslefri region 2030. Testprojekt där personer får prova på om mer hållbara alternativ kan fungera i deras vardag och på deras företag under en längre period har ofta positiv effekt.

1.2 Syfte

Syftet med projektet är att underlätta för bilister att förändra sina resvanor och börja pendla fossilfritt genom att erbjuda lån av elcykel och elbil. Tanken är att inspirera låntagarna att ta ett steg mot en mer miljösmart och hälsosam livsstil. Projektet syftar även till att öka kunskapen om olika alternativ för hållbart resande genom informationsinsatser och prova-på aktiviteter.

1.3 Målgrupp

De eldrivna cyklarna har varit möjliga att låna för både företag, organisationer och privatpersoner medan elbilen har lånats ut till företag och organisationer.

1.4 Mål

Övergripande målsättningar

- 4 mediainslag under projektperioden.
- 70 % av låntagarna har en mer positiv inställning till hållbart resande efter projektet jämfört med inställningen från början.
- 70 % av låntagarna ska vilja fortsätta använda det fossilfria alternativ efter projektet.

Specifika målsättningar

- **Elcykel:** Cykeln lånas ut minst 3 ggr/månad.
- **Lådcykel:** Cykeln lånas ut minst 3 ggr/månad
- **Testfamilj:** De vuxna i familjen åtar sig att använda fossilfria transportmedel vid 60 % av sina respektive resor till och från skola och arbete.
- **Elbil:** Elbilen lånas ut minst 3 ggr/månad.
- **Grönare resor event:** Sammantaget 30 personer korttidslånar olika typer av fossilfria alternativ under eventen.

2 Genomförande

Projektet har bestått av följande moment:

- Förberedande omvärldsbevakning och inläsning samt framtagande av projektansökan.
- Marknadsundersökning med telefonkontakt och studiebesök hos leverantörer av elcyklar och elbilar.
- Upphandling med framtagande av förfrågningsunderlag och utvärdering av anbud. När det gäller elbilen innebar det också arbete med att ta fram ett avtal med leverantören och ett avtal som reglerar lånet mellan Östersunds kommun och låntagaren.
- Produktion av informationsmaterial och instruktioner för de olika transportmedlen. Se bilaga 1 för exempel på instruktioner.
- Produktion av marknadsföringsmaterial, t.ex. annonser och affischer.
- Publicering av information på hemsida med ett formulär för intresseanmälan.
- Spridning av information i sociala medier.
- Kontakter med media och med intern informationsavdelning.
- Uppsökande av testfamilj och personlig kontakt med dem under låneperioden.
- Förbereda och genomföra presentationer om projektet vid olika informationstillfällen.
- Förbereda och genomföra event med provcykling och information.
- Stöldskyddsmärkning av samtliga elcyklar. Tyvärr blev en elcykel stulen vilket innebar arbete med att göra polisanmälan och hantera processen kring detta.
- Löpande kontakt per telefon och e-post med anmälda för att boka in och boka om lån.
- Löpande utlån varje vecka, personliga möten med låntagaren som inkluderade information om projektet, viskning av tranportmedlet och instruktioner om handhavande.
- Framtagande av utvärderingsenkäter som sedan skickades ut till låntagarna efter lånet.
- Förflyttning av transportmedlen vid leverans, förvaring över helgen, service etc.
- Utredning av slitage och skador på transportmedlen samt process för att åtgärda detta.
- Sammanställning av svar på utvärdering och kontakt med låntagare som ej svarat.
- Administrativt arbete med ekonomi, delrapportering och slutrapportering.

2.1 Utlån av elcyklar

Privatpersoner, organisationer och företag erbjuds att kostnadsfritt låna elcyklar i upp till en vecka. Information om projektet publicerades på hemsidan[1] där det även gick att göra intresseanmälan. Motprestationen för låntagarna var att efter lånet svara på en utvärderingsenkät via e-post om erfarenheterna av att elcykla. Det har även gjorts en uppföljning via e-post i slutet av projektet för att utvärdera om lånet lett till några långsiktiga resultat.

[1] www.ostersund.se/elcykel

Projektet smygstartade med en befintlig elcykel av äldre modell som tidigare använts som tjänstecykel i kommunförvaltningen. Elcyklar har upphandlats och köpts in i två omgångar, de första tre elcyklarna levererades i juni och juli 2014 och ytterligare tre i december 2014. Vid upphandlingarna skickades förfrågan till fem olika företag.

I juni och utökades projektet med en lådcykel, två elcyklar i klassisk modell och två cykelkärror. Den ena elcykeln lånades ut till testfamiljen med tillhörande cykelkärra. För att bredda utbudet av elcyklar samt ersätta den elcykel som blivit stulen har även en vikbar elcykel, en hybridcykel och ytterligare en klassisk elcykel köps in.

Elcyklarna köptes in utrustade med dubbdäck, snabbkoppling för sadeln och cykeldator, det följde även med låsvajer och hjälm. Se samtliga elcyklar i projektet i tabell 1.

Tabell 1. Elcykelmodeller i projektet

Typ	Modell/märke	Inköp	Beskrivning	Kommentar
Elcykel klassisk 1	Flyer	Augusti 2006	Klassisk damcykel, batteri vid sadelstolpen. Ca 5 mils räckvidd och 2 assistanslägen.	Befintlig äldre cykel.
Cargobike	Cargobike Classic Electric	Juni 2014	3-hjulig eldriven lastcykel med 6 växlar. Plats för 4 barn framtill, max last 100 kg. Batteri vid pakethållaren. 2,5 mils räckvidd och 6 assistanslägen.	
Elcykel Klassisk 2	Marvil E-motion Comfort	Juni 2014	Klassisk damcykel med 7 växlar. Batteri vid pakethållaren, 7 mils räckvidd och 9 assistanslägen.	Stulen i november.
Elcykel Klassisk 3	Marvil E-motion Comfort	Juni 2014	Klassisk damcykel med 7 växlar. Batteri vid pakethållaren, 7 mils räckvidd och 9 assistanslägen.	Varit utlånad till testfamilj
Cykelkärra 1	Merida	Juni 2014	Cykelkärra med plats för 2 barn att hänga bakom cykeln. Fungerar även som barnvagn.	
Cykelkärra 2	Merida	Juni 2014	Cykelkärra med plats för 2 barn att hänga bakom cykeln. Fungerar även som barnvagn.	Varit utlånad till testfamilj
Elcykel hybrid	Merida E-spresso	December 2014	Sportig herrcykel med 8 växlar, skivbromsar och stötdämpare. Batteri på ramen. 16 mils räckvidd och 4 assistanslägen.	
Elcykel Klassisk 4	Marvil E-motion Comfort	December 2014	Klassisk damcykel med 7 växlar. Batteri vid pakethållaren, 7 mils räckvidd och 9 assistanslägen.	
Vikbar elcykel	Ecoride Flexible	December 2014	Ihopvikbar elcykel med låg ram och mindre däck än normalt, 3 växlar. Batteri under sadeln. 5 mils räckvidd och 3 assistanslägen.	

2.2 Utlån av elbil

Företag och organisationer har erbjudits att kostnadsfritt låna elbil i en vecka. En förfrågan om intresse och pris gjordes till de bilhandlare som sålde rena elbilar. En leverantör var intresserad och det resulterade i hyra av en elbil som tidigare använts för utlån i Green Highway-projektet. Information om projektet publicerades på hemsidan[2] där det även gick att göra intresseanmälan. Motprestationen för låntagarna var att svara på en utvärderingsenkät som skickades ut i december till alla som testkört elbilen på arbetsplatserna. Utlåningen pågick från september till december 2014 och har nu avslutats.

2.3 Testfamilj

En bilåkande familj erbjöds att kostnadsfritt låna en elcykel för att kunna pendla till skola och arbete. Syftet var att inspirera och underlätta för dem att göra förändringar i sin vardag när det gäller transporter. Familjen har fungerat som ett gott exempel på hur man kan leva mer klimatsmart, ekonomiskt och hälsosamt genom att förändra sina resvanor. Testfamiljen har lånat en elcykel med cykelkärra för barn som de använt från juli till början av november 2014. Familjen har två barn och bor i Odensala, de vuxna arbetspendlar till Östersund och Brunflo. Motprestation för familjen var att varje månad rapportera in sina resor och att ställa upp på en slututvärdering. De har också ställt upp som ambassadörer i media.

2.4 Grönare resor event

Under projektet genomfördes två event med prova på-aktivteter och information för allmänheten. Ett event under våren i samband med Earth Hour och ett under hösten i samband med Europeiska Trafikantveckan.

2.4.1 Earth Hour

För att uppmärksamma Earth Hour arrangerade Östersunds kommun ett flertal aktiviteter i anslutning till dagen. Den 27 mars anordnades provkörning av elcykel och information om att låna elcykel genom Grönare resor på Stjärntorget. Under arrangemanget gjordes ett videoklipp om elcyklar och projektet, se bilaga 2 a. Se även annonsen för eventet i bilaga 2 b, den bekostades ej av projektet.

2.4.2 Europeiska Trafikantveckan

Den 19 september, under Europeiska trafikantveckan, arrangerades en elbilssalong på Stortorget i samarbete med bilhandlarna. Då visades även den elbil som användes för utlån och det fanns möjlighet att provköra. I Storsjöteaterns foajé kunde man få information om

[2] www.ostersund.se/omoss/miljoarbetet/grontrafik/elbilarladdinfrastruktur/lanaenelbil

Grönare resor och anmäla intresse för att låna både elbil och elcykel i Grön Trafiks monter. Man kunde också gå en tipsrunda och tävla om en veckas lån av elbilen.

Den 20 september arrangerades ett cykelevent på Stortorget. Det var då visning och provkörning av Grönare resors elcykel och lådcykel, och man kunde anmäla intresse för att låna både elcykel och elbil. Cykeleventet genomfördes i samarbete med cykelhandlarna som också visade sina elcyklar. Under dagen visades även en historisk cykel från Jamtli, det var cykelloppis och man kunde besöka cykeldoktorn. Se annonser i bilaga 2 c och 2 d.

Den 21 september stängdes Rådhusgatan av framför Rådhuset till förmån för en rad olika aktiviteter med syfte att visa vad man kan använda våra gator till om biltrafiken tog mindre plats. Då var det också visning och provkörning av Grönare resors elcykel och lådcykel.

2.5 Kommunikation

Grönare resor har kommunicerats genom följande kanaler:

- Nyhet på Östersunds kommuns hemsida[3], se bilaga 2 e.
- Nyhet på kommunens interna webbplats Insidan, se bilaga 2 f.
- Information på Grön Trafiks webbsidor[4], se bilaga 2 g och 2 h.
- Sociala medier via grön Trafiks Facebooksida[5], se bilaga 2 i.
- Information om projektet för miljöombuden inom kommunförvaltningen vid fyra tillfällen. Det har även informerats om projektet vid presentationer för t.ex. Regionförbundet och vid SKL:s cykelkonferens i Malmö.

3 Resultat

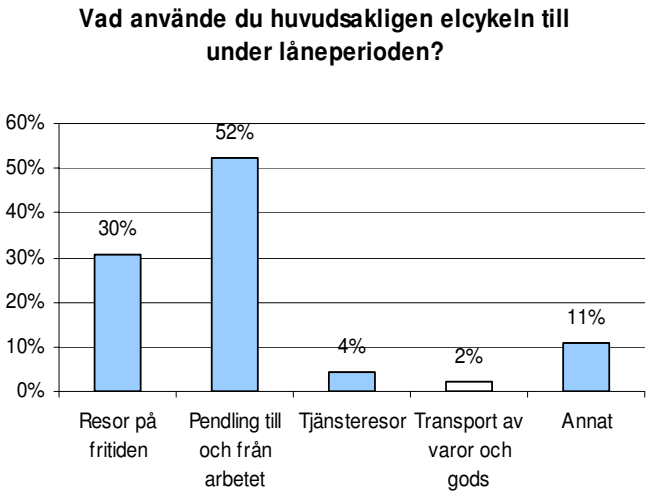
3.1 Utlån av elcyklar

Totalt har 60 personer lånat elcykel och lådcykel veckovis i projektet från vintern 2013/2014 till och med december 2014. Av de 46 som svarat på utvärderingsenkäten var 52 % kvinnor och 48 % män. Majoriteten var privatpersoner, 85 %, och 11 % var företag. Elcykeln användes framför allt till arbetspendlig (52 %) och resor på fritiden (30 %), se figur 1. Elcykeln ersatte oftast resor med vanlig cykel (57 %) och resor med bil (35 %) och den användes oftast i stadsmiljö, se figur 2 och 3.

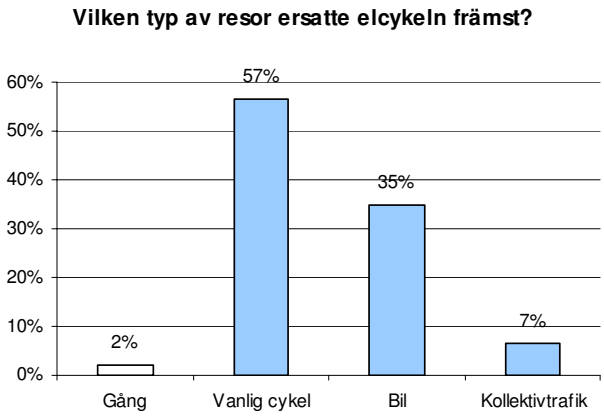
[3] www.ostersund.se

[4] www.ostersund.se/elcykel och www.ostersund.se/elbil

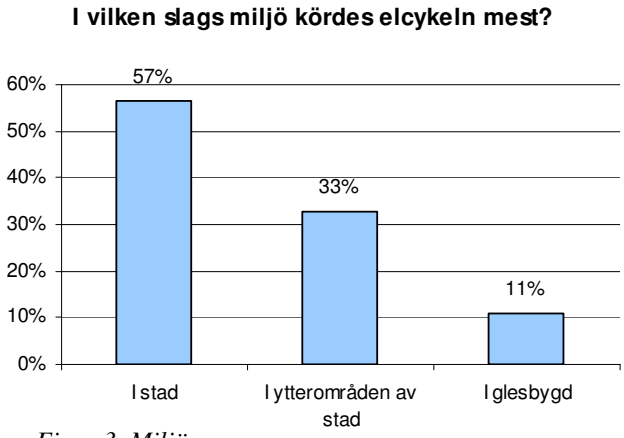
[5] www.facebook.se/gronaetrafik



Figur 1. Användningsområde

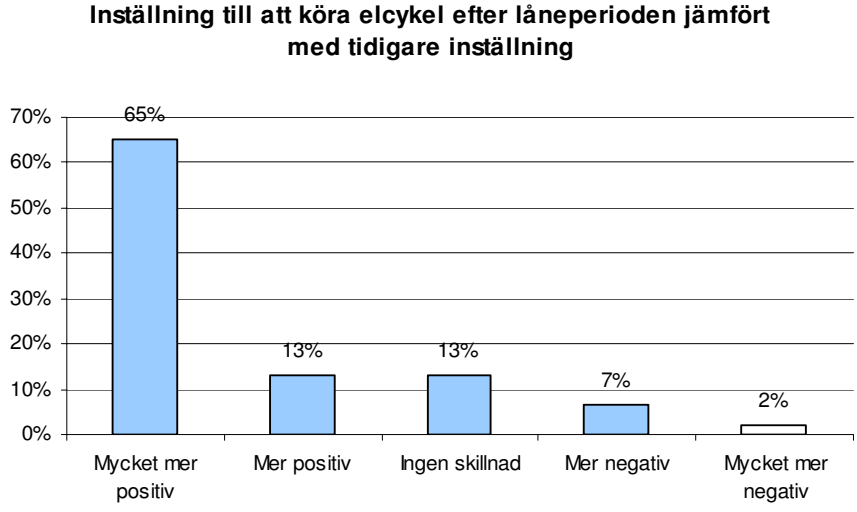


Figur 2. Ersatta resor



Figur 3. Miljö

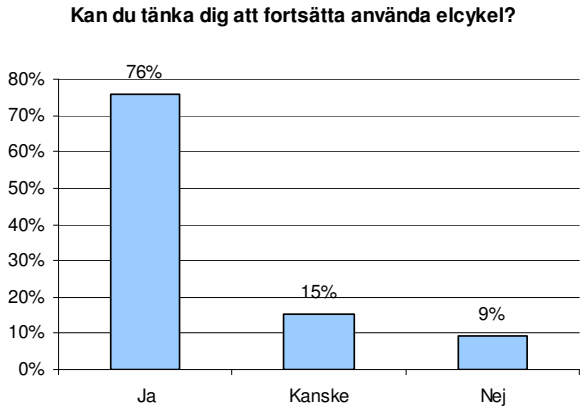
Hela 78 % är *Mer positiv* eller *Mycket mer positiv* till elcykel efter låneperioden, se figur 4. I de fall låntagaren svarat ”mer negativ” kan de bero på att de lånat elcykeln av äldre modell som är mer sliten eller lådcykeln som kan upplevas svår att köra på grund av svängradien och som även har krävt en del service under projektets gång.



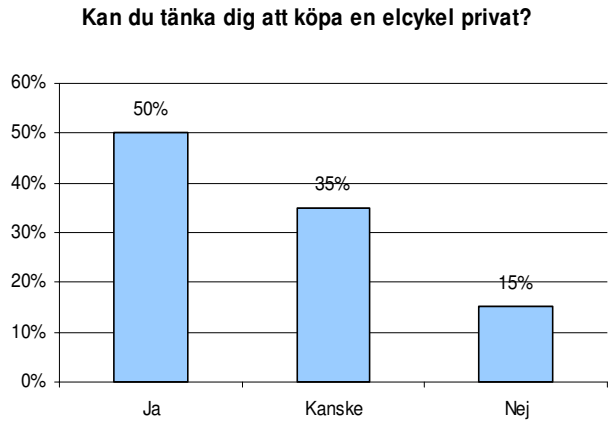
Figur 4. Inställning

76 % kan tänka sig att fortsätta använda elcykel, se figur 5. Denna fråga har dock tillkommit senare för att det ska vara möjligt att följa upp målen i projektansökan, därför har bara 33 av 46 låntagare svarat på frågan.

Många beskriver det som en mycket bra upplevelse att få prova på elcykel i vardagen. Hela 50 % kan tänka sig att köpa en elcykel, se figur 6. I januari 2015 gjordes en uppföljning som 49 personer svarade på. Av dessa hade tre stycken (6 %) köpt en elcykel efter lånet och ytterligare elva personer (22 %) svarade att de inte har köpt någon elcykel ännu men har faktiska planer på att göra det. Responsen från låntagarna har varit mycket positiv. En kommentar i utvärderingen var t.ex. "Det kändes mäktigt att ta sig fram med elkraft!".



Figur 5. Fortsatt användning



Figur 6. Inköp av elcykel

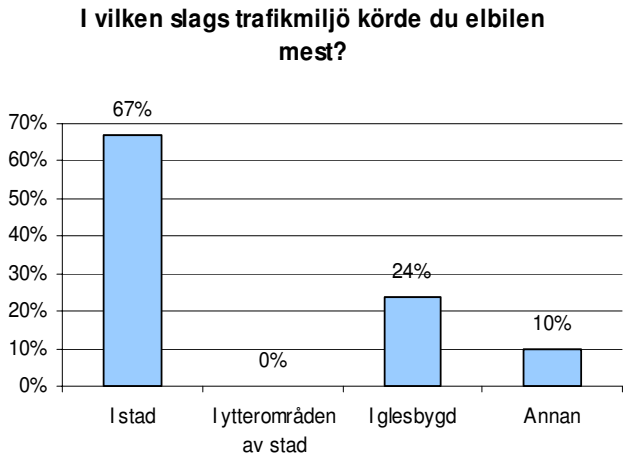
Elcyklarna har lånats ut mellan 2-2,6 veckor i snitt per månad då de varit tillgängliga. Under en del perioder har elcyklarna inte varit tillgängliga pga. service och underhåll, de nya elcyklarna levererades i juni respektive juli. Se tabell 2 för en sammanställning av utlån per månad och cykel under projektperioden från mars till och med december 2014.

Tabell 2. Antal utlån av elcyklar per cykel och månad

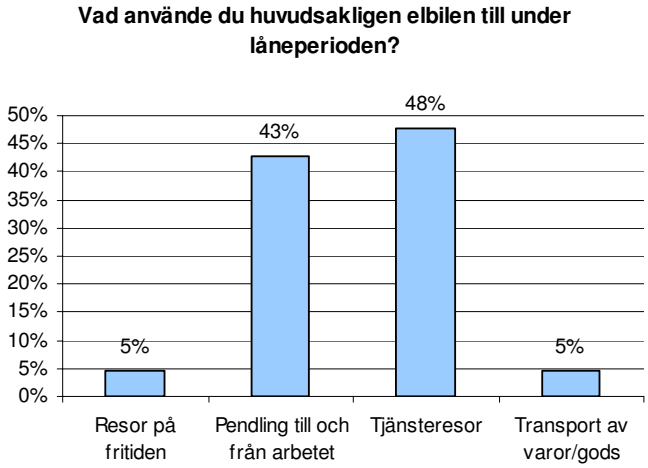
	Elcykel 1 (Flyer)	**Elcykel 2 (Marvil)**	**Lådcykel**
Mars	2	Ej tillgänglig	Ej tillgänglig
April	3	Ej tillgänglig	Ej tillgänglig
Maj	1	Ej tillgänglig	Ej tillgänglig
Juni	2	1	Ej tillgänglig
Juli	3	3	2
Augusti	4	3	3
September	2	2	Service
Oktober	3	4	1
November	3	2	2
December	Service	Ej tillgänglig	2
Medel utlån/mån	**2,6**	**2,5**	**2**

3.2 Utlån av elbil

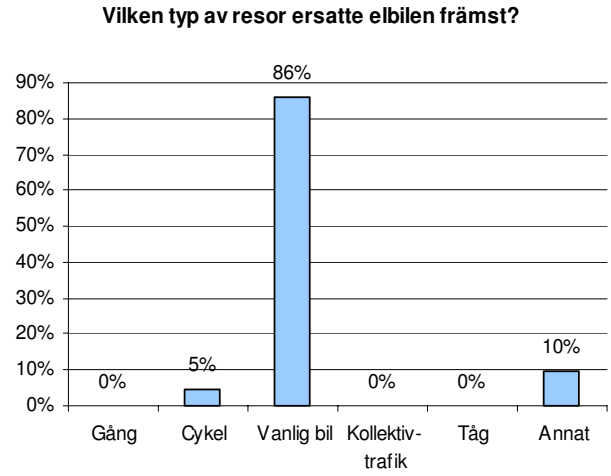
Elbilen har varit utlånad samtliga veckor mellan september och december 2014 (v. 36-46), undantaget en vecka då den varit på service. Totalt har 28 personer varit testförare under projektet, ofta har flera personer på samma arbetsplats provkört. Av de 22 personer som svarat på utvärderingsenkäten var 23 % kvinnor och 77 % män. Elbilen har framför allt körts i stadsmiljö (67 %) och den har använts till pendlig och tjänsteresor, se figur 7 och 8. I majoriteten av fallen har elbilen ersatt en vanlig bil och det har fungerat bra att ladda, se figur 9 och 10.



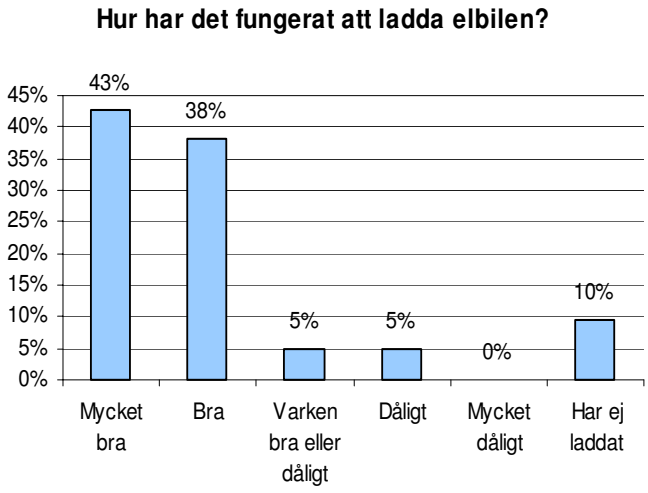
Figur 7. Trafikmiljö



Figur 8. Användningsområde

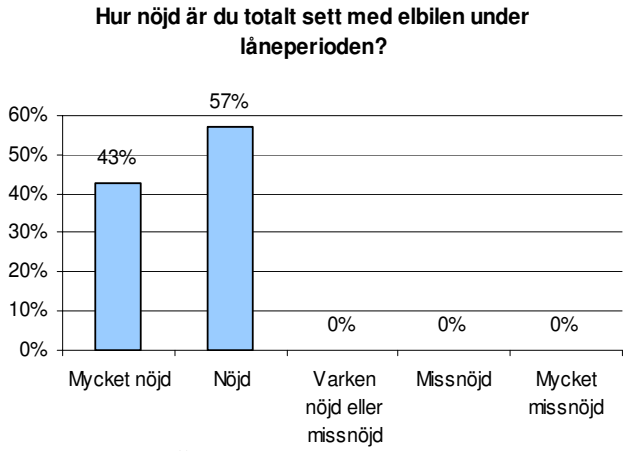


Figur 9. Ersatta resor

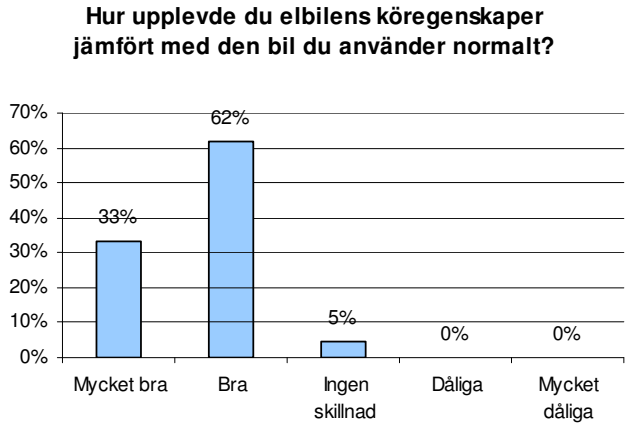


Figur 10. Laddning

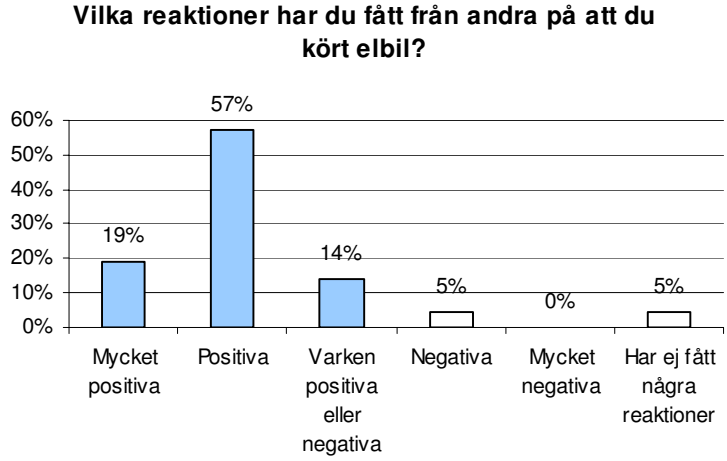
Den största delen av testförarna var nöjda med elbilen under låneperioden och upplevde till och med att elbilens köregenskaper var bättre eller mycket bättre än den bil de använder normalt sett, se figur 11 och 12. De har också fått många positiva reaktioner från andra, se figur 13, låntagarna kan fungera som ambassadörer för hållbara tranportalternativ.



Figur 11. Nöjdhet

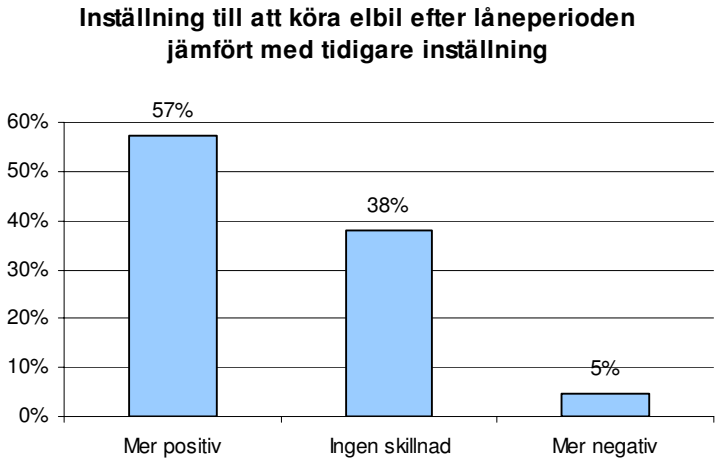


Figur 12. Köregenskaper

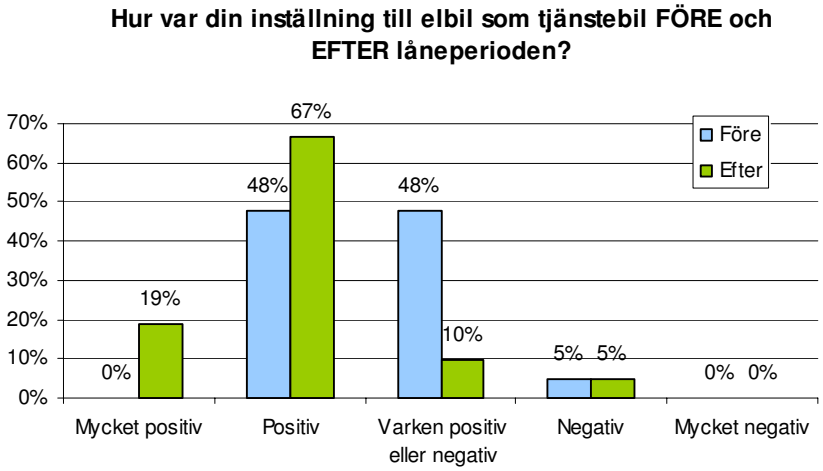


Figur 13. Reaktioner från andra

57 % av testförarna var hade en mer positiv inställning till elbil efter låneperioden jämfört med innan, se figur 13. I fallet då svaret var mer negativ kommenterade låntagaren att det krävs längre räckvidd. Bland dem som svarade ingen skillnad var majoriteten redan positiva. Inställningen bland testförarna har förändrats från *Varken positiv eller negativ* och *Positiv* till en större andel som svarat *Positiv* och nu även *Mycket positiv*, se figur 14.

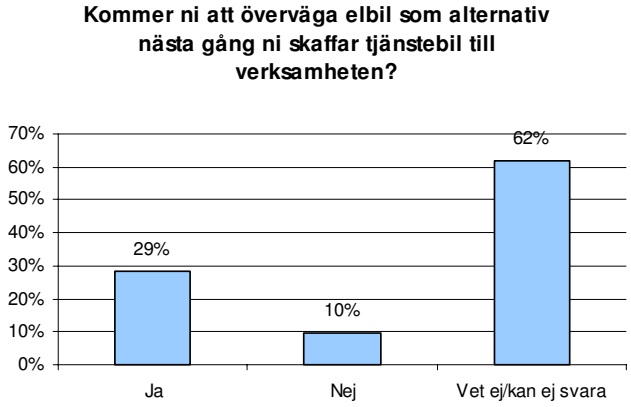


Figur 13. Förändring i inställning till att köra elbil

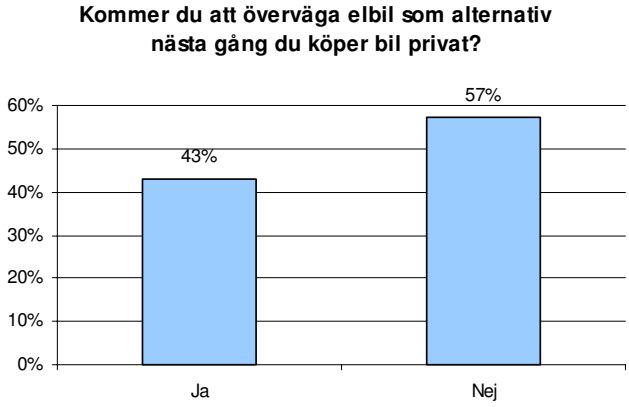


Figur 14. Inställning till att köra elbil före och efter låneperioden

Enligt enkäten kommer 29 % att överväga elbil vid nästa inköp av tjänstebil till verksamheten, den låga siffran kan bero på att de flesta testförarna inte har ansvar för detta och därför inte kan svara på frågan, se figur 15. Intressant är dock att 43 % av testförarna säger att de kommer att överväga elbil som alternativ nästa gång de köper bil privat, se figur 16.

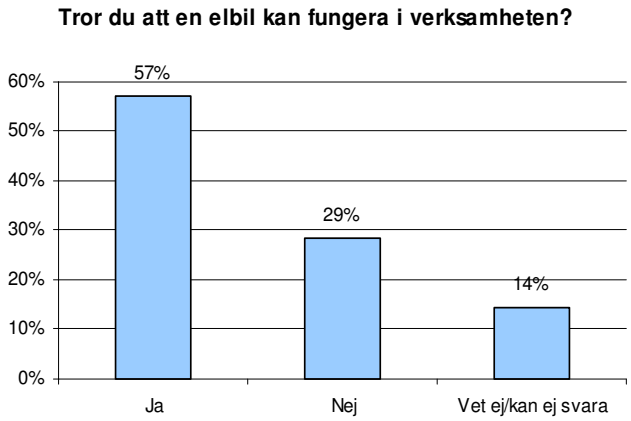


Figur 15. Elbil som alternativ vid inköp till verksamhet

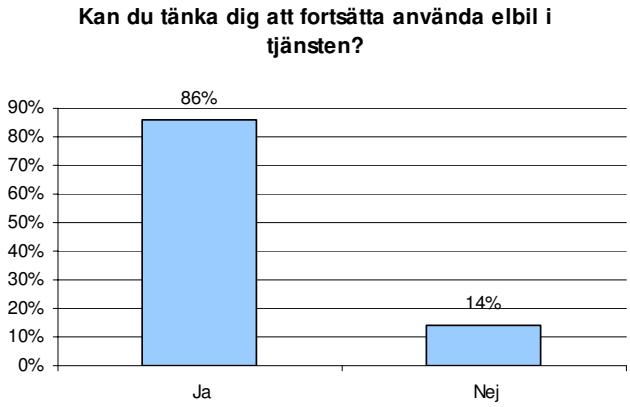


Figur 16. Elbil som alternativ vid privat inköp

Det finns i nuläget inget företag som faktiskt tagit beslut om att köpa in en elbil till verksamheten. 57 % av testförarna tror dock att en elbil kan fungera i verksamheten och hela 86 % kan tänka sig att använda elbil i tjänsten, se figur 17 och 18.



Figur 17. Elbil i verksamheten



Figur 18. Fortsatt användning

3.3 Testfamilj

Testfamiljen har cyklat 574 km med elcykeln under perioden juli till oktober, ca 454 km av dessa var resor till och från arbetet. Testfamiljen som inte cyklade alls tidigare har under perioden elcyklat 28,5 av 89 arbetsdagar, det motsvarar 32 %. Fördelningen mellan de båda vuxna var 48 % respektive 16 % av arbetsresorna med elcykel. Arbetsresorna med elcykel motsvarar en reducering av utsläppen med ca 81 kg koldioxid i jämförelse med bil.

Familjen upplevde låneperioden som positiv och överväger att skaffa en elcykel. Det använde främst elcykeln till arbetsresor, vilket också var tanken, men även till fritidsresor och då särskilt under semestern. Se intervju med familjen i bilaga 2 e och bilaga 3 a.

3.4 Grönare resor event

3.4.1 Earth Hour

Under aktiviteten anmälde 8 personer sitt intresse för att låna elcykel och ca 15 personer provkörde elcykeln.

3.4.2 Europeiska Trafikantveckan

Under veckans aktiviteter anmälde 7 personer sitt intresse för att låna elcykel och ca 20 personer provkörde elcykel och elbil.

3.5 Media

Det har publicerats fem artiklar om projektet, se inslagen i bilaga 3.

3.6 Ekonomi

I tabell 3 följer en sammanställning av de totala utgifterna i projektet. Utöver detta finns indirekta kostnader för t.ex. hemsida och arbetstid nerlagd av informationsavdelningen.

Tabell 3. Total kostnad för projektet

Leverantör	Beskrivning	Summa (kr ex moms)	Bilaga
Söder Sport	1 st Cargobike, 2 st Marvil E-motion, 2 st cykelkärror, hjälmar och övrig utrustning	42 279,12	4
Stadium	Väskor till elcyklarnas utrustning	216,00	5
Ivars Bil	Hyra elbil sept-dec	10 500,00	6
Arkitektkopia	Programblad till Trafikantveckan	1 000,00	7
Mittmedia	Annons i LT och ÖP inför Trafikantveckan	1 000,00	8
Söder Sport	Service bromklossar lådcykel	880,80	9
Söder Sport	1 st Marvil E-motion, 1 st Ecoride Flexible, 1 st Merida E-Spresso Hybrid, hjälmar, väskor och övrig utrustning	38 152,00	10
Fotograf Göran Strand	Film om elcykel	4 000,00	11
Ivars Bil	Slutbesiktning och reparation av skador på elbil	11 900,00	12
Totala utgifter		**109 927,92**	
Östersunds kommun	Arbetstid (380 timmar á 350 kr)	133 000,00	13
Total kostnad inklusive arbetstid		**242 927,92**	

Se bilaga 13 för Grön Trafiks tidsredovisning. Se bilaga 4-12 för verifikationer samt bilaga 14 för rekvisitionsblankett.

4 Utvärdering

4.1 Måluppfyllelse

Övergripande målsättningar

- Målet var 4 inslag i media.

  Målet har uppfyllts då det har publicerats 5 inslag i media om projektet. Se bilaga 3 för en sammanställning av inslagen.

- Målet var att 70 % av låntagarna skulle ha en mer positiv inställning till hållbart resande efter projektet jämfört med inställningen från början.

Målet har delvis uppfyllts då sammanlagt 78 % var mer positiva till att använda elcykel. 57 % var mer positiva till att köra elbil, att målet inte nås kan bero på att många redan hade en positiv inställning och har behållit den. Totalt är dock 86 % av låntagarna positiva eller mycket positiva till att använda elbil.

- Målet var att 70 % av låntagarna skulle vilja fortsätta använda det fossilfria alternativet efter projektet.

  Målet uppfylls då 86 % kan tänka sig att fortsätta använda elbil i tjänsten och 76 % kan tänka sig att fortsätta använda elcykel.

Specifika målsättningar

- **Elcykel:** Cykeln lånas ut minst 3 ggr/månad.

  De två elcyklarna har lånats ut i snitt 2,6 och 2,5 veckor per månad. Att målet inte riktigt uppfylls beror t.ex. på att låntagarna vid flera tillfällen inte kommit och att det då inte varit möjligt att hitta någon ersättare med kort varsel. Cyklarna har även använts under event och varit i behov av service vissa veckor. Cykelkärran för barn som gick att låna till elcykeln var mindre populär än lådcykeln, den har endast lånats ut ett fåtal gånger.

- **Lådcykel:** Cykeln lånas ut minst 3 ggr/månad.

  Lådcykeln har lånats ut i snitt 2 veckor per månad. Att målet inte uppfylls beror på samma anledningar som elcyklarna ovan, lådcykeln har i större grad varit i behov av reparation och service.

- **Testfamilj:** De vuxna i familjen åtar sig att använda fossilfria transportmedel vid 60 % av sina respektive resor till och från skola och arbete.

  Testfamiljen har använt elcykeln 28,5 av 89 arbetsdagar mellan juli och oktober, det motsvarar 32 %. Fördelningen mellan de båda vuxna var 48 % elcykel och 17 % gång respektive 16 % elcykel. Målet uppnås då för den ena parten med 64 % elcykel och gång. Målet hade kanske varit lättare att nå om familjen i det här fallet hade haft tillgång till två elcyklar.

- **Elbil:** Elbilarna lånas ut minst 3 ggr/månad.

  Målet uppfylls då elbilen har lånats ut samtliga veckor.

- **Grönare resor event:** Sammantaget 30 personer korttidslånar olika typer av fossilfria alternativ under eventen.

  Målet uppfylls då 40 personer har provkört elcykel och elbil under aktiviteterna i samband med Earth Hour och Europeiska Trafikantveckan.

4.2 Reflektion

Det rymdes fler elbilar inom budgetramen men intresset från bilhandlarna har varit svalt. Det kan vara på grund av vi endast varit intresserade av rena elbilar och då fanns ett begränsat antal modeller, det är dessutom lång leveranstid på nya bilar.

I ansökan planerade vi utlån av en påhängscykel och en annan typ av lådcykel för barn. Utbudet var dock begränsat och intresset litet, istället bedömde vi att två cykelkärror som hängs på cykeln och lådcykeln som också rymde barn fyllde det behovet.

Elcyklarna hade främst ersatt vanlig cykel vilket är mindre bra ur miljösynpunkt. Det är dock positivt att bilresor ersatts i så pass hög grad som 35 % och att man inte har ersatt gång och kollektivtrafik. Det skulle vara intressant att studera användningen av elcykeln mer ingående. Sannolikt har projektet attraherat cyklister i första hand, vilket kan vara bra att beakta vid val av målgrupp i fortsättningen. Generellt sett är det svårt att dra långtgående slutsatser då låneperioden för varje deltagare varit kort. En högre svarsfrekvens på enkäterna hade också varit önskvärd, det har varit svårt att få in svar trots att upp till fyra påminnelser skickats till låntagarna.

Tidsplanen har förskjutits då projektet har varit mer arbetskrävande än förväntat och särskilt upphandlingsprocessen har dragit ut på tiden, därför startade utlåningen av de nya cyklarna i juni istället för april 2014 och har pågått längre. Eftersom det inte finns lediga laddplatser vid kommunhuset har bilen mellan byten parkerats hos leverantören i Odenskog vilket har ökat tidsåtgången.

Något vi blivit varse under projektet är att man behöver räkna med service och reparationer av transportmedlen i den här typen av projekt. Det blir slitage och skador som behöver åtgärdas innan det går att låna ut igen vilket innebär extra kostnader. En elcykel blev också stulen trots att den var låst.

Marknadsföringsinsatserna har tonats ner jämfört med vad som var planerat, det blev snabbt många anmälda och vi ville undvika för långa väntetider.

Den äldre elcykeln har fått kommentarer i utvärderingen av låntagare som upplever att den har kort räckvidd och är kraftlös vilket kan ha påverkat deras upplevelse negativt. På grund av detta överväger vi att inte låna ut den i fortsättningen.

4.3 Fortsatt arbete

Grönare resor och utlåningen av elcyklar kommer att fortsätta under 2015 och intresserade kan göra en anmälan via hemsidan. I anmälningslistan finns i dagsläget ett 60-tal personer som är intresserade av att låna elcyklar av olika modeller. De elcyklar som köptes in i december gör att det nu finns ett större utbud som passar olika behov. Just nu pågår ett arbete med att uppdatera hemsidan och utvärderingsenkäten samt att marknadsföra projektet. Grön Trafik söker även en ny testfamilj som är intresserad av att förändra sina resvanor.

Grön Trafik planerar också att rikta oss mer specifikt till företag som då kan få låna en elcykel under en längre period, upp till 3 veckor. Arbetsgivaren kan i sin tur låna ut elcykeln till anställda som vill prova den för att arbetspendla, för tjänsteresor eller på fritiden.

Utlån av elbil fortsätter för närvarande inte. Idag finns fler modeller att välja på och Grön Trafik överväger att fortsätta utlåningen med en elbil av transportmodell. Det skulle vara intressant eftersom vi bedömer att det finns många lätta lastfordon som kör korta sträckor i Östersund.

Bilaga 1 a. Instruktion elcykel

Instruktion – elcykel Marvil

1) Sätt i batteriet i pakethållaren. Skjut batteriet så långt fram det går. Ta ur nyckeln.

2) Lås upp hjulhuset genom att vrida nyckeln (AXA) till höger. Nyckeln sitter fast i låset.

3) Justera höjden på sadeln med hjälp av snabbfästet.

4) Tryck på håll on/off-knappen i 2 sekunder för att slå av och på kontrollpanelen. Den kommer att stängas av automatiskt efter 5 minuters inaktivitet.

5) Tryck + eller – för att växla genom 9 effektlägena. Valt effektläge visas på den stora LCD-displayen. Håll in (+) för att tända/släcka lampan. Håll in (-) för att få assistans när du leder cykeln. Räckvidden är upp till 7 mil i läge 1.

6) När du har cyklat klart:
- Stäng av på on/off-knappen.
- Lås hjulhuset, använd medföljande vajer för att låsa fast cykeln i t.ex cykelstället.
- Ta ur batteriet genom att vrida nyckeln till vänster och dra ut batteriet samtidigt.

7) Ladda batteriet med tillhörande laddaren som endast är avsedd för inomhusbruk. Se laddningsgrad genom att trycka och hålla in batteriets Powerknapp. Laddtid är 4-6 timmar.

Återlämning sker till Kundcenter i Rådhuset senast måndag mellan kl 08:00 och 08:30 följande vecka.

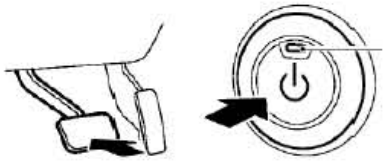
Bilaga 1 b. Instruktion elbil

Nissan Leaf – Instruktioner kortversion

För mer utförlig info se manualen som ligger i handskfacket.

För att starta:

1. Ta ur laddsladden och stäng laddningsluckan.
2. Se till att nyckeln finns i bilen,
   t.ex. i facket vid växelspaken eller i jackfickan
3. Tryck och håll ned bromsen
4. Tryck på POWER-knappen

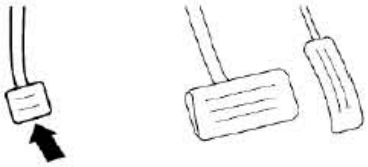


Vill du se displayen med GPS tryck på OK-knappen

För att köra:

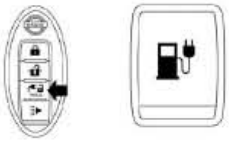
1. Om parkeringsbromsen är i så sitter pedalen till vänster mot dörren till (vid vänsterfoten)
2. Bromsa och lägg i Drive/Reverse för att komma iväg

För att lägga i parkeringsläge tryck på P-knappen på växelspaken.



För att ladda:

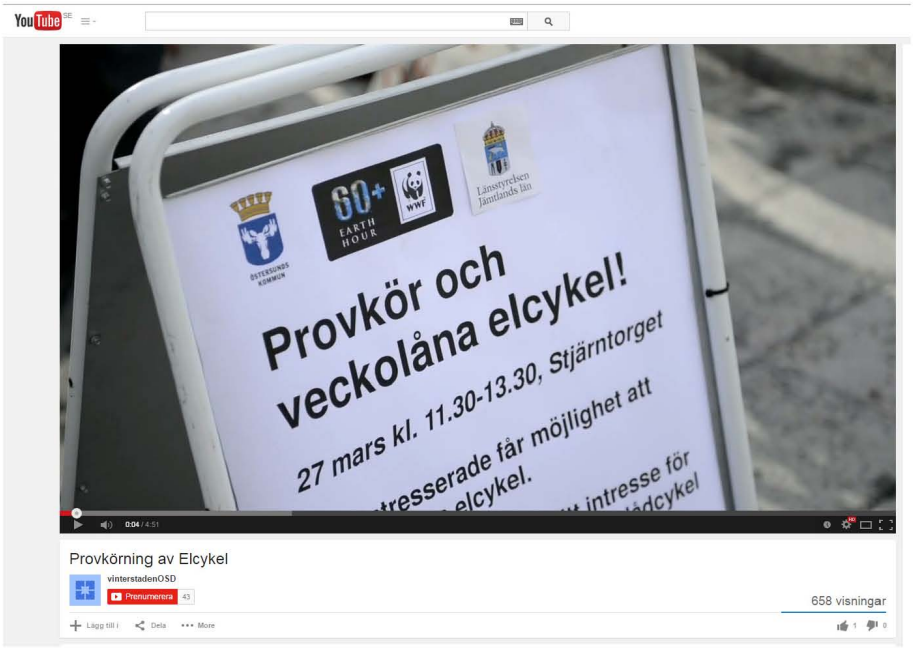
1. Stäng av bilen
2. Öppna laddningsluckan genom att trycka och hålla nere öppninsknappen på nyckeln eller på knappen till vänster om ratten.
3. Anslut kabeln till eluttaget
4. Öppna laddningsporten på bilen och sätt i laddningskontakten.



- Ladda bilen under natten, när du har tillfälle vid paus under körning och alltid mellan körningar.
- Normal laddning sker via ett eluttag med 220-240 V och minst 10 A.
- Karta över offentliga laddplatser finns på www.uppladdning.nu. Laddningskontakten kallas TYP 1 och laddstolpen har ofta fast kabel.
- Bilen kan även snabbladdas i Östersund (Lillänge, Storsjö strand), Trångsviken (Bygdegården), Storlien (COOP) och Åsarna (Olstavägen 26).

Bilaga 2 – Kommunikation

Bilaga 2 a. Film om elcykling på Östersunds kommuns hemsida, publicerad 2014-05-07. www.ostersund.se/elcykel, http://www.youtube.com/watch?v=5DZ6z0ABNGA



Bilaga 2 – Kommunikation

Bilaga 2 b. Annons i ÖP inför Earth Hour, publicerad 22 mars 2014.

Information från Östersunds kommun
www.ostersund.se

60+
EARTH HOUR

Ta ställning i klimatfrågan, delta i världens största miljömanifestation tillsammans med oss!

Östersunds kommun uppmärksammar Earth Hour med flera arrangemang under veckan, som avslutas med Earth Hour i Vinterparken lördag den 29 mars . Välkommen!

Aktiviteter

Provkör och veckolåna elcykel
27 mars kl 11.30-13.30 på Stjärntorget kan du få prova på att cykla elcykel och även få möjligheten att låna en elcykel under en vecka av Grön Trafik. Aktiviteten är ett samarbete med länsstyrelsen.

Gör din egen solel
Lördag 29 mars kl 11-15 finns Jämtkraft på plats i Vinterparken för att berätta om hur du kan producera egen solenergi.

Earth Hour i Vinterparken

Lördag 29 mars uppmärksammar vi Earth Hour i Vinterparken, se hur stan släcks ner och njut av en spektakulär eldshow med Cirkus Kul och Bus.

Gå med i fackeltåget till Stortorget så skänker Jämtkraft 20 kr per fackelbärare till GiveWatts i Kenya. GiveWatts förser områden i Kenya som saknar elektricitet med ren och säker energi.

Vi bjuder på fika!

Tid och plats:
Vinterparken, lördag 29 mars kl 20.30-21.30

Läs mer om aktiviteterna och se programmet för Earth Hour i Vinterparken på www.ostersund.se/omoss/miljoarbetet/earthhour

Jämtkraft

Får jag lov?

Har du frågor om bygglov, detaljplaner, vatten/avlopp, energirådgivning, strandskydd, buller eller annat inom byggande, renovering och liknande? Då är du välkommen till våra Öppet hus-kvällar i Rådhuset under våren!

Handläggare med en rad olika kompetensområden finns på plats för att besvara dina frågor.

Tisdag 25 mars	kl 18-20*
Torsdag 3 april	kl 18-20*
Tisdag 8 april	kl 18-20*

*Energirådgivare finns på plats kl 18-19

Plats: Rådhusets cafeteria

Vi bjuder på fika. Varmt välkommen!

Bygglov

Berörda sakägare med flera har möjlighet att yttra sig över nedanstående bygglovansökan senast 7 april 2014. Handlingarna finns hos Samhällsbyggnad, Rådhuset, Östersund.

1.Staden 4:1, Samuel Permans gata 9. Ansökan om tidsbegränsat bygglov för nybyggnad av uteservering. Placering av uteserveringen sker på gatumark.

Miljö- och samhällsnämnden

Kommunstyrelsen

sammanträder tisdagen den 25 mars 2014 kl 08.30 Domsalen, Rådhuset, Östersund. Sammanträdet är öppet för press och allmänhet från kl 09.00.

Välkommen!
AnnSofie Andersson, Ordförande

Bilaga 2 c. Annons i LT och ÖP inför Europeiska Trafikantveckan, publicerad i september 2014.

Bilaga 2 – Kommunikation

Bilaga 2 d. Annons i programblad inför Europeiska Trafikantveckan, publicerad i september 2014.

Bilaga 2 e. Artikel på Östersunds kommuns hemsida, publicerad 2015-01-20.
http://www.ostersund.se/nyheterprojektstartsida/nyheterstartsida/nyhetsarkiv/nyhetsarkiv2013/lanavelcykelinspirerartillnylivsstil.5.3e11750b14ae81c49053f620.html

Translate | International | Teckenspråk | Sápmi

östersund.se

Om oss | Barn/Utbildning | Bo/Leva | Kultur/Fritid | Politik/Inflytande | Stöd/Omsorg/Vård | Arbete/Näringsliv | Om Östersund

Ange sökord Sök

Du är här: Startsida | Nyhetsarkiv

Nyhetsarkiv
Klicka här för att läsa fler nyheter

Lyssna

Lån av elcykel inspirerar till ny livsstil

2015-01-20

Anders Hurtigh

Det är sen eftermiddag, termometern visar på minus elva och Anders Hurtigh kommer från jobbet för att återlämna den elcykel som han och hustrun Jannini har fått låna av Östersunds kommun sedan början av juli. Cykeln är en klassisk damcykel av märket Marvil E-Motion med tillhörande cykelkärra.

– Vi är jättenöjda. Vi använde den en bit in i november, i snitt fyra gånger i veckan, berättar han.

Anders och Jannini bor i Odensala med sina två söner och de har turats om att använda cykeln när de pendlat till sina respektive jobb som distriktssköterska och sjuksköterska i Östersund och Brunflo.

– Det tog mig bara 25 minuter att åka till hälsocentralen i Brunflo. Det enda negativa egentligen var att det blev rätt kallt att cykla när vintern kom. Jag blev också lite rädd att cykla när det blev snö. Men det är en vanesak, säger han.

Hur fungerar elcykeln?
– Du cyklar precis som på en vanlig cykel. Skillnaden är bara att du får hjälp av en batteridriven elektrisk motor när du trampar.

Vad ser ni för fördelar en elcykel?
– Man pendlar till jobbet snabbt utan att bli svettig. Det är roligt och bra för miljön. Just miljöaspekten var extra viktig för oss. Sen kostar det inget att använda en elcykel jämfört med en bil och den är ju mycket smidigare. Ja, det är många fördelar.

Vad tyckte era barn?
– De gillade cykeln jättemycket. I somras cyklade vi överallt och hade picknick längs Storsjön. Killarna tyckte det var kul när det gick lite snabbare. Vi kommer att fortsätta att låna en elcykel till våren, men då ska vi testa en lådcykel en vecka. Cykelkärran passar bättre för lite mindre barn. Planen är att köpa en elcykel längre fram. Vi har även lånat ut elcykeln till kompisar och de är lika entusiastiska som vi. Jag uppmanar alla att testa, säger Anders.

Utlåningsprojektet "Grönare resor" drivs av Grön Trafik och startade under våren 2014. Projektet har tilldelats pengar ur Länsstyrelsens klimatmedel och syftet var att underlätta för bilister att förändra sina resvanor och börja pendla fossilfritt genom att erbjuda lån av elcyklar och elbil.

Anders Hurtigh och Maria Olsson

– Genom att öka kunskapen om olika alternativ för hållbart resande vill vi inspirera låntagarna, både privatpersoner och företagare, till en mer hållbar och hälsosam livsstil. Projektet och utlåningen av elcyklar kommer att fortsätta under 2015. Vi söker också en ny testfamilj som är intresserad av att förändra sina resvanor, säger Maria Olsson, Grön Trafikrådgivare.

Grönare resors elcyklar

Det finns:
tre klassiska damcyklar, en hybridcykel, en lådcykel samt en vikbar cykel. Utlåningen av elcyklar gäller både för företag och privatpersoner.

Låneperioden är 1-3 veckor

Testfamiljen däremot lånar cykel en längre period.

Intresseanmälan: www.ostersund.se/elcykel

Låntagarna kontaktas när det är deras tur. Motprestationen är att svara på en utvärderingsenkät.

Grön trafik har sammanställt utvärderingarna av projektet fram till årsskiftet och responsen från låntagarna är mycket positiv.
Totalt har 60 personer lånat elcykel och av dem som svarat på enkäten är 78 procent mer positiva till elcykel efter att ha lånat och 54 procent kan tänka sig att fortsätta använda elcykel.

Tipsa någon om denna artikel

Share

Publicerat: 2015-01-20 Skriv ut

Kundcenter
063 14 30 00
Skriv till oss

Bilaga 2 – Kommunikation

Bilaga 2 f. Artikel på kommunens interna webb Insidan, publicerad 2015-01-21.

Insidan

Startsidan | Styrdokument | Förvaltningarna | Jag & Jobbet | Verktyg & Tjänster

Du är här: Insidan | Nyhetsarkiv - nyheter för alla

Nyhetsarkiv

Publicerat: 2015-01-21 av:

Malin Moberg

Lyssna

Nyhet för alla: 2015-01-21 16.01

Elcyklar finns att låna

Året är nytt och januari är den månad då det finns ett extra stort intresse att ändra gamla vanor.

Är du en av dem som av olika anledningar vill förändra din vardag, så har du nu en ypperlig chans. Östersunds kommun lånar nämligen ut elcyklar helt kostnadsfritt.
– Genom att öka kunskapen om olika alternativ för hållbart resande vill vi inspirera till en mer hållbar och hälsosam livsstil, säger Maria Olsson, Grön Trafikrådgivare

Grönare resor

Utlåningsprojektet "Grönare resor" drivs av Grön Trafik och startade under våren 2014. Projektet har tilldelats pengar ur Länsstyrelsens klimatmedel och syftet var att underlätta för bilister att förändra sina resvanor och börja pendla fossilfritt genom att erbjuda lån av elcyklar och elbil.

–Projektet och utlåningen av elcyklar kommer att fortsätta under 2015. Vi söker också en ny testfamilj som är intresserad av att förändra sina resvanor.
Testfamiljen lånar cykeln en längre period, säger Maria Olsson.

Maria Olsson

Olika typer av elcyklar

Det finns en hel del elcyklar att välja mellan för dig som vill testa:klassisk damcykel, hybridcykel, lådcykel samt en vikbar cykel.

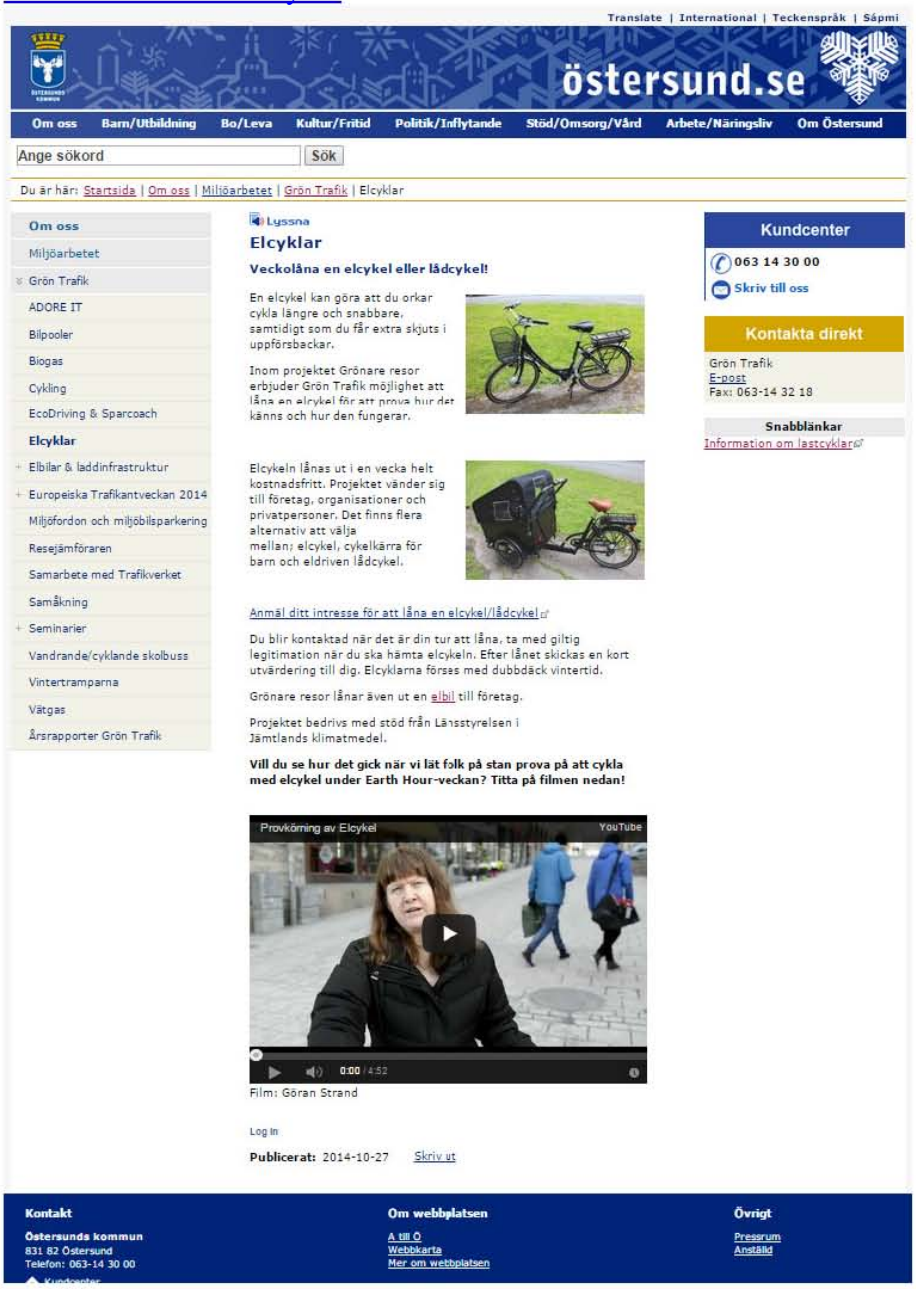
Låneperioden är 1-3 veckor och intresse-anmälan gör du här:
www.ostersund.se/elcykel

Som låntagare kontaktas du när det är din tur. Motprestationen är att svara på en utvärderingsenkät.

Tipsa någon om denna artikel

Östersunds kommun Rådhuset 831 82 Östersund Telefon, vxl: 063 14 30 00 E-post: kommun@ostersund.se

Bilaga 2 g. Information om grönare resor och elcykel på Östersunds kommuns hemsida.
www.ostersund.se/elcykel



Bilaga 2 – Kommunikation

Bilaga 2 h. Information om Grönare resor och elbil på Östersunds kommuns hemsida.
www.ostersund.se/omoss/miljoarbetet/grontrafik/elbilarladdinfrastruktur/lanaenelbil

Bilaga 2 – Kommunikation

Bilaga 2 i. Inlägg på Facebooksidan ”Grönare trafik”, www.facebook.se/gronaretrafik

Bilaga 2 – Kommunikation

Inlägg av extern aktör på Facebooksidan ”Söder Sport Östersund”

Bilaga 3 a. Länstidningen, publicerad 2014-08-15
http://www.ltz.se/jamtland/ostersund/familjen-hurtigh-blev-familjen-elcykel

Meny

16

Familjen Hurtigh blev familjen elcykel

Liam och Elias, barnen i familjen elcykel.
Fotograf: Johanna Nyman

Ta en familj vars färdmedel har varit bil, lägg till ett kommunprojekt och avsluta med ett tvåhjuligt fordon som går på elkraft.
Vad blir det?
Jo, familjen Hurtigh som i dag väljer cykeln framför bilen.

Familjen Hurtigh består av Ante, Jannini och barnen Liam och Elias. Det är en till synes helt vanlig Östersundsfamilj med hus, jobb och en bil. Men sedan ett par veckor tillbaka har något förändrats i familjen. Inte nog med att kommunen vill ha en rapport från dem varje månad, numera har tanken på cykling slagit rot hos Ante och Jannini.

– Jag skulle nog säga att vi är en ganska slö familj och visst har vi cyklar men vi har inte använt dem på det här sättet, säger Jannini.

Hon pratar om nyckeln till mindre bilåkande och början på ett nytt synsätt. Det handlar om en elcykel som ingår i det projekt som kommunen valt ut familjen till. Till 60 procent av resorna till och från arbetet ska familjen använda elcykel och varje månad ska de redovisa för kommunen hur mycket de faktiskt har cyklat. Hittills har familjen hunnit med ett par resor till och från arbetena men mest har cykeln nu under semestern använts till fritidsresor.

– Det är lättare att cykla till affären än att ta bilen. Ska vi ta bilen måste vi åka runt villaområdet för att komma ut på rätt väg, det tar sin tid. Därför är det bättre att ta cykeln, säger Ante.

Till elcykeln har familjen också en kärra som de kan använda för att skjutsa barnen i eller ha som förvaring för till exempel matvaror. Tanken med kärran är att familjen ska ta cykeln när de ska åka för att lämna barnen på dagis.

Ante jobbar i Brunflo och har uppskattningsvis, från hemmet i Odensala, 1,5 mil till arbetet. En sträcka som han avverkar på cirka 20 till 25 minuter med elcykeln.

– Skulle jag ha tagit den vanliga cykeln hade jag nog gruvat mig varje morgon som jag skulle trampa i väg. Men nu slipper jag ju sitta i bilköer på morrarna och det tar inte speciellt mycket längre tid med en elcykel, säger han.

Jannini jobbar på Östersunds sjukhus och för hennes del skulle hon framför allt tjäna in parkeringsavgiften när hon tar elcykeln i stället för bilen.

– Man skulle kunna tjäna pengar på att ha en elcykel men framför allt tjänar man ju miljömässigt på det här, säger Ante.

Innan familjen sa ja till att vara med i projektet föredrog de oftast att gå i stället för att cykla. Nu funderar de på allvar att skaffa en egen elcykel men också att vara med längre i projektet.

– Projektet pågår till september ut, sedan kan man få fortsätta längre om man vill, och det vill nog jag, säger Ante.

Hur har grannar och bekanta reagerat på att ni är med i projektet, är de nyfikna?

– Ja herregud alla säger bara wow och blir väldigt intresserade. Det är flera som vill prova och fler som vill låna en av kommunen, säger Ante.

Johanna Nyman
063-15 55 30
johanna.nyman@ltz.se

Bilaga 3 b. Östersundsposten, publicerad 2013-12-01
http://www.op.se/jamtland/ostersund/nu-kan-du-lana-en-elcykel

Meny

Publicerad 2013-12-01, 11:09

0 DELNINGAR

Nu kan du låna en elcykel

Nyfiken på elcykel? Då kan du anmäla dig för att låna Östersunds kommuns. I en vecka får du prova och uppleva, hur det är att alltid ha draghjälp i uppförsbacken och motvinden.

På Östersunds kommun finns nu en elcykel för utlåning. Grön Trafik driver projektet, där man i en vecka, kostnadsfritt kan låna elcykeln. Projektet vänder sig till organisationer, företag och privatpersoner som är intresserade av att köpa en elcykel.

– Många är intresserade. Men en elcykel är en stor investering, nu kan man prova på innan man skaffar en egen, säger Moa Breivik på Grön Trafik vid Östersunds kommun.

Vintertid utrustas elcykeln med dubbdäck. Senaste låntagaren var Länsstyrelsen.

– Vi har testat för att se om det fanns behov. Den har fungerat jättebra. Jag har bara hört positiva saker, så nu ska vi köpa in två stycken för att ha som tjänstecyklar, till och från möten runt om i Östersund, säger Märit Izzo handläggare vid energi- och klimat på Länsstyrelsen.

En elcykel är en vanlig cykel med en motor som hjälper dig upp till 25 km/h då den slår av. Körsträckan ligger mellan 6–7 mil med hjälpmotorn, beroende på modell.

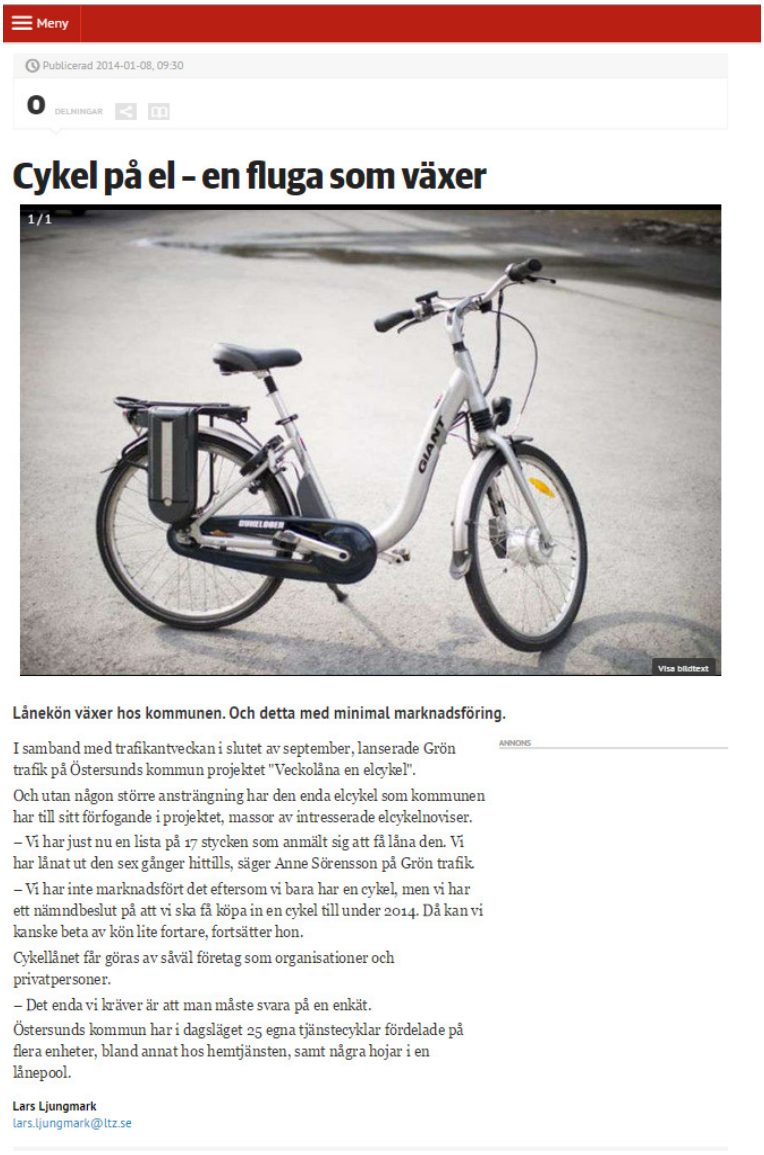
Intresseanmälan för att prova elcykeln görs på kommunens hemsida.

Artikeln kommer från 100 % Östersund.

Johan Axelsson
johan.axelsson@op.se

ANNONS

Bilaga 3 c. Länstidningen, publicerad 2014-01-08
http://www.ltz.se/jamtland/ostersund/cykel-pa-el-en-fluga-som-vaxer



Meny

Publicerad 2014-01-08, 09:30

0 DELNINGAR

Cykel på el – en fluga som växer

1 / 1

Visa bildtext

Lånekön växer hos kommunen. Och detta med minimal marknadsföring.

I samband med trafikantveckan i slutet av september, lanserade Grön trafik på Östersunds kommun projektet "Veckolåna en elcykel".

Och utan någon större ansträngning har den enda elcykel som kommunen har till sitt förfogande i projektet, massor av intresserade elcykelnoviser.

– Vi har just nu en lista på 17 stycken som anmält sig att få låna den. Vi har lånat ut den sex gånger hittills, säger Anne Sörensson på Grön trafik.

– Vi har inte marknadsfört det eftersom vi bara har en cykel, men vi har ett nämndbeslut på att vi ska få köpa in en cykel till under 2014. Då kan vi kanske beta av kön lite fortare, fortsätter hon.

Cykellånet får göras av såväl företag som organisationer och privatpersoner.

– Det enda vi kräver är att man måste svara på en enkät.

Östersunds kommun har i dagsläget 25 egna tjänstecyklar fördelade på flera enheter, bland annat hos hemtjänsten, samt några hojar i en lånepool.

ANNONS

Lars Ljungmark
lars.ljungmark@ltz.se

Bilaga 3 d. Östersundsposten, publicerad 2014-01-09
http://www.op.se/jamtland/ostersund/elcyklar-till-lans-i-ostersund

Meny

Publicerad 2014-01-09, 19:43

0 DELNINGAR

Elcyklar till låns i Östersund

Kommunen ska införskaffa elcyklar som medborgare och turister kan låna för att ta sig runt på stadens gator.

Det beslutade kommunens finansutskott under sitt möte på tisdagen.

Bakgrunden är liknande projekt genomförts med framgång i andra städer och det stora intresse som väcktes då elcyklar tillfälligtvis lånades ut i Östersund under fjolårets trafikantvecka.

Beslutet baserar sig på en motion från Folkpartiet.

ANNONS

Du kanske också vill läsa

BY SPRINKLE

Bilaga 3 e. Östersundsposten, publicerad 2014-09-16
http://www.op.se/jamtland/ostersund/optv-kul-pa-hjul-hela-veckan

Meny

Publicerad 2014-09-16, 11:58

48

ÖPTV: Kul på hjul hela veckan

Den här veckan ska östersundarna ställa bilen. I stället ska vi gå, cykla eller åka kollektivt.

Bakom alla de arrangemang som ska genomföras denna vecka står Östersunds kommun och Grön trafik. Arrangemanget startar i dag i över 2000 städer över hela Europa.

Förra årets succé - speciella säten bussarna där du kan dejta - återkommer även i år. Under veckan blir det också konstutställningar på Stadsbussarna. Men det blir även tävlingar för barn, cykelskola och gatukonst i form av stickgraffiti. Studenter erbjuds under veckan billigare bussresor. Du kan vinna en elbil, du kan delta i en cykelorientering, eller varför inte gå med i en tävling på instagram.

De flesta aktiviteter pågår fram till 22 september men vissa aktiviteter pågår under en längre tid.

– Vi hoppas få med många människor som vill pröva på nya hållbara transportsätt. Temat för i år är "Våra gator - våra val" och vi vill få östersundarna att förstå hur olika transportsätt påverkar stadsmiljön och livskvaliten, säger Anne Sörensson, projektledare för Grön Trafik i Östersund.

– Cyklingen ökar i Östersund, vilket är mycket positivt, säger Sörensson och berättar att det finns möjlighet att låna elcyklar av kommunen. Och till vintern blir det åter dags för den som vill vinterträmpa, säger Sörensson.

För att delta gäller det att anmäla sig hos kommunens Gröna trafikkontor. Ett hundra vintercyklare erbjuds att delta denna vinter.

Urban Råberg
063-161746
urban.raberg@op.se

Bilaga 4 – Söder Sport

Söder Sport

FAKTURA

Kundnummer	Fakturanummer	Fakturadatum
1111	1523	2014-06-23

Märkning

Leveransadress
Östersunds Kommun Samhällsbyggnadsförvaltningen
Grön Trafik
BOX 705
83128 Östersund

Fakturaadress
Östersunds Kommun Samhällsbyggnadsförvaltningen
Grön Trafik
BOX 705
83128 Östersund

Er referens	Ordernummer	Orderdatum	Leveransdatum	Förfallodatum
811650Anne Sörensson	545	2014-06-12	2014-06-12	2014-07-23

Vår referens	Betalningsvillkor	Leveransvillkor	Leveranssätt
Niklas Sundberg	30 dagar netto	Fritt vårt lager	Hämtas

Artikel nr	Beskrivning	Antal Enh	á pris	Rabatt	Summa
1404121415312	Cargobike Classic Electric Inkl Montering.	1	15 000,00	10%	13 500,00
NO225281	Dubbdäck Nokia M&G W144 47-507 (24x1.75)	1	351,20	10%	316,08
18-11116448	Dubbdäck Schwalbe Marathon Winter 42-406 20x1,55 KevlarGuard Reflexsida	2	476,00	10%	856,80
27391	Låswire Abus Cobra 12mm x 180cm	1	95,20	10%	85,68
0293502	Marvil Elcykel E-Motion Comfort Dam 7vxl 36V Mörkblå	2	10 396,00	10%	18 712,80
37-226	Dubbdäck Conti Nordic Spike 240 Dubb 42-622	4	559,20	10%	2 013,12
27391	Låswire Abus Cobra 12mm x 180cm	2	95,20	10%	171,36
BSP-81318	Sadelstolpsklamma BBB TheLever 31,8mm Svart	2	87,20	10%	156,96
4070010406001	Cykelkärra Marida Kombivagn Grön/Svart	2	2 156,00	10%	3 880,80
C9300584	Hjälm Lazer X3M Small/Medium 50-56 Gul	6	319,20	10%	1 723,68
C9301072	Hjälm Spectra Cool Large 58-62cm Blue/Grey	2	319,20	10%	574,56
C9301071	Hjälm Spectra Cool Medium 52-56cm Blue/Grey	1	319,20	10%	287,28
	Offererat pris gäller antagande av hela anbudet.				
	Offererat delpris finns i förfrågningsunderlaget.				

Varuvärde	Exp.avg	Moms exp	Öresavr	Order netto	Moms	Totalt att betala
42 279,12	0,00	0,00	0,10	42 279,12	10 569,78	**52 849,00**

Dröjsmålsränta debiteras med referensränta + 12% påminnelse avgift 50:-

Art.Moms 25%: 10 569,78(42 279,12)

Godkänd för F-skatt

Organisationsnr	Telefon	Fax	Plusgiro	Bankgiro	Epost	Moms-regnr
556448-2635	063-514670	063-570025		5806-5731	info@sodersport.com	SE556448263501

CykelSödersport i Östersund AB Hamnvägen 28 83161 Östersund

Bilaga 5 – Stadium

stadium

FAKTURA

Fakturadatum	Fakturanummer
2014-07-04	II81300683
Orderdatum	Ordernummer

Vår referens	Kundens momsreg.nr	Kund-ID	Kundreferens
Outlet Östersund 67	2120002528	80094	61650 Anne Sörensson

Leveransadress
Östersunds kommun
Box 705
831 28 ÖSTERSUND

Fakturaadress
Östersunds kommun
Box 705
831 28 ÖSTERSUND

Betalningsvillkor basdatum	Leveransdatum	Förfallodatum	
2014-07-04	2014-07-04	2014-08-03	
Fakturareferens		Ref. nettobelopp	Ref. momsbelopp

Betalningsvillkor	Betalningssätt	Bankkonto
30 dagar netto		
Betalningsreferens		

Pos	Objekt	Beskrivning	Momskod	Förs. enhet	Kvantitet	Pris	Belopp
	27	Varor enligt kvittonr. 9726	0		1,00	270,00	270,00
	Varav moms 25%, 54 kr						
		Total				SEK	270,00

Adress	Telefon	Bank	Bankgiro	Organisationsnummer		[illegible]
Stadium Outlet AB	011-24 61 30	Den Danske Bank	5430-7750	[illegible]		
[illegible] 60 Norrköping	Fax	SWIFT	IBAN [illegible]	Momsreg.nummer		
Sweden	011-18 61 68	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Bilaga 6 – Ivars Bil

IVARS BIL
www.ivarsbil.se

FAKTURA

Datum	Nummer	Kundnummer
2014-08-27	603059	2120002528

VAT-nr: 2120002528 Sida 1

ÖSTERSUNDS KOMMUN
MARIA OLSSON
GREENHIGWAY PROJEKTET
831 82 ÖSTERSUND

ÖSTERSUNDS KOMMUN
BOX 705
831 28 ÖSTERSUND

Handläggare
BRITT LINDSTRÖM
Avd:503

VARAN FÖRBLIR SÅLJARENS EGENDOM (ÄGANDERÄTTSFÖRBEHÅLL) TILL DESS FULL BETALNING ERLAGTS

ORDERNR 18272			
HYRA LJD626	3.00	3500.00	10500.00
BELOPP ATT BETALA EXKL. MOMS			10500.00
MOMS 25.00 % PÅ 10500.00			2625.00
OSS TILLHANDA (SEK) 2014-09-06			13125.00

VID BETALNING ANGE OCR-REFERENS: 6030592809

BETALNINGSVILLKOR, FAKTURABELOPP
KONTANT NETTO UTAN AVDRAG EFTER FÖRFALLODAGEN DEB DRÖJSMÅLSRÄNTA MED DISKONTOT + 8% SAMT LAGSTADGAD PÅMINNELSEAVGIFT

ANGE ALLTID OCR-NUMMER VID BETALNING

Postadress	Telefon	Telefax	VAT No	Säte	Bankgiro	Plusgiro
Ivars Bil Västra Hotling 450, 830 80 HOTING	0671-71 30 00	0671-71 30 01	SE556233269101 Innehar F-skattebevis	Hotling	5349-7657	528 67-9

Bilaga 7 – Arkitektkopia

arkitektkopia

Faktura

Faktnr / Kundnr: 55299 90

Fakturadatum: 2014-09-30

Kopieringshuset i Östersund AB
Box 620
Köpmangatan 40
831 27 Östersund

Fakturaadress
ÖSTERSUNDS KOMMUN
SAMHÄLLSBYGGNAD
Box 705
831 28 ÖSTERSUND

Betalningsvillkor: 31 DAGAR NETTO
Förfallodatum: 2014-10-31
Dröjsmålsränta: 8,00 %

Beställning	Lev ant Enh	à-pris	Rabatt	Mk	Summa
611400 Maria E. Olsson					
Europeiska trafikantveckan					
20140905-923279					
Kopiering-Utskrift färg A4	500 ST	9,20		3	4 600,00
Multioffset 170gr. 8st A5-sidor					
vikt och broschyrhäftat					
Budning zon 1	1 ST	42,00		1	42,00
20140918-923321					
Kopiering-Utskrift färg A4	100 ST	9,20		3	920,00
Multioffset 170gr. 8st A5-sidor					
vikt och broschyrhäftat					
Budning zon 1	1 ST	42,00		1	42,00

Momspl belopp 6 %	5 520,00	Momspl belopp 25 %	84,00
Moms kr 6 %	331,20	Moms kr 25 %	21,00
Netto		Öresutj	ATT BETALA
5 604,00		-0,20	5 956,00

Tack för att du betalar till vårt bankgiro!

Adress
Box 620
Köpmangatan 40
831 27 ÖSTERSUND

Telefon
063-12 50 00
Fax
063-18 10 75
Företagets säte
Östersund

PlusGiro
465243-4
Bankgiro
250-1674
Organisationsnr
556259-5131

Internet
www.arkitektkopia.se
e-post
ostersund@arkitektkopia.se
Momsreg.nr
SE556259513101
Godkänd för F-skatt

Bilaga 8 – Mittmedia

MittMedia
Box 32, 801 02 Gävle

Faktura

Fakturadatum	Fakturanummer OCR	Kundnummer
2014-09-30	818264798	49111

Anges alltid vid betalning

Betalning oss tillhanda senast
2014-10-20

Vid betalning efter förfallodagen debiteras dröjsmålsränta med referensränta +8% samt påminnelseavgift på 60 kr.

Östersunds Kommun
Samhällsbyggnad
Box 705
83128 Östersund

Datum	Ordernr	Referens	Specifikation		Belopp
20140919	1139757	Refnr: 611650 Anne Sörensson	Östersunds-Posten och Läjarfidningen Septemberkampanj Print på webb Grön trafik	Modul 64	10 750,00 SEK 250,00 SEK
20140918-0920	1139878	Refnr: 611650 Anne Sörensson	MittMedia Digitalt septemberkampanj, Desktop Jämtland Kampanjrabatt	250x360	6 250,00 SEK -2 250,00 SEK

Vi fakturerar även på uppdrag av AB Nya Dala-Demokraten.

Nettobelopp	Fakt. avg	Momspliktigt belopp	Moms %	Momsbelopp	Avrundning	Att betala
15 000,00 SEK	25,00 SEK	15 025,00 SEK	25	3 756,25 SEK	-0,25 SEK	**18 781,00 SEK**

MittMedia AB
Box 367
801 05 Gävle

Fakturafrågor: 010-709 83 30
Växel: 010-709 70 00
faktura@mittmedia.se

Org.nr: 556004-1815
Godkänd för F-skatt
IBAN: SE70 9500 0099 6042 0656 8943 BIC: NDEASESS

VAT-nr: SE556004181501
Styrelsens säte: Gävle

Plusgiro: 418 77 00-2 (OCR)
Bankgiro: 124-9838 (OCR)

PlusGirot

INBETALNING / GIRERING C

Kod 1

Till plusgirokonto nr: **418 77 00-2**
Avgift:
Kassaskämpel:

Betalningsmottagare: **MittMedia AB**

Avsändare (Namn och postadress)
Östersunds Kommun
Samhällsbyggnad
Box 705
83128 Östersund

C

Kundnummer 49111
Fakturanummer 8182647
Oss tillhanda 2014-10-20
Belopp att betala 18 781,00 SEK

Vid annan betalningsform, vänligen ange följande referens:
(Avser även elektronisk betalning)
818264798

© Gävle-Dala AB

Meddelande till betalningsmottagaren kan inte lämnas på denna blankett

Blankettan utskriven av MediaService i Kristianstad AB

Eget kontorr vid girering

I FÄLTET NEDAN FÅR ANTECKNINGAR INTE GÖRAS RESERVERAT FÖR PLUSGIROT

Belopp (får inte ändras)
Svenska kronor | Öre

I FÄLTET NEDAN FÅR ANTECKNINGAR INTE GÖRAS RESERVERAT FÖR PLUSGIROT

818264798 # 18781 00 5 > 41877002 #14#

Bilaga 9 – Söder Sport

Söder Sport

FAKTURA

Kundnummer	Fakturanummer	Fakturadatum
1111	1563	2014-10-08

Märkning Serie120nr3549

Leveransadress
Östersunds Kommun Samhällsbyggnadsförvaltningen
Grön Trafik
BOX 705
83128 Östersund

Fakturaadress
Östersunds Kommun Samhällsbyggnadsförvaltningen
Grön Trafik
BOX 705
83128 Östersund

Er referens	Ordernummer	Orderdatum	Förfallodatum
611850Frögren	587	2014-10-08	2014-11-07
Vår referens	**Betalningsvillkor**	**Leveransvillkor**	**Leveranssätt**
Olle S	30 dagar netto	Fritt vårt lager	Hämtas

Artikel nr	Beskrivning	Antal Enh	á pris	Summa
	Avser serviceorder nr: 19			
439650	V-Bromsklossar Jagwire Par Bulk	1	79,20	79,20
1410061639?1	Montering Bromsklosser	1	190,40	190,40
1410071652468	Montering Däck/Slang på Motorhjul	1	267,20	267,20
1410061531796	Montering Däck/Slang På Cykel	2	172,00	344,00
	Inlämnade artiklar			
	ID: 9301111978			

Varuvärde	Exp.avg	Moms exp	Öresavr	Order netto	Moms	Totalt att betala
880,80	0,00	0,00	0,00	880,80	220,20	1 101,00

Dröjemålsränta debiteras med referensränta + 12% påminnelse avgift 50:-

Art.Moms 25%: 220,20(880,80)

Godkänd för F-skatt

Organisationsnr	Telefon	Fax	Plusgiro	Bankgiro	Epost	Moms-regnr
5564482635	063-514670	063-570025		5606-5731	info@sodersport.com	SE556448263501

CykelSödersport i Östersund AB Hemvägen 26 83161 Östersund

Bilaga 10 – Söder Sport

Söder Sport

FAKTURA

Kundnummer	Fakturanummer	Fakturadatum
1111	1605	2014-12-18

Märkning

Leveransadress
Östersunds Kommun Samhällsbyggnadsförvaltningen
Grön Trafik
BOX 705
83128 Östersund

Fakturaadress
Östersunds Kommun Samhällsbyggnadsförvaltningen
Grön Trafik
BOX 705
83128 Östersund

Er referens	Ordernummer	Orderdatum	Leveransdatum	Förfallodatum
611650Anne Sörensen	631	2014-12-18	2014-12-18	2015-01-17

Vår referens	Betalningsvillkor	Leveransvillkor	Leveranssätt
N	30 dagar netto	Fritt vårt lager	Hämtas

Artikel nr	Beskrivning	Antal Enh	á pris	Rabatt	Summa
M133840020460	Elcykel Merida E-Spreso Herr 46cm Bosch Svart/Vit	1	27 996,00	9756	18 240,00
0293504	Monvil Elcykel E-Motion Comfort Dam 7vxl 36V Svart	1	10 396,00		10 396,00
E1025B	Elcykel EcoRide Flexible 3-Nexus Svart 3-vxl	1	9 592,00	76	9 516,00
37-226	Dubbdäck Conti Nordic Spike 240 Dubb 42-622	4	559,20	100%	
18-11116448	Dubbdäck Schwalbe Marathon Winter 42-406 20x1,55 186 Dubb KevlarGuard Reflexside	2	479,20	100%	
6500	Cykeldator VDO A4 4 Funktioner 4 Funktioner	1	140,00	100%	
27390	Låswire Abus Cobra 6mm x 250cm	3	79,20	100%	
409360	Sidovälska Merida Pro 15L Vattentät För Pakethållare Svart	3	239,20	100%	
48060	Hjälm Abus Raxtor Blå/Svart/Vit Large 58-62cm	2	319,20	100%	
48059	Hjälm Abus Raxtor Blå/Svart/Vit Medium 54-58cm	1	319,20	100%	
18-BSP-81318	Sadelstolpsklamma BBB TheLever 31,8mm Svart	1	87,20	100%	

Varuvärde	Exp.avg	Moms exp	Öresavr	Order netto	Moms	Totalt att betala
38 152,00	0,00	0,00	0,00	38 152,00	9 538,00	47 690,00

Dröjsmålsränta debiteras med referensränta + 12% påminnelse avgift 50:-

Art.Moms 25%: 9 538,00(38 152,00)

Godkänd för F-skatt

Organisationsnr	Telefon	Fax	Plusgiro	Bankgiro	Epost	Moms-regnr
5564482635	063-514670	063-570025		5808-5731	info@sodersport.com	SE556448263501

CykelSödersport i Östersund AB Hemvägen 26 83161 Östersund

Bilaga 11 – Fotograf Göran Strand

FOTOGRAFGÖRANSTRAND
ASTROFOTOGRAFEN

Faktura

Nummer 10344

Fakturadatum	Förfallodatum
2014-12-18	2014-12-31

Östersunds kommun

Box 705

831 28 Östersund

Referens: 611650
Dröjsmålsränta: Enligt lag

Text	Antal	Á-pris	Pris exkl. moms	Momssats
Referens Anne Sörensson				
Filmning och redigering av film om elcyklar - timdebitering	5	800,00	4 000,00	25 %

Momsspecifikation

Moms	Pris exkl moms	Moms i kr	Öresav-rundning	Summa
25 %	4 000,00	1 000,00		5 000

Att betala
5 000 kr

Adressuppgifter	Telefon	E-post/webbplats	Godkänd för F-skatt
Fotograf Göran Strand Byvägen 20 832 45 FRÖSÖN	070 - 344 90 46	info@fotografgoranstrand.se http://www.fotografgoranstrand.se	
	Momsreg.nr SE700125821401	Bankgiro 5397-7923	

Bilaga 12 – Ivars Bil

IVARS BIL
www.ivarsbil.se

Datum	Nummer	Kundnummer
2015-01-21	603315	2120002528

VAT-nr: 2120002528 Sida 1

ÖSTERSUNDS KOMMUN
SAMHÄLLSBYGGN GRÖN TRAFIK
RÅDHUSET
831 82 ÖSTERSUND

ÖSTERSUNDS KOMMUN
SAMHÄLLSBYGGN GRÖN TRAFIK
REF611650 ANN SÖRENSSON
BOX 705
831 28 ÖSTERSUND

Handläggare BRITT LINDSTRÖM
Avd:503

REG.NR LJD626

VAREN FÖRBLIR SÄLJARENS EGENDOM (ÄGANDERÄTTSFÖRBEHÅLL) TILL DESS FULL BETALNING ERLAGTS

ORDERNR 16529		
SKADA STÖTFÅNGARE FRAM OCH BAKLUCKA		
RIKTNING O LACK	11900.00	11900.00
BELOPP ATT BETALA EXKL. MOMS		11900.00
MOMS 25.00 % PÅ 11900.00		2975.00
OSS TILLHANDA (SEK) 2015-01-31		14875.00

VID BETALNING ANGE OCR-REFERENS: 6033152809

BETALNINGSVILLKOR, FAKTURABELOPP
KONTANT NETTO UTAN AVDRAG EFTER FÖRFALLODAGEN DEB DRÖJSMÅLSRÄNTA MED DISKONTOT + 8% SAMT LAGSTADGAD PÅMINNELSEAVGIFT

ANGE ALLTID OCR-NUMMER VID BETALNING

Postadress	Telefon	Telefax	VAT No	Säte	Bankgiro	Plusgiro
Ivars Bil Västra Hoting 450, 830 80 HOTING	0671-71 30 00	0671-71 30 01	SE556233269101 innehar F-skattebevis	Hoting	5349-7657	528 67-9

Bilaga 13 – Tidsredovisning

ÖSTERSUNDS KOMMUN

Tidsredovisning för eget arbete

Härmed intygas att Grön Trafik, Anne Sörensson och Maria Olsson
i projektet Grönare resor har arbetat 380 timmar.

Rickard Johnson
Gatuchef Östersunds kommun